



emcdda.europa.eu

Polydrug use

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Cuestiones particulares

En este capítulo se tratan más detenidamente tres temas específicos relacionados con el problema de la droga en Europa: consumo de varias drogas, éxito del tratamiento y consumo de drogas en las prisiones.

Consumo de varias drogas

La amplia definición del concepto de «varias drogas» que utilizan muchos Estados miembros consiste en el consumo de más de una droga o tipo de drogas por una misma persona —consumidas ya sea al mismo tiempo o sucesivamente (como se define en el léxico de la OMS)—. En Europa, el concepto de consumo de varias drogas remonta a los años setenta. En su acepción más amplia, se aplica al consumo de una droga ilegal concomitante al consumo de otra droga, legal o ilegal. Sin embargo, existen diferencias considerables entre las sustancias incluidas y en los períodos considerados por los Estados miembros. Al parecer, estas diferencias dependen de los datos disponibles de las encuestas y de la percepción de los riesgos relacionados con determinadas sustancias o con la combinación de éstas. Generalmente, las sustancias incluidas son las principales drogas ilegales, el alcohol y los medicamentos. A veces se incluyen las bebidas isotónicas y Francia incluye el tabaco. Los períodos de consumo van desde un período de seis horas hasta una única experiencia a lo largo de la vida de la persona.

Según esta definición tan amplia, todos los consumidores de drogas ilegales se definirían como consumidores de varias drogas, puesto que casi siempre consumen alcohol y/o tabaco en algún momento de su vida. Incluso si el consumo de varias drogas se define dentro del margen más reducido de las «drogas ilegales», las combinaciones y pautas de consumo varían tanto que de poco sirve adoptar una definición común. Para abordar las preocupaciones generales que despierta el consumo de varias drogas en la UE nos hemos concentrado en los riesgos para la salud.

Existe un consenso generalizado en el sentido de que el consumo de varias drogas tiene cuatro funciones principales: maximizar el efecto, equilibrar o controlar los efectos

negativos y sustituir los efectos buscados. La información acerca de las funciones que tiene la combinación de determinadas drogas se basa en las descripciones realizadas por los consumidores de los intentos de obtener y prolongar experiencias placenteras (Seppala 1999; Strang *et al.* 1993). Las sustancias utilizadas dependen de su disponibilidad local, la moda y las prácticas en materia de prescripción, cuando incluyen drogas médicas recetadas a consumidores de drogas en tratamiento (en Alemania, Francia, Irlanda y el Reino Unido).

Riesgos para la salud

Las combinaciones de drogas observadas en las estadísticas de mortalidad y sobredosis nos ofrecen indicios de los riesgos que implica el consumo de dichas combinaciones (véase el recuadro de la página siguiente).

Los riesgos para la salud relacionados con las combinaciones de sustancias psicotrópicas dependen no sólo de las propiedades farmacológicas y de la cantidad consumida de dichas sustancias, sino también de una serie de características individuales y de factores sociales y medioambientales.

Existe una creciente inquietud en el marco de los «sistemas de alarma precoz» acerca del potencial de las mezclas de sustancias psicoactivas en forma de pastillas vendidas como éxtasis que pueden implicar riesgos para la salud, a pesar de que los consumidores no pretendan dichos efectos. Por ejemplo, en Dinamarca, entre el 10 % y el 32 % de las pastillas analizadas durante 2001 contenía más de una sustancia activa; estas pastillas contenían sobre todo MDMA y PMA, PMMA, MDE y MDA. En Francia, dos tercios de las muestras de pastillas analizadas que habían sido vendidas como éxtasis contenían MDMA combinada con otros ingredientes activos, generalmente medicamentos.

Ejemplos de combinaciones de drogas consideradas de alto riesgo

- Si bien resulta difícil sufrir una sobredosis únicamente con benzodiazepinas, la combinación de una gran dosis de estas drogas y una gran dosis de alcohol o de opiáceos, como la heroína o la metadona, puede resultar letal.
- Si se consume conjuntamente éxtasis y alcohol aumenta el riesgo para la salud, debido a que el alcohol afecta a la regulación térmica del cuerpo y aumenta la deshidratación.
- Si se combina cocaína y alcohol, esta combinación puede tener un mayor efecto tóxico directo sobre el corazón y el hígado que el provocado por la cocaína y el alcohol por sí solos. A menudo, el alcohol está presente en las muertes por causas cardíacas provocadas por la cocaína.
- El consumo simultáneo de diferentes estimulantes, entre ellos las bebidas isotónicas, puede provocar una hiperactividad simpática que puede dar lugar a trastornos de la regulación térmica y del funcionamiento cardíaco.

Fuentes: Leccese *et al.*, 2000; DrugScope 2001.

Sobredosis letales y no letales

Durante la última década, la atención de la prensa se ha concentrado principalmente en los contados casos de muerte por éxtasis (Bélgica, Dinamarca, Italia y Reino Unido). La muerte de los consumidores problemáticos de drogas no suele atraer el interés de la prensa. Una gran parte de las 7 000-8 000 muertes por reacción aguda con drogas (sobredosis) registradas cada año en la UE se refieren a sujetos de sexo masculino que han estado consumiendo opiáceos durante varios años (véase la sección dedicada a la mortalidad asociada con el consumo de drogas).

No en todos los países se dispone de resultados de los análisis toxicológicos de las sobredosis letales y no letales relacionadas⁽⁵³⁾ con el consumo de drogas ilegales, pero los existentes ponen de manifiesto que la mayoría de estas muertes está asociada al consumo de he-

roína por vía parenteral combinado con otras drogas. Un estudio reciente entre 153 consumidores de drogas en el Reino Unido que habían sufrido sobredosis no letales descubrió que en 111 casos (73 %) se había consumido más de una droga (Neale, 2001). En más del 50 % de los casos de sobredosis letales en el Reino Unido y en el 90 % de dichas sobredosis en Irlanda participa al menos otra droga o el alcohol. Las benzodiazepinas, el alcohol, la metadona y la cocaína son las sustancias que se encuentran con mayor frecuencia en combinación con opiáceos, y una explicación común de la sobredosis era que dichas combinaciones habían causado dicha sobredosis letal [Oficina de Estadísticas Nacionales, 2000 a) y b); Farrell, 1989; Bennett y Higgins, 1999; Strang *et al.*, 1999; Taylor *et al.*, 1996]⁽⁵⁴⁾.

Las muertes asociadas a la cocaína, a la anfetamina y al MDMA (éxtasis) sin la presencia de opiáceos o benzodiazepinas son poco frecuentes y generalmente están combinadas con otras drogas o alcohol.

Otros riesgos

El consumo de varias drogas se considera igualmente de alto riesgo para la conducción. Los datos sobre drogas y conducción en la UE son muy limitados. Recientemente se ha asociado la conducta violenta o agresiva a pautas de consumo de alcohol combinado con drogas estimulantes (Snippe y Bieleman, 1997; Vermaas, 1999).

Tendencias

En algunos países, el número de muertes, que constituye la consecuencia más grave del consumo de varias drogas, sigue aumentando. Las sustancias detectadas con más frecuencia fueron las combinaciones de morfina, benzodiazepina y alcohol, habiéndose comunicado incrementos recientes a nivel nacional o local de la cocaína en España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido (para más información, véase la sección dedicada a la mortalidad asociada con el consumo de drogas).

Grupos de riesgo

Las muertes relacionadas con el consumo de varias drogas son fuente de preocupación social y pública. Dicha preocupación se centra generalmente en dos grupos distintos por lo que respecta al tipo de sustancias y combinaciones que consumen y a los entornos donde se lleva a cabo el consumo.

⁽⁵³⁾ Se considera que una droga está implicada o asociada cuando da positivo en un análisis toxicológico o cuando se han aportado pruebas de que la droga había sido consumida antes de producirse la muerte. Esto no implica que la droga haya sido la causa de la muerte, pero puede implicar que dicha droga o drogas fueron un factor que contribuyó a la muerte.

⁽⁵⁴⁾ En el cuadro 12 OL se presenta un ejemplo del número de drogas implicadas en las muertes por opiáceos en Irlanda (versión en línea).

Cuestiones particulares

- El mayor riesgo científicamente probado para la salud tiene lugar entre los consumidores problemáticos de drogas, sobre todo entre aquellos que consumen opiáceos y otras drogas por vía parenteral.
- También existe una preocupación en el público y en los medios de comunicación por el riesgo de muerte y sobredosis entre los consumidores de drogas recreativas que no son drogodependientes y cuyo consumo de drogas ilegales generalmente se limita a determinados entornos sociales o a una fase determinada de su vida. Esta preocupación es desproporcionada considerando el número relativamente limitado de muertes por esta causa.

El número y las características de los pacientes que solicitan tratamiento en los centros especializados de Europa se utilizan como un indicador indirecto para los consumidores problemáticos. En el caso de los consumidores de drogas recreativas se dispone de los resultados de un amplio estudio a escala europea sobre los consumidores de drogas recreativas en nueve ciudades europeas y de una serie de estudios *ad hoc* entre asistentes a clubes nocturnos.

Consumidores problemáticos de drogas

Desde los años setenta, los consumidores problemáticos de drogas han adaptado los ingredientes de sus combinaciones de drogas a la disponibilidad en el mercado y a las distintas etapas de su vida. Pueden sustituir una sustancia no disponible por otra, no necesariamente del mismo tipo (Haw, 1993; Strang *et al.*, 1993; Fountain *et al.*, 1999).

Consumo de varias drogas entre los pacientes en tratamiento

Los datos sobre el tratamiento a escala europea ofrecen información sobre las drogas primarias y secundarias: la droga primaria es la «droga que provoca la mayoría de los problemas al paciente»⁽⁵⁵⁾ y la droga secundaria es la segunda droga más problemática después de la primaria. El sistema europeo de información sobre tratamientos, basado en el protocolo del indicador de demanda de tratamiento, que registra hasta cuatro de las sustancias consumidas por cada persona, podría consi-

Gráfico 23 A

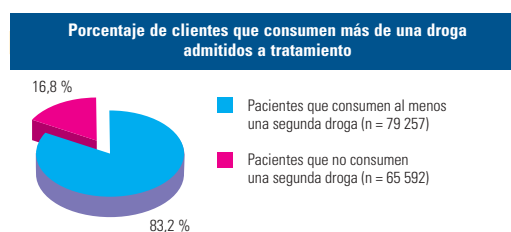
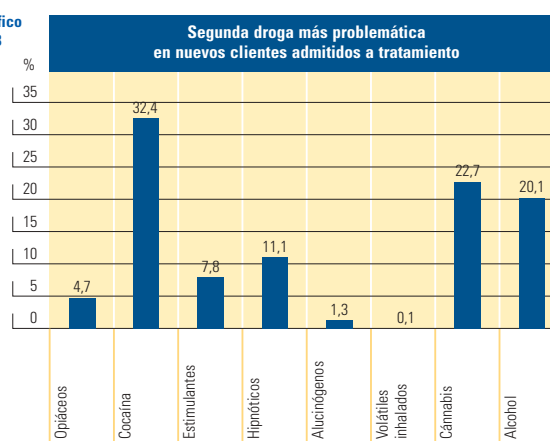


Gráfico 23 B



Fuente: Indicador de demanda de tratamiento de 2000 (TDI), datos correspondientes a los centros de tratamiento externo. Informes nacionales de la red Reitox, 2001.

derarse un indicio indirecto de consumo problemático de varias drogas⁽⁵⁶⁾, aunque se limita a los consumidores en tratamiento.

La mayoría de los pacientes en tratamiento consume una droga secundaria combinada con su droga principal (83,2 %) (gráfico 23). Muchos países informan de un incremento en el consumo de varias drogas⁽⁵⁷⁾.

Las pautas más extendidas de consumo problemático de drogas son las siguientes: heroína combinada con otros opiáceos, como la metadona desviada de su uso clínico, o con benzodiacepinas; opiáceos combinados con cocaína, cánnabis y estimulantes o alcohol, y cocaína consumida conjuntamente con alcohol o estimulantes⁽⁵⁸⁾.

Las pautas de consumo cambian de forma considerable entre un país y otro, y dependiendo del sexo del consumidor. Los datos disponibles muestran que en algunos

⁽⁵⁵⁾ En el punto 14 de la versión 2.0 del protocolo común del indicador de demanda de tratamiento, la droga primaria se define como «la droga que provoca más problemas al paciente», y en el punto 19, la presencia de otra droga (= secundaria) además de la droga primaria se considera un indicio de consumo de varias drogas (véase http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

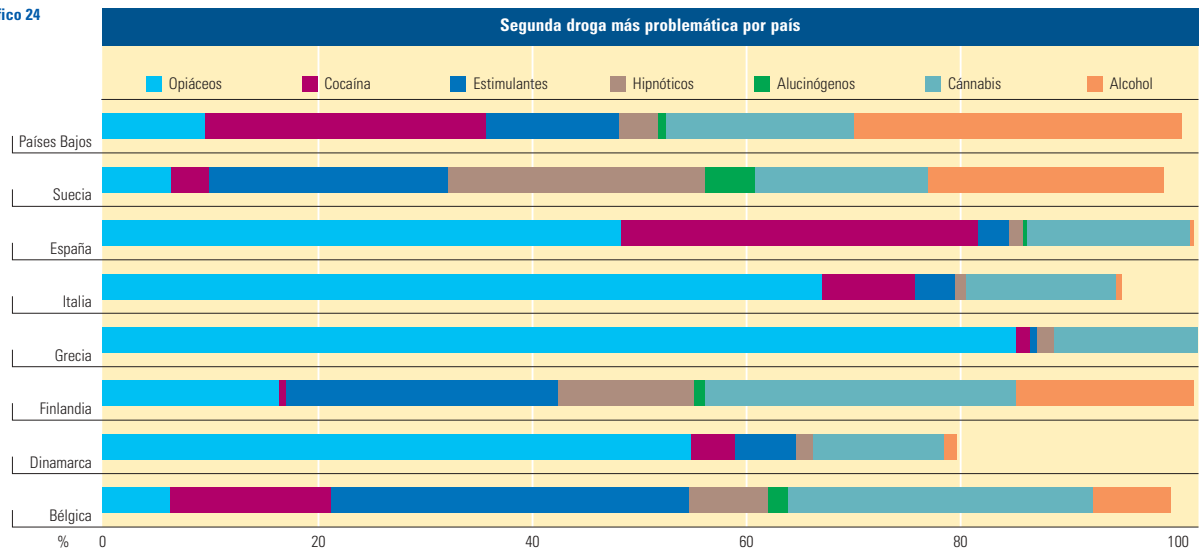
⁽⁵⁶⁾ Los países que cuentan con datos sobre este tema son: Bélgica, España, Grecia, Italia, Países Bajos, Suecia y Finlandia.

⁽⁵⁷⁾ Informes nacionales de la red Reitox, Demanda de tratamiento, capítulo 1. Gráfico 6: «Total de pacientes admitidos a tratamiento».

⁽⁵⁸⁾ Gráfico 16 OL: pautas comunes en la combinación de drogas: droga más problemática utilizada conjuntamente con la segunda droga más problemática (versión en línea).

2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

Gráfico 24



Fuente: Indicador de demanda de tratamiento de 2000 (TDI), datos correspondientes a los centros de tratamiento externo. Informes nacionales de la red Reitox, 2001.

países prevalece una única pauta, mientras que en otros se presentan diferentes combinaciones de drogas. A partir de los datos disponibles parecen encontrarse pautas homogéneas respecto a la distribución de la droga primaria en algunos países, como por ejemplo, en Grecia e Italia, donde la heroína se consume simultáneamente con hipnóticos, sedantes, otros opiáceos o cánnabis. En España y Países Bajos, donde el porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína en tanto que droga primaria es relativamente elevado, la cocaína aparece a menudo como droga secundaria combinada con heroína o estimulantes.

Por lo que respecta a la distribución por sexos, los consumidores de varias drogas admitidos a tratamiento son generalmente hombres, sobre todo entre aquellas personas que consumen heroína combinada con opiáceos y cocaína o alcohol; encontramos un porcentaje más alto de mujeres entre aquellas personas que consumen estimulantes con cánnabis o estimulantes y otras sustancias (hipnóticos/sedantes, volátiles) ⁽⁵⁹⁾.

Las personas que combinan su droga principal con cánnabis suelen tener entre 15 y 24 años; los consumidores de varias drogas que combinan opiáceos y cocaína tienen más edad (entre 20 y 39 años) y los que consumen otras drogas al mismo tiempo que alcohol son los de más edad entre los consumidores de varias drogas admitidos a tratamiento ⁽⁶⁰⁾.

De los datos disponibles pueden derivarse las siguientes pautas de consumo entre los pacientes en tratamiento:

- los clientes de más edad, generalmente de sexo masculino, consumen opiáceos como droga principal, combinados con otros opiáceos o con cánnabis;
- los pacientes de menos edad, hombres y mujeres, consumen cánnabis y estimulantes combinados con alcohol u otras sustancias (como los alucinógenos);
- los hombres de menos de 30 años consumen cocaína combinada con alcohol y otros estimulantes;
- los hombres entre 20 y 39 años de edad consumen heroína y cocaína.

Consumidores de drogas recreativas

La prevalencia del consumo de varias drogas es superior entre los jóvenes que asisten a discotecas que entre los jóvenes de otros entornos, en particular el consumo de alcohol, cánnabis y drogas estimulantes (Calafat *et al.*, 1999; ESPAD, 2000). Asimismo existen pruebas de que, en Europa en general, la prevalencia del consumo de varias drogas recreativas es superior entre los hombres y consumidores habituales de cánnabis que entre las mujeres y consumidores esporádicos de cánnabis, si bien existen diferencias de tipo geográfico. Un amplio estudio europeo sobre los consumidores de drogas dirigido a entornos de vida nocturna realizado en 1998 puso de manifiesto que aproximadamente la mitad de los consumidores de drogas en fiestas tecno señalaban que combinaban alcohol y cánnabis, a continuación, alcohol y éxtasis y, por último, cánnabis y éxtasis (Calafat *et al.*, 1999). El cuadro 1 muestra que el consumo de drogas recreativas está do-

⁽⁵⁹⁾ Gráfico 17 OL: segunda droga más problemática por género (porcentaje del total por droga) (versión en línea).

⁽⁶⁰⁾ Gráfico 18 OL: segunda droga más problemática por edad (versión en línea).

Cuestiones particulares

Cuadro 1

Combinaciones de drogas consumidas por los consumidores de drogas recreativas durante la misma noche	
	%
Alcohol y cánnabis	50,6
Alcohol y éxtasis	11,9
Alcohol, cánnabis y éxtasis	10,4
Cánnabis y éxtasis	8,4
Alcohol y cocaína	7,8
Cánnabis, éxtasis, alcohol y cocaína	7,8
Cánnabis, alcohol y cocaína	2

Fuente: Calafat *et al.* (1999), *Night life in Europe and recreational drug use*, Irefrea y Comisión Europea, Valencia.

minado en gran medida por el alcohol. La mayoría de las personas que consumen drogas en su tiempo libre no toma grandes cantidades de drogas ilegales y alcohol combinados; sin embargo, los estudios indican que el porcentaje de personas que adoptan pautas serias de consumo de drogas va en aumento y que los riesgos para la salud y los posibles daños a largo plazo causados por determinadas pautas de consumo de drogas recreativas es motivo de preocupación (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath y McEvoy, 1999; Reitox).

El consumo de grandes cantidades de varias drogas durante el tiempo de ocio está relacionado con la exposición constante a las drogas y con la imagen positiva que tienen las combinaciones de drogas entre las personas del mismo entorno. Sin embargo, el consumo de grandes cantidades de drogas generalmente se limita a determinados eventos sociales, períodos de vacaciones o durante determinadas fases sociales y de esparcimiento en la vida (Bellis *et al.*, 2000).

Algunos Estados miembros señalan un incremento del consumo de heroína fumada (Francia e Italia). En los últimos años, las personas que fuman heroína para suprimir los efectos del éxtasis han sido motivo de inquietud, pero las pruebas al respecto son de diverso signo o contradictorias. Por ejemplo, los estudios realizados en centros de tratamiento y prisiones en Irlanda señalan que más de la mitad de los consumidores de drogas entrevistados habían fumado heroína para «bajar» del éxtasis, mientras que las encuestas entre consumidores de drogas recreativas y escolares de 15 y 16 años de edad muestran que la heroína sigue teniendo una imagen sumamente negativa (ESPAD, 2000).

Mercado local

Se han realizado muy pocos estudios sobre los mercados de droga en la UE y, por ello no es posible ofrecer información precisa sobre las combinaciones de drogas que se ofrecen en los mercados locales.

En términos de «mercados», los medios de comunicación del Reino Unido informan periódicamente que en los clubes nocturnos y bares se vende éxtasis, anfetamina, cocaína en polvo y cánnabis a los asistentes a dichos establecimientos. No obstante, los estudios realizados en los Países Bajos han demostrado que muchos jóvenes que asisten a clubes nocturnos consiguen las drogas a través de amigos y no de traficantes. Algunos de los mercados patrocinados por las personas que compran y venden heroína, *crack* y drogas de receta (como las benzodiazepinas) son bien conocidos, pero generalmente se encuentran separados de los mercados utilizados por los clientes de los clubes nocturnos. En distintos mercados se venden distintas sustancias: algunos se concentran en drogas de receta, mientras que otros comercian sobre todo con heroína y/o *crack*. En el caso de las drogas de receta, la distribución es llevada a cabo por un gran número de personas que venden una parte o la totalidad de las drogas que se le han recetado (Edmunds *et al.*, 1996; Fountain *et al.*, 1999).

Intervenciones dirigidas al consumo de varias drogas

Se pueden distinguir dos grupos de destinatarios de las intervenciones: los consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura y los consumidores jóvenes de drogas recreativas.

Consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura

La prevención del daño causado a los consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura reviste una gran importancia debido a las posibles consecuencias imprevistas. Los mensajes consisten en ofrecer a los consumidores de drogas conocimientos adecuados sobre los efectos de determinadas drogas y las consecuencias del consumo de varias drogas y cómo hacer frente a las emergencias tras el consumo de drogas.

Se ha comprobado que el tratamiento del consumo de varias drogas es más difícil que el del consumo de una única droga. Los Estados miembros no señalan la existencia de programas de tratamiento específicos para determinadas combinaciones de drogas, pero casi todos los servicios están abiertos a los consumidores de varias drogas. Y se concentran en la conducta más que en las sustancias. Sin embargo, en los tratamientos agudos y en la abstinencia, el consumo de varias drogas podría asumir una gran relevancia.

La combinación de heroína y benzodiazepinas influye en la eficacia del tratamiento. Si se trata el consumo de opiáceos y no se aborda el consumo simultáneo de benzodiazepinas, puede reducirse la eficacia del tratamiento de sustitución,

2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

por ejemplo, a base de metadona. En el Reino Unido, las directrices oficiales en materia de prescripción (Ministerio de Sanidad *et al.*, 1999) destacan que no se deben recetar estimulantes a los consumidores de varias drogas.

En todos los países salvo en Suecia, un grave problema consiste en controlar las sustancias distintas de los opiáceos mediante tratamiento con asistencia médica, por ejemplo, a base de metadona. En otros países, la ventaja de tener contacto periódico con los consumidores de drogas que participan en programas de sustitución se considera más importante que la desventaja del consumo simultáneo de otras drogas. En Suecia, sin embargo, los consumidores de varias drogas no son admitidos al tratamiento con metadona, independientemente de la gravedad de su adicción a la heroína.

A menudo se diagnostica comorbilidad psiquiátrica a los consumidores de varias drogas. Dinamarca, Países Bajos, Austria y Suecia señalan un crecimiento elevado y quizás creciente del número de consumidores de varias drogas ingresados en hospitales psiquiátricos.

Se han realizado muy pocos estudios sobre la eficacia del tratamiento de consumidores de varias drogas. Por lo general, la adaptación del tratamiento a cada caso concreto contribuye al éxito del tratamiento. El estudio británico NTORS puso de manifiesto que, tras un año, los consumidores de opiáceos que eran consumidores asiduos de estimulantes al inicio del estudio mostraron una mejora considerable en términos de reducción del consumo de opiáceos y estimulantes (Gossop *et al.*, 1998). En Grecia, los programas de sustitución señalan que las intervenciones de tratamiento contribuyen a reducir el consumo de varias drogas (Kethea y NSPH, 2001).

El desarrollo de programas especiales de tratamiento para grupos específicos como por ejemplo los consumidores de varias drogas es considerado una necesidad en el informe nacional de Alemania, y el Reino Unido propone que se difundan los ejemplos de buenas prácticas. Finlandia afirma la necesidad de formación y ya se encuentran en curso algunas actividades encaminadas a formar al personal encargado del tratamiento de consumidores de varias drogas.

Consumidores de drogas recreativas

Algunos países (España, Francia e Italia) han lanzado amplias campañas en los medios de comunicación contra el consumo de varias drogas en entornos recreativos. En Italia, la campaña fue apoyada por iniciativas locales en importantes eventos destinados a la juventud. No siempre se mencionan las sustancias concretas y no se explican con claridad las consecuencias de dicho con-

sumo. En otros países (Bélgica, Alemania, Países Bajos, Austria y Reino Unido) estas advertencias y consejos de carácter sanitario se transmiten a través de los trabajadores sociales encargados de drogodependientes y de grupos de autoayuda y de expertos.

Los proyectos de análisis de pastillas pueden comunicar sobre el terreno a los consumidores que una pastilla tiene un contenido peligroso e inesperado mediante revistas y carteles o bien a través de Internet. Por ejemplo, en el otoño de 2000, el proyecto «ChEck iT!» de Austria descubrió que varias pastillas vendidas como éxtasis contenían PMA/PMMA e inmediatamente difundió advertencias sobre el terreno y a través de Internet (Kriener *et al.*, 2001). En noviembre de 2001 el proyecto neerlandés DIMS, por ejemplo, ofrecía una alerta rápida sobre pastillas que contenían PMA.

No existe virtualmente un tratamiento para los consumidores de varias drogas en entornos recreativos. Una de las razones de ello podría ser que la mayoría de los servicios de drogodependencia tan sólo están equipados para hacer frente a los opiáceos y a los problemas graves de dependencia.

Cuestiones relativas a las políticas

Para comprender mejor las circunstancias sociales y medioambientales que contribuyen al riesgo entre los distintos grupos de consumidores de drogas es necesario estudiar los rituales y controles sociales que los consumidores de varias drogas utilizan para alcanzar los efectos deseados al tiempo que reducen el riesgo que corren (Boys *et al.*, 2000; Decorte, 1999; Akram y Galt, 1999).

La prevención, sobre todo en entornos recreativos, debería incluir una orientación clara y consejos sobre los riesgos que conlleva el consumo de varias drogas. Se requieren más conocimientos basados en pruebas para determinar la mejor asistencia posible para los consumidores de varias drogas y, especialmente, para los consumidores problemáticos con trastornos psíquicos.

Para comprender mejor los riesgos farmacotxicológicos que presentan determinadas combinaciones es prioritario que los clínicos realicen un seguimiento de aquellos pacientes con presuntas intoxicaciones por drogas y ofrecer información basada en pruebas sobre los daños agudos y a largo plazo para la salud.

Éxito del tratamiento

En el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2000-2004), el tercer objetivo de esta estrategia consiste en «aumentar sustancialmente el número