



## PREFACIO

Los mercados de las drogas están creciendo y diversificándose como nunca antes y la variedad de las sustancias que pueden adquirirse en ellos es cada vez mayor. Las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año dejan en claro que la comunidad internacional debe intensificar sus respuestas para hacer frente a estos desafíos.

Nos encontramos posiblemente ante una expansión de los mercados de drogas impulsada por la oferta: la producción de opio y la fabricación de cocaína están en los niveles más altos jamás registrados; los mercados de la cocaína y la metanfetamina se están extendiendo a nuevas regiones, más allá de las habituales, y el tráfico de drogas en línea a través de la red oscura, aunque aún representa solo una fracción del tráfico total de drogas, sigue creciendo con rapidez, a pesar del éxito que ha supuesto el cierre de algunas grandes plataformas comerciales.

El consumo con fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica ha alcanzado dimensiones epidémicas en algunas partes del mundo. La crisis de los opioides de América del Norte está recibiendo la atención que merece, y la comunidad internacional ha comenzado a actuar. En marzo de 2018, la Comisión de Estupefacientes decidió someter a fiscalización internacional seis análogos del fentanilo, entre ellos el carfentanilo, que contribuyen a las muertes causadas por las drogas. Esta medida se basó en la decisión adoptada por la Comisión en su 60o período de sesiones, en 2017, de someter a fiscalización internacional dos precursores utilizados en la fabricación del fentanilo y un análogo.

Sin embargo, como se pone de manifiesto en el presente *Informe Mundial sobre las Drogas*, los problemas van mucho más allá de lo que aparece en las noticias. Tenemos que dar la alarma sobre la adicción al tramadol, cuyas tasas de consumo se han disparado en algunas zonas de África. El uso no médico de este analgésico opioide, que no está sometido a fiscalización internacional, se está extendiendo también en Asia. El impacto en las poblaciones vulnerables

es motivo de grave preocupación y exige nuevos esfuerzos a los ya sobrecargados sistemas de atención sanitaria.

Al mismo tiempo, el ritmo al que se sintetizan las nuevas sustancias psicoactivas y la facilidad con que se consiguen no tienen precedentes, y los informes sobre los daños y las muertes causados por esas sustancias van en aumento.

El tratamiento de la drogodependencia y los servicios de salud siguen siendo insuficientes: la proporción de las personas con trastornos por consumo de drogas que reciben tratamiento –solo una de cada seis– no ha aumentado. En 2015 fallecieron unas 450.000 personas como consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 fueron consecuencia directa de trastornos por consumo de drogas, principalmente de opioides.

Estas amenazas a la salud y el bienestar, así como a la seguridad y el desarrollo sostenible, exigen una respuesta urgente.

El documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016 contiene más de 100 recomendaciones referentes a la promoción de medidas de prevención, de asistencia y de otra índole basadas en datos científicos para hacer frente tanto a la oferta como a la demanda.

Tenemos que poner más empeño en promover ese consenso, aumentar el apoyo a los países que más lo necesitan y mejorar la cooperación internacional y la capacidad de las fuerzas del orden para dismantelar los grupos delictivos organizados y poner freno al tráfico de drogas.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sigue colaborando estrechamente con sus asociados de las Naciones Unidas para ayudar a los países a aplicar las recomendaciones formuladas en el documento final del período extraordinario de sesiones, en consonancia con los

tratados de fiscalización internacional de drogas, los instrumentos de derechos humanos y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En estrecha cooperación con la Organización Mundial de la Salud, estamos apoyando la aplicación de las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, así como las directrices sobre el tratamiento y la atención de las personas con trastornos por consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal.

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* pone de relieve la importancia de que las políticas en materia de drogas tengan en cuenta el género y la edad y examina las necesidades y los problemas particulares de las mujeres y los jóvenes. También analiza el aumento del consumo de drogas entre las personas de más edad, fenómeno que requiere un tratamiento y una atención específicos.

La UNODC trabaja asimismo sobre el terreno para promover enfoques amplios y equilibrados. La Oficina ha reforzado el apoyo integrado que presta al Afganistán y a las regiones vecinas para hacer frente a los niveles sin precedentes de la producción de opiáceos y a los riesgos de seguridad conexos. Estamos apoyando al Gobierno de Colombia y el proceso de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) mediante iniciativas de desarrollo alternativo destinadas a proporcionar

medios de vida lícitos que prescindan de los cultivos de coca.

Además, nuestra Oficina sigue apoyando los esfuerzos por mejorar la disponibilidad de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su uso indebido y su desviación, lo cual constituye una tarea de importancia vital para ayudar a los países de África y de otras regiones a hacer frente a la crisis del tramadol.

El próximo año, la Comisión de Estupefacientes organizará una serie de sesiones ministeriales de alto nivel para evaluar el logro de los objetivos fijados para 2019 en la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, de 2009. Los preparativos ya están en curso. Insto a la comunidad internacional a que aproveche esta oportunidad para reforzar la cooperación y acordar soluciones eficaces.



Yury Fedotov  
Director Ejecutivo Oficina  
de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito



# ÍNDICE

**FASCÍCULO 1** RESUMEN — CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS

**FASCÍCULO 2** PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS  
Tendencias más recientes, cuestiones intersectoriales

**FASCÍCULO 3** ANALYSIS OF DRUG MARKETS  
Opioides, cocaína, cannabis, drogas sintéticas

**FASCÍCULO 4** FASCÍCULO 4 – LAS DROGAS Y LA EDAD  
Drogas y problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad

PREFACIO .....	1
NOTAS EXPLICATIVAS .....	5
CONCLUSIONES PRINCIPALES.....	6
INTRODUCCIÓN .....	9
<b>A. CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS JÓVENES Y LAS PERSONAS DE MÁS EDAD .....</b>	<b>10</b>
Tendencias en las estadísticas demográficas por edades de la población .....	10
El consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad.....	10
<b>B. LAS DROGAS Y LOS JÓVENES .....</b>	<b>14</b>
Patrones de consumo de drogas entre los jóvenes.....	15
Caminos que llevan a los trastornos por consumo de drogas .....	22
Los jóvenes y la cadena de abastecimiento .....	41
<b>C. LAS DROGAS Y LAS PERSONAS DE MÁS EDAD.....</b>	<b>48</b>
Variaciones en la magnitud del consumo de drogas entre las personas de más edad.....	48
¿Cuáles factores podrían explicar la expansión del consumo de drogas? .....	50
Tratamiento de la drogodependencia entre los consumidores de drogas de más edad.....	53
Muertes relacionadas con las drogas entre los consumidores de drogas de más edad .....	56
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>59</b>
<b>AGRUPACIONES REGIONALES .....</b>	<b>60</b>

**FASCÍCULO 5** WOMEN AND DRUGS  
Drug use, drug supply and their consequences

## Agradecimientos

El Informe *Mundial sobre las Drogas 2018* fue elaborado por la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, bajo la supervisión de Jean-Luc Lemahieu, Director de la División, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

### *Coordinación y supervisión del contenido en general*

Chloé Carpentier

Angela Me

### *Análisis y redacción*

Philip Davis

Diana Fishbein

Alejandra Sánchez Inzunza

Theodore Leggett

Kamran Niaz

Thomas Pietschmann

José Luis Pardo Veiras

### *Edición*

Joseph Boyle

Jonathan Gibbons

### *Revisión y comentarios*

La elaboración del *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* ha sido posible gracias a los conocimientos especializados y las valiosas aportaciones de colegas de todas las divisiones de la UNODC.

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece las inestimables aportaciones y el valioso asesoramiento recibidos del Comité Consultivo Científico del *Informe Mundial sobre las Drogas*:

Jonathan Caulkins

Paul Griffiths

Marya Hynes

Vicknasingam B. Kasinather

Letizia Paoli

Charles Parry

Peter Reuter

Francisco Thoumi

Alison Ritter

*In memoriam*

Brice de Ruyver

### *Diseño gráfico y maquetación*

Anja Korenblik

Suzanne Kunnen

Kristina Kuttinig

### *Coordinación*

Francesca Massanello

### *Apoyo administrativo*

Anja Held

Iulia Lazar

Las investigaciones necesarias para preparar el fascículo 4 fueron posibles gracias a la generosa contribución de Alemania (Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ)).



## NOTAS EXPLICATIVAS

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en los mapas, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Una línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. Los límites geográficos que son objeto de controversia (China/India) se representan con un sombreado, debido a la dificultad para mostrarlos con suficiente detalle.

Las denominaciones empleadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas* y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas geográficas citados, ni de sus autoridades, como tampoco respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Los países y zonas geográficas se designan por los nombres que eran de uso oficial en el momento en que se recopilaron los correspondientes datos.

Toda referencia a Kosovo en el *Informe Mundial sobre las Drogas*, de haberla, debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

Puesto que existe cierta ambigüedad científica y jurídica en las distinciones entre “uso”, “uso indebido” y “abuso” de drogas, en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan los términos neutros “uso” y “consumo” de drogas. El término “uso indebido” solo se emplea para designar el consumo con fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica.

Todo uso de la palabra “droga” en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se refiere a una sustancia

sometida a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas.

A menos que se indique otra cosa, todos los análisis contenidos en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se basan en los datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito a través del cuestionario para los informes anuales.

Los datos demográficos que figuran en el *Informe Mundial sobre las Drogas* proceden de la publicación de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas titulada *World Population Prospects: The 2017 Revision*.

Salvo indicación en contrario, el término “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos. Salvo indicación en contrario, el término “toneladas” se refiere a toneladas métricas.

En el presente fascículo se han utilizado las siguientes siglas y acrónimos:

- EMCDDA** Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
- ETS** enfermedades de transmisión sexual
- Europol** Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial
- GHB** ácido *gamma*-hidroxibutírico
- LSD** dietilamida del ácido lisérgico
- MDMA** 3,4-metilendioxi metanfetamina
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNODC** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito



## CONCLUSIONES PRINCIPALES

### *El consumo de drogas y sus consecuencias para la salud son mayores entre los jóvenes que en el resto de la población*

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población en general revelan que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas como el opio o el khat, el consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad. De la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el consumo de sustancias es más acusado en el período comprendido entre el comienzo (12 a 14 años) y el final (15 a 17 años) de la adolescencia, y que ese consumo puede alcanzar su punto máximo entre los jóvenes de 18 a 25 años.

### *El cannabis suele ser la droga predilecta de los jóvenes*

Los datos de los países occidentales indican que la idea de que el cannabis es fácil de conseguir, sumada a la percepción de un bajo riesgo de daño, hace que esta droga sea una de las sustancias que con más frecuencia se comienzan a consumir en la adolescencia. El cannabis se consume a menudo junto con otras sustancias y el consumo de cannabis suele ser la antesala del consumo de otras drogas.

### *Dos tipologías extremas del consumo de drogas entre los jóvenes: las drogas de club en los ambientes de vida nocturna y los inhalantes entre los niños de la calle*

El consumo de drogas entre los jóvenes difiere de unos países a otros en función de las circunstancias sociales y económicas de las personas que lo practican.

Dos contextos muy diferentes ilustran el amplio abanico de circunstancias que pueden llevar a los jóvenes a consumir drogas. Por una parte, en los entornos recreativos se recurre a las drogas para potenciar las sensaciones e intensificar las experiencias; por otra, los jóvenes que viven en condiciones extremas consumen drogas para sobrellevar la

dureza de esas circunstancias.

La tipología de las drogas que se consumen en esos dos contextos es muy diferente. Las drogas de club como el éxtasis, la metanfetamina, la cocaína, la ketamina, el LSD y el GHB se utilizan en los países de ingresos altos y, de las fiestas “rave” aisladas en que se consumían inicialmente, se han extendido a entornos que van desde las cafeterías de estudiantes y las fiestas en casas hasta los conciertos. Según la información disponible, el consumo de estas sustancias es mucho más elevado entre los jóvenes. En el caso de los jóvenes que viven en la calle, las drogas de uso más común suelen ser los inhalantes, que pueden incluir disolventes de pintura, gasolina, pinturas, líquido corrector y pegamentos.

Muchos niños de la calle están expuestos al maltrato físico y el abuso sexual, y el consumo de sustancias es parte de los mecanismos que los ayudan a sobrellevar la dureza del entorno a que están expuestos en la calle. Las sustancias que consumen se suelen elegir por su bajo precio, la facilidad con que se obtienen, por su carácter legal, y la rapidez con que producen una sensación de euforia.

### *El camino que lleva a los jóvenes al uso nocivo de sustancias es complejo*

El camino que lleva a los jóvenes de la iniciación en el consumo al uso nocivo de sustancias está influenciado por factores que a menudo escapan a su control. Los factores personales (como la salud conductual y mental, el desarrollo neurológico y las variaciones genéticas, y las influencias sociales en estos factores), el nivel micro (funcionamiento parental y familiar, escuelas e influencia de los compañeros) y el nivel macro (entorno socioeconómico y físico) pueden hacer a los adolescentes vulnerables al consumo de sustancias. Esos factores varían de unas personas a otras y no todos los jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias. Ninguno de esos factores puede por sí solo dar lugar al consumo de sustancias y, en muchos casos, esas

influencias cambian con el tiempo. En general, lo que determina la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona joven es la conjugación decisiva de los factores de riesgo que están presentes y los factores de protección que están ausentes en una determinada etapa de la vida de esa persona. Los problemas mentales y conductuales que se manifiestan a una edad temprana, la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de implicación de los padres y de apoyo social, la influencia negativa de los compañeros y la falta de medios en las escuelas son más comunes entre los jóvenes que tienen problemas de consumo de sustancias que entre los que no.

El uso nocivo de sustancias tiene múltiples efectos directos en los adolescentes. El consumo de sustancias en la adolescencia incrementa la probabilidad del desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, la tendencia al suicidio, las enfermedades mentales e incluso la reducción de la esperanza de vida. En los casos más graves, el uso nocivo de sustancias puede desembocar en un círculo vicioso en que el consumo de sustancias se alimenta de la pérdida de estatus socioeconómico y de habilidades para forjar relaciones.

### *La pobreza y la falta de oportunidades de progreso económico y social empujan a muchos jóvenes a involucrarse en la cadena de abastecimiento de drogas*

En ocasiones los jóvenes también se involucran en el cultivo, la fabricación y producción y el tráfico de drogas. La falta de oportunidades sociales y económicas puede llevar a algunos jóvenes a vender drogas para ganar dinero o para complementar un salario exiguo. Los jóvenes afectados por la pobreza, o que pertenecen a otros grupos vulnerables, como los inmigrantes, pueden ser captados por grupos delictivos organizados y obligados a trabajar en el cultivo, la producción y el tráfico de drogas y la venta de drogas a nivel local. En algunos entornos, los jóvenes se ven envueltos en las redes de abastecimiento de drogas porque buscan sensaciones fuertes y quieren identificarse con los grupos o pandillas locales. Es posible que los grupos delictivos organizados y las pandillas prefieran captar a niños y adultos jóvenes para traficar con drogas por dos motivos: el primero es la temeridad que suele atribuirse a los grupos de edad más jóvenes, incluso cuando se enfrentan a la

policía o a pandillas rivales; el segundo es la obediencia. Los jóvenes que están implicados en el comercio ilícito de drogas en los mercados internacionales suelen formar parte de grandes grupos delictivos organizados y son utilizados principalmente como “mulas” para transportar sustancias ilegales a otros países.

### *El aumento de las tasas de consumo de drogas entre las personas de más edad obedece parcialmente al envejecimiento de las cohortes de consumidores de drogas*

El consumo de drogas ha aumentado a un ritmo más rápido entre las generaciones de más edad (de 40 años en adelante) que entre las más jóvenes, según los escasos datos disponibles, que proceden mayormente de los países occidentales.

Las personas que vivieron su adolescencia en épocas en que las drogas eran populares y fácilmente obtenibles tienen más probabilidades de haberlas probado y es muy posible que hayan seguido consumiéndolas, según un estudio realizado en los Estados Unidos. Esto es especialmente cierto en el caso de la generación nacida durante el baby boom, como se conoce la explosión de natalidad que tuvo lugar en Europa Occidental y América del Norte entre 1946 y 1964. La tasa de consumo de drogas durante la juventud fue mayor en esa generación que en las cohortes anteriores; un porcentaje considerable de esas personas sigue consumiendo drogas y, ahora que tienen más de 50 años, eso se refleja en los datos.

En Europa se puede deducir otro efecto cohorte de los datos sobre las personas que solicitan tratamiento por consumo de opioides. Si bien el número de consumidores de opioides que reciben tratamiento está disminuyendo, la proporción de personas mayores de 40 años ha aumentado de una de cada cinco en 2006 a una de cada tres en 2013. En las muertes por sobredosis se aprecia una tendencia similar: entre 2006 y 2013 se produjo un aumento de las muertes por sobredosis de personas de 40 años en adelante, pero disminuyó el número de fallecidos menores de 40. De las pruebas se deduce la existencia de una cohorte amplia de consumidores de opioides que están envejeciendo y que comenzaron a inyectarse heroína durante la “epidemia” de la heroína de las décadas de 1980 y 1990.

*Las personas de más edad que consumen drogas requieren servicios adaptados a sus circunstancias, pero hay pocos programas de tratamiento que atiendan esas necesidades concretas*

Los consumidores de drogas de más edad padecen a menudo múltiples problemas de salud física y mental, por lo que resulta más difícil que el tratamiento de la drogodependencia sea eficaz. Pese a ello, apenas se ha dedicado atención a los trastornos por consumo de drogas en esas personas. En 2010 las estrategias nacionales contra la droga de los países de Europa no contenían referencias explícitas a los consumidores de drogas de más edad y los programas de atención y tratamiento especializados para consumidores de drogas de más edad son muy

escasos en esa región; la mayoría de las iniciativas se dirigen a los más jóvenes.

*Las personas de más edad que consumen drogas representan una proporción cada vez mayor de las muertes causadas directamente por el consumo de drogas*

En todo el mundo, las muertes causadas directamente por el consumo de drogas aumentaron en un 60 % entre 2000 y 2015. En 2015, el 39 % de las personas cuya muerte se debió a trastornos por consumo de drogas tenían más de 50 años. No obstante, la proporción de personas de más edad reflejada en las estadísticas ha ido en aumento: en 2000, el porcentaje de muertes causadas por trastornos por consumo de drogas correspondiente a las personas de más edad fue de solo el 27 %.





# INTRODUCCIÓN

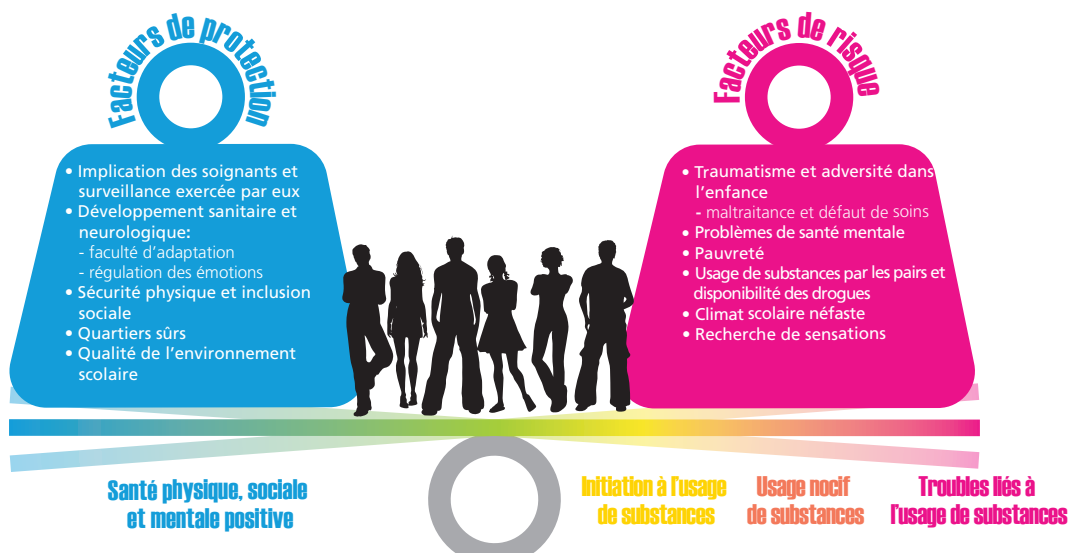
El presente fascículo constituye la cuarta parte del *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*, y es el primero de dos fascículos temáticos dedicados a grupos de población específicos. En este fascículo, la atención se centra en las cuestiones relacionadas con las drogas que afectan a los jóvenes y a las personas de más edad.

En la sección A se ofrece un panorama general de las variaciones del alcance y las modalidades del consumo de drogas entre los distintos grupos etarios, utilizando ejemplos de determinados países. La sección B contiene un examen de tres aspectos del consumo de drogas entre los jóvenes. Sobre la base de un examen de la literatura científica, la sección describe la amplia variedad de patrones de consumo de drogas entre los jóvenes, incluidos el consumo de inhalantes entre los niños de la calle y el consumo de drogas en los ambientes de vida nocturna. A continuación, se examina el vínculo entre el desarrollo de los niños y los jóvenes y los factores que determinan las trayectorias que llevan al consumo de

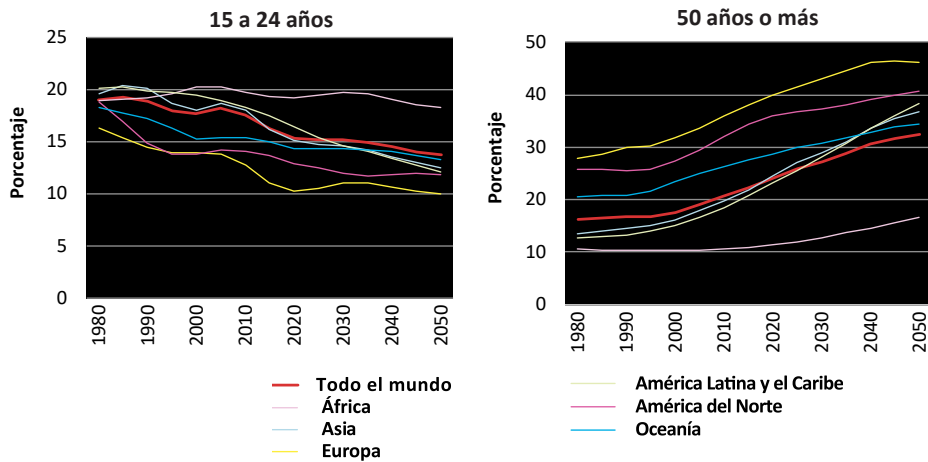
sustancias y a los problemas conexos, así como las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de drogas entre los jóvenes. La última parte de la sección contiene un análisis de las formas en que el cultivo, la producción y el tráfico ilícitos de drogas afectan a la vida de los jóvenes.

La sección C se centra en las personas de más edad que consumen drogas. Describe los aumentos de la magnitud del consumo de drogas entre las personas de más edad observados en el último decenio en algunos países. Se examinan brevemente los factores que podrían ayudar a explicar esos aumentos, así como los problemas particulares que afrontan las personas de más edad con trastornos por consumo de drogas en relación con la atención y el tratamiento de la drogodependencia. Por último, la información sobre las muertes causadas por trastornos por consumo de drogas pone de manifiesto las graves consecuencias sanitarias de la drogodependencia en las personas de más edad.

## Facteurs de protection et facteurs de risque concernant l'usage de substances



**FIG. 1** | Proporción de la población que tiene de 15 a 24 años, y 50 años o más, 1980-2050



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, base de datos de la publicación *World Population Prospects*, revisión de 2017.

## A. CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS JÓVENES Y LAS PERSONAS DE MÁS EDAD

### Tendencias en las estadísticas demográficas por edades de la población

Muchas partes del mundo tienen una población relativamente joven. En 2016, más de 4 de cada 10 personas de todo el mundo eran menores de 25 años, el 26 % tenían entre 0 y 14 años y el 16 % tenían de 15 a 24 años. Europa era la región con la proporción más baja de habitantes de menos de 25 años (27 %), y África, la región con la proporción más alta (60 %). Sin embargo, las proyecciones arrojan una merma de la proporción correspondiente a la población de 15 a 24 años para 2050<sup>1</sup> en todas las regiones.

Por otra parte, en los últimos años se han logrado aumentos de la esperanza de vida en todas las regiones, y se prevé que, a nivel mundial, la esperanza de vida de la próxima generación será un 10 % más alta que la actual, llegando a 77 años en 2045-2050, frente a 71 años en 2010-2015.<sup>22</sup> En

consecuencia, entre 2016 y 2050 el número de personas de 50 años o más prácticamente se duplicará. En 2050, por lo menos un tercio de la población de todas las regiones, excepto África, tendrá 50 años o más.

### El consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad

Las encuestas del consumo de drogas entre la población en general muestran sin excepción que la magnitud del consumo de drogas es menor entre las personas de más edad que entre los jóvenes. Los datos del consumo de drogas alcanzan sus valores máximos entre las personas de 18 a 25 años de edad. Esta es, en general, la situación observada en los países de la mayoría de las regiones y en lo que respecta a la mayoría de los tipos de drogas.

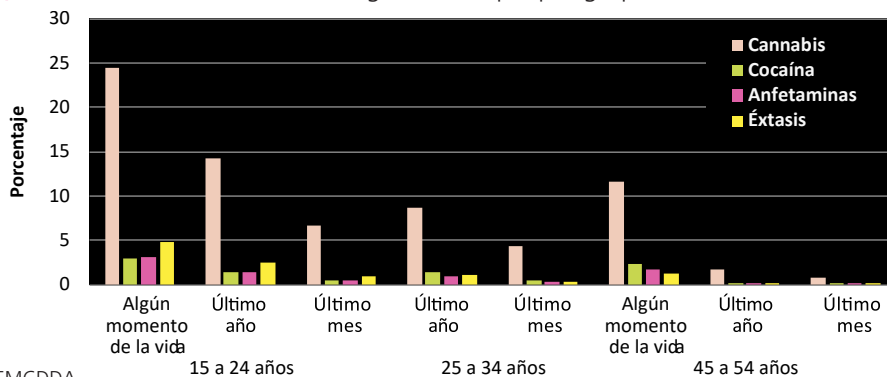
La magnitud del consumo de drogas, en particular la prevalencia del consumo en el último año y la prevalencia del consumo en el último mes, que son indicadores del uso reciente y habitual, siguen siendo mucho mayores en los jóvenes que en las personas de más edad. Sin embargo, la prevalencia del consumo en algún momento de la vida, o prevalencia de vida, que es un indicador del grado de exposición

1 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, base de datos de la publicación *World Population Prospects*, revisión de 2017.

2 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, “World population pros-

pects: the 2017 revision, key findings and advance tables”, documento de trabajo publicado con la signatura ESA/P/WP/248 (Nueva York, 2017).

FIG. 2 | Prevalencia del consumo de drogas en Europa, por grupos de edad, 2017



Fuente: EMCDDA.

Nota: La información representada es el promedio no ponderado de los datos comunicados por los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Turquía al EMCDDA, sobre la base de las encuestas de población generales realizadas entre 2012 y 2015.

de la población general a las drogas, es más alta en las personas de más edad que en los jóvenes, en el caso de las sustancias que están en el mercado desde hace decenios. En cambio, en el caso de las sustancias que han aparecido más recientemente o que han arraigado en ciertos estilos de vida, los informes indican que el consumo es mucho más alto entre los jóvenes. Un ejemplo de este tipo de sustancias es el éxtasis, que entre las personas de más edad tiene bajos niveles de consumo en algún momento de la vida y un consumo corriente casi nulo, pero una alta prevalencia de vida en los jóvenes.

Las diferencias en el alcance del consumo de drogas en algún momento de la vida deben interpretarse teniendo en cuenta el “efecto de cohorte”, que se refiere a las diferencias en el consumo de drogas y en las actitudes y los comportamientos conexos entre las personas nacidas en determinados períodos de tiempo.<sup>3</sup> Las personas que llegan a la edad de mayor vulnerabilidad para la iniciación en el consumo de drogas en una época en que las drogas son populares y están ampliamente disponibles corren un riesgo especialmente alto de probarlas y, posiblemente, de seguir las consumiendo.<sup>4</sup> Un ejemplo de ello, en los Estados Unidos de América, es la generación de las personas nacidas durante el baby boom (explosión

de la natalidad que tuvo lugar entre 1946 y 1964), que tuvieron las tasas más elevadas de consumo de sustancias en la juventud, en comparación con las cohortes anteriores.<sup>5</sup> Normalmente, cuando en una cohorte muchas personas comienzan a utilizar una determinada sustancia, como ocurrió con esa generación, ello se refleja en la cifra de la prevalencia de vida en la población en general en los años siguientes, aun cuando muchas de esas personas dejen de consumir la droga en una etapa posterior. Por lo tanto, la prevalencia de vida es un indicador del alcance de la exposición de la población, y de sus diferentes grupos etarios, al consumo de drogas en cualquier momento de su vida, mientras que la prevalencia en el último año y la prevalencia en el último mes son indicadores de los niveles corrientes de consumo de drogas en esa población.

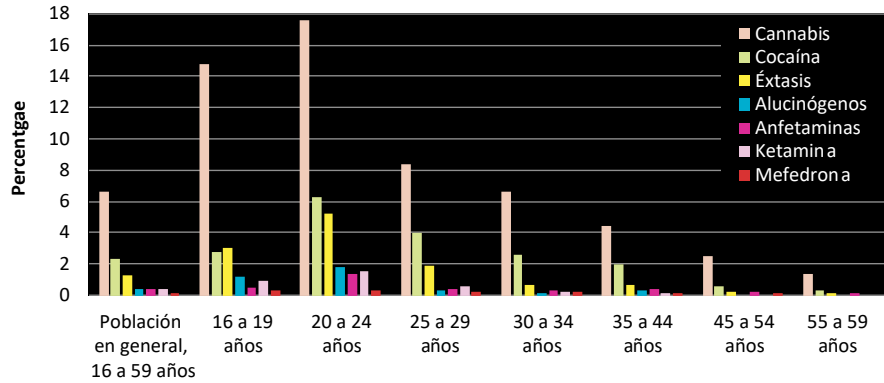
Debido a la escasez de datos de encuestas sobre el consumo de drogas en las distintas regiones, así como a las diferentes medidas de la prevalencia y los grupos de edad utilizadas en las encuestas disponibles, es difícil construir una comparación mundial del consumo de drogas entre los jóvenes y las personas de más edad. Por lo tanto, en los párrafos siguientes se presentan ejemplos de diferentes países y regiones para ilustrar el alcance del consumo de drogas y establecer comparaciones entre los distintos grupos de edad de esos países y regiones.

3 Lloyd D. Johnston y otros, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 2016 Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use* (Ann Arbor, Michigan, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Michigan, 2017).

4 J. D. Colliver y otros, “Projecting drug use among aging baby boomers in 2020”, *Annals of Epidemiology*, vol. 16, núm. 4 (abril de 2006), págs. 257 a 265.

5 J. Gfroerer y otros, “Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, núm. 2 (marzo de 2003), págs. 127 a 135.

**FIG. 3** | Prevalencia anual del consumo de drogas en Inglaterra y Gales, ejercicio económico 2016-17



Fuente: Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Oficina de Estadísticas Nacionales, "Drug misuse: findings from the 2016/17 crime survey for England and Wales", Statistical Bulletin 11/17 (Londres, julio de 2017).

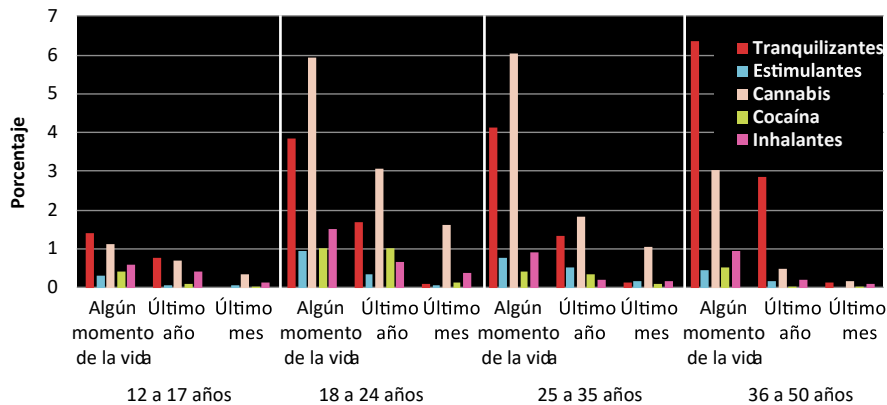
En todas las regiones para las que fue posible analizar los datos por edades, el consumo corriente de drogas es mucho más alto entre los jóvenes que entre las personas de más edad. Las personas de más de 40 años tienden a presentar patrones de consumo de drogas diferentes de los de los jóvenes, salvo en el caso de sustancias como el opio y el khat, que tienen una larga tradición de uso en ciertas sociedades o culturas. Las personas de más edad no suelen estar tan expuestas como los jóvenes a las nuevas drogas que llegan al mercado, y tienden a mantener los patrones de consumo de drogas que adoptaron en la juventud.

### Europa

Los datos de los 28 Estados miembros de la Unión

Europea, más Noruega y Turquía, demuestran que en esos países el consumo de anfetaminas y éxtasis en algún momento de la vida es de dos a tres veces mayor entre los menores de 35 años que entre las personas de más edad. El consumo en el último mes es hasta siete veces más alto entre los jóvenes para la mayoría de las drogas. Por su parte, el uso corriente del éxtasis es casi 20 veces más alto entre las personas de 15 a 24 años que entre las de 45 a 54 años. En cambio, las tasas de prevalencia de vida del consumo de cocaína en las personas de 15 a 24 años son comparables a las del grupo de 45 a 54 años en Europa, mientras que el consumo de cannabis en algún momento de la vida es mucho más alto entre los menores de 35 años. Esto puede reflejar

**FIG. 4** | Prevalencia del consumo de drogas en el Estado Plurinacional de Bolivia, por tipos de droga y grupos de edad, 2014



Fuente: Estado Plurinacional de Bolivia, Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), *II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto, 2014* (La Paz, 2014).

diferencias en la edad de iniciación al consumo de esas sustancias, así como los distintos niveles históricos de consumo entre los jóvenes en Europa.

### Estado Plurinacional de Bolivia

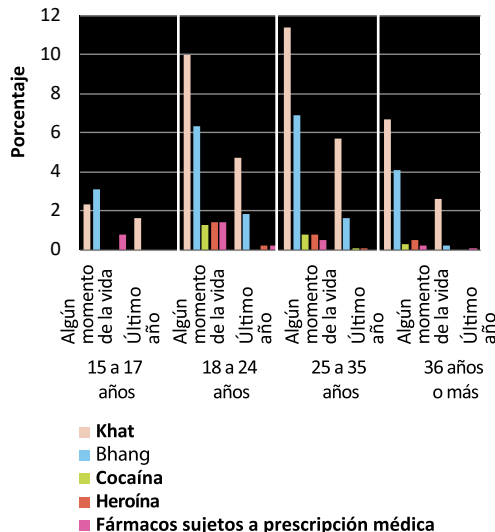
En el Estado Plurinacional de Bolivia, el consumo reciente y corriente de casi todas las sustancias es considerablemente más alto entre las personas de 18 a 24 años que en otros grupos de edad; al igual que en la mayor parte de los países, el cannabis es la droga más consumida en la mayoría de los grupos etarios. El consumo de cannabis, cocaína, estimulantes e inhalantes en algún momento de la vida es hasta dos veces más alto entre las personas de 18 a 24 años que entre las que tienen 36 años o más. En la mayoría de los casos, el consumo de esas sustancias en el último año y en el último mes también arroja niveles mucho mayores en el grupo de 18 a 24 años que en el de 36 a 50 años. Por ejemplo, el consumo de cannabis en el último año es más de seis veces superior entre las personas de 18 a 24 años que entre las de 36 a 50 años. En cambio, en lo que respecta a los tranquilizantes, la segunda sustancia de uso indebido más frecuente en el Estado Plurinacional de Bolivia, el consumo con fines no médicos en algún momento de la vida y en el último año es casi el doble entre las personas de 36 a 50 años, aunque el uso de tranquilizantes en el último mes es muy parecido en todos los grupos de edad, con excepción de las personas de 12 a 17 años.<sup>6</sup>

### Kenya

En Kenya, las personas de más edad comunican un consumo más alto de las sustancias más antiguas, como el khat en diferentes formas (*miraa* y *muguka*) y el cannabis (*bhanga* y hachís), mientras que las drogas de aparición más reciente en África, como la cocaína y la heroína, son consumidas con más frecuencia por las personas de 18 a 24 años de edad. Entre la población en general, el *khat* y el cannabis siguen siendo las dos sustancias más utilizadas, con la mayor prevalencia de vida y anual en las personas de 25 a 35 años de edad. En cambio, el consumo de cocaína, heroína y fármacos sujetos a prescripción

6 Estado Plurinacional de Bolivia, Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), *II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto*, 2014 (La Paz, 2014).

FIG. 5 Prevalencia del consumo de drogas en Kenya, por grupos de edad y tipos de droga, 2012



Fuente: Kenya, Dirección Nacional de la Campaña contra el Abuso del Alcohol y las Drogas, *Rapid Situation Assessment of the Status of Drug and Substance Abuse in Kenya* (Nairobi, 2012).

médica en algún momento de la vida es casi tres veces más alto entre las personas de 18 a 24 años que entre las de 36 años o más

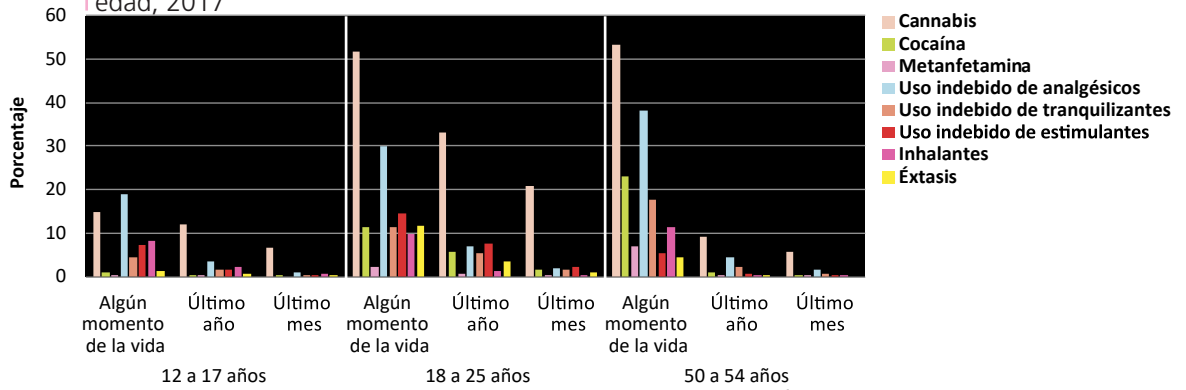
### Estados Unidos

Los datos sobre el consumo de drogas entre la población de los Estados Unidos en 2017 muestran diferencias en el uso en algún momento de la vida, en el último año y en el último mes entre el grupo etario de 18 a 25 años y el de 50 a 54 años. Estas diferencias se explican en parte por el efecto de cohorte. Este efecto es visible en la prevalencia de vida en las personas que fueron jóvenes en los últimos años de la década de 1960 y en los años noventa, cuando aumentó el consumo de numerosas drogas entre los jóvenes. En el caso de las sustancias que tienen un consumo establecido desde hace decenios, como el cannabis, los analgésicos opioides, los tranquilizantes y los inhalantes, el uso en algún momento de la vida es comparable entre las personas de 50 a 54 años y las de 18 a 25 años.<sup>7</sup>

Por ejemplo, casi la mitad de las personas de ambos grupos de edad habían consumido cannabis por lo

7 Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2017).

**FIG. 6** Prevalencia del consumo de drogas en los Estados Unidos de América, por grupos de edad, 2017



Source: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioural Health Statistics and Quality, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2017).

menos una vez en la vida. El patrón es diferente en el caso de la cocaína y los estimulantes. Para la cocaína, la prevalencia de vida en las personas de 18 a 25 años es la mitad de la del grupo de 50 a 54 años. Es probable que esto sea el resultado de una combinación de factores, como las tendencias descendentes del consumo de cocaína observadas en los Estados Unidos a comienzos de los años 2000 y la fuerte merma de ese consumo registrada en 2006. En cambio, para los estimulantes utilizados con fines no médicos y para el éxtasis, la prevalencia de vida es casi tres veces más alta en el grupo de 18 a 25 años que en la cohorte de más edad, lo que refleja la aparición más reciente de estas sustancias en el mercado. Para la mayoría de las drogas, el consumo en el último mes sigue siendo hasta tres veces mayor y, en el caso de los estimulantes, hasta siete veces mayor, en el grupo de 18 a 25 años que en el de 50 a 54 años. El consumo de éxtasis entre las personas de 50 años o más es prácticamente inexistente.<sup>8</sup>

como correos. Hay numerosos factores a nivel personal, del microentorno (la familia, la escuela y los compañeros) y del macroentorno (el medio socio-económico y físico) cuya interacción puede aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes al consumo de sustancias. La mayoría de las investigaciones indican que el período comprendido entre el comienzo (12 a 14 años) y el final (15 a 17 años) de la adolescencia es una etapa de riesgo crítica para la iniciación en el consumo de sustancias.<sup>9</sup> Muchos jóvenes consumen drogas para afrontar las dificultades sociales y psicológicas que experimentan en las diferentes etapas de su desarrollo desde la adolescencia hasta la edad adulta joven (que pueden ir desde la necesidad de sentirse bien o simplemente de socializar, hasta la inadaptación personal y social).<sup>10</sup>

A los efectos de la presente sección y con arreglo a la definición de las Naciones Unidas, se consideran “jóvenes” las personas de 15 a 24 años de edad.

## B. LAS DROGAS Y LOS JÓVENES

Las drogas afectan a los jóvenes en todas partes del mundo. Los jóvenes pueden consumir las drogas, participar en su cultivo o producción, o ser usados

La adolescencia es un período de desarrollo físico y psicológico (que incluye el desarrollo del cerebro); el consumo de sustancias puede afectar a ese desarrollo. La adolescencia es universalmente un período

8 Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, núm. SMA 17-5044, Serie NSDUH H-52 (Rockville, Maryland, 2017).

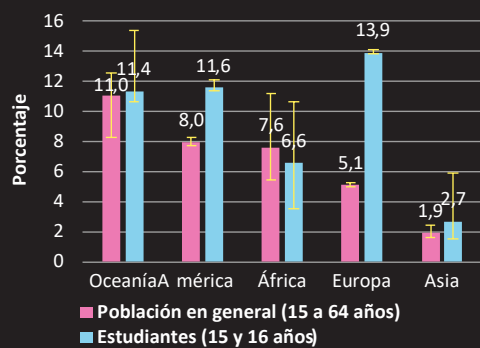
9 Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento. “Age of substance use initiation among treatment admissions aged 18 to 30”, The TEDS Report (Rockville, Maryland, julio de 2014).

10 Jonathan Shedler y Jack Block, “Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry”, *American Psychologist*, vol. 45, núm. 5 (1990), págs. 612 a 630.

## Consumo de cannabis entre los jóvenes

En la mayoría de los países, el cannabis es la droga que más se consume, tanto entre la población en general como entre los jóvenes. Según una estimación mundial elaborada por primera vez por la UNODC a partir de los datos disponibles sobre 130 países, en 2016 13,8 millones de jóvenes (en su mayoría estudiantes) de 15 y 16 años, equivalentes al 5,6 % de la población de ese grupo de edad, habían consumido cannabis por lo menos una vez en los 12 meses anteriores.

**Prevalencia anual del consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años de edad y en los estudiantes de 15 y 16 años, 2016**



Fuentes: UNODC, datos de los cuestionarios para los informes anuales e informes de los Gobiernos.

*Nota: La estimación del consumo de cannabis en el último año entre los jóvenes de 15 y 16 años se basa en encuestas escolares en la mayoría de los países, de ahí que se utilice el término "estudiantes".*

La prevalencia del consumo de cannabis era alta en América del Norte (18 %)ª y en Europa Occidental y Central (20 %), dos subregiones en que el consumo de cannabis en el último año fue superior entre los jóvenes que entre la población en general en 2016. En algunas otras subregiones, las estimaciones parecen indicar que el consumo de cannabis entre los jóvenes puede ser inferior al de la población en general. Se necesitan más investigaciones para entender si esa diferencia refleja una iniciación más tardía en el consumo de cannabis en las zonas en cuestión o si es el resultado de una menor notificación del comportamiento de consumo de drogas por los jóvenes debido a la estigmatización. Otro factor puede ser que en algunos países en desarrollo no todos los jóvenes siguen estando en la escuela a las edades de 15 y 16 años. Los que aún están escolarizados pueden no ser representativos de ese grupo de edad en lo que respecta al comportamiento relativo a las drogas; es posible que formen parte de una elite que presenta un menor consumo de drogas que los jóvenes que han abandonado la escuela.

a Excluido México: 23 %.

de vulnerabilidad a diferentes influencias, en que las personas se inician en distintos comportamientos, que pueden incluir el consumo de sustancias. Sin embargo, los datos reunidos indican que la enorme mayoría de los jóvenes no consumen drogas, y que los que lo hacen han estado expuestos a diferentes factores importantes que se relacionan con el consumo de sustancias. La idea errónea de que todos los jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias y a su uso nocivo pasa por alto las pruebas científicas, que indican sistemáticamente que las personas son diferentes en su propensión al consumo de drogas. Aunque los factores que influyen varían de un individuo a otro, y ningún factor por sí solo es suficiente para conducir al uso nocivo de sustancias, una conjugación crítica de factores de riesgo presentes y factores de protección ausentes determina la predisposición del cerebro del joven al consumo de sustancias. Así pues, desde el punto de vista de la prevención del inicio del consumo de sustancias, y de la prevención de los trastornos relacionados con ese consumo en el contexto del desarrollo sano y sin riesgo de los jóvenes, es importante tener un conocimiento sólido de los patrones de consumo de sustancias y de las influencias personales, sociales y ambientales que pueden conducir al consumo de sustancias y a los trastornos relacionados con esa práctica entre los jóvenes.

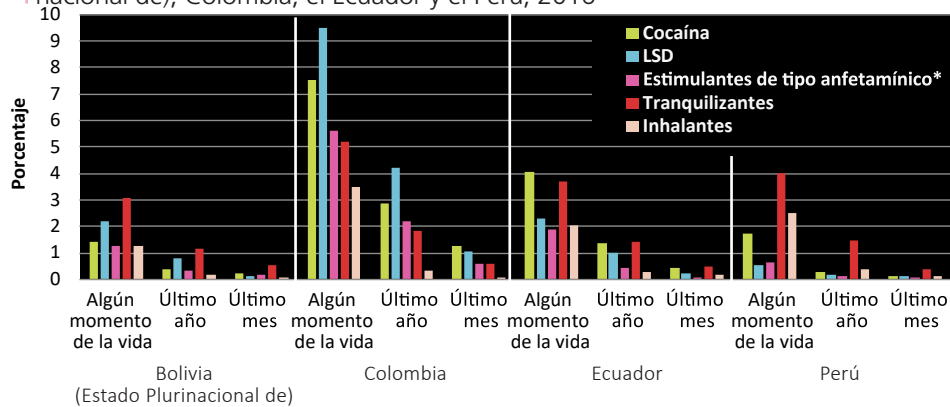
## Patrones de consumo de drogas entre los jóvenes

**El cannabis sigue siendo la droga de consumo más común**

Exceptuando el tabaco y el alcohol, el cannabis se considera la droga de consumo más extendido entre los jóvenes. La investigación epidemiológica, que se concentra principalmente en los países de altos ingresos, indica que la percepción de que el cannabis es fácil de conseguir, unida a la idea de que el riesgo de daño es bajo, hace que esta droga sea, después del tabaco y el alcohol, la sustancia de uso más común. Su consumo comienza normalmente al final de la adolescencia, y alcanza los valores máximos en los primeros años de la edad adulta.<sup>11</sup> Las investigaciones médicas indican que el consumo de

11 Megan Weier y otros, "Cannabis use in 14 to 25 years old Australians 1998 to 2013", Centre for Youth Substance Abuse Research Monograph No. 1 (Brisbane, Australia, Centre for Youth Substance Abuse, 2016).

**FIG. 7** Prevalencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador y el Perú, 2016



Fuente: UNODC, *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria: Informe Regional 2016* (Lima, 2017).

\* Incluyen la anfetamina, la metanfetamina y el éxtasis.

cannabis antes de los 16 años expone al riesgo de un daño inmediato y de una mayor predisposición a contraer trastornos por consumo de drogas y problemas de salud mental como el trastorno de la personalidad, la ansiedad y la depresión.<sup>12, 13</sup>

Aproximadamente el 9 % de las personas que experimentan con el cannabis terminan con trastornos relacionados con el consumo de esa droga, pero esta proporción aumenta a una persona de cada seis cuando el consumo comienza en la adolescencias.<sup>14</sup> Entre una cuarta parte y la mitad de quienes fuman cannabis a diario terminan padeciendo trastornos causados por esa práctica.<sup>15</sup>

Normalmente, el consumo de otras drogas es precedido por el consumo de cannabis. En comparación con los no consumidores, los adolescentes que consumen cannabis tienen una mayor probabilidad de consumir otras drogas, incluso si se tienen en cuenta otras covariables importantes, como la genética y las influencias ambientales.<sup>16</sup>

12 Deidre M. Anglin y otros, "Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood", *Schizophrenia Research*, vol. 137, núms. 1 a 3 (2012), págs. 45 a 49.

13 Shedler y Block "Adolescent drug use and psychological health".

14 Nora D. Volkow y otros, "Adverse health effects of marijuana use", *New England Journal of Medicine*, 370(23) (2014), págs. 2219 a 2227.

15 Ibid.

16 Jeffrey M. Lessem y otros, "Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use", *Behavior Genetics*, vol. 36, núm. 4 (2006), págs. 498 a 506.

El consumo de cannabis en la adolescencia y el uso posterior de otras drogas en la primera parte de la edad adulta pueden ser el resultado, entre otras cosas, de factores ambientales comunes y compartidos. Los adolescentes que consumen cannabis pueden estar en contacto con otros jóvenes de su edad que también lo consumen, o con traficantes que ofrecen otras drogas, lo que aumenta la exposición a un contexto social que alienta a consumir otras drogas.<sup>17, 18</sup> Por ejemplo, un estudio longitudinal de gemelos adolescentes reveló que el gemelo que consumía cannabis acababa usando otras drogas y teniendo dependencia del alcohol y trastornos por consumo de drogas con una frecuencia de dos a cinco veces mayor que el gemelo que no consumía cannabis.<sup>19</sup>

Un estudio comparativo del consumo de drogas entre estudiantes universitarios (18 a 25 años o más) realizado en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador y el Perú en 2016 reveló que, después del alcohol y el tabaco, el cannabis era la droga de uso más común entre los universitarios. Alrededor del 20 % de los estudiantes de Colombia habían consumido cannabis en el último año, frente al 5 % en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú.

17 Ibid.

18 Wayne D. Hall y Michael Lynskey, "Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs", *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, núm. 1 (2005), págs. 39 a 48.

19 Lessem y otros, "Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use".



El uso notificado de otras sustancias también era más alto entre los estudiantes universitarios de Colombia. Los estudiantes de los cuatro países consumían también drogas como la cocaína, los tranquilizantes, el LSD y los inhalantes. El estudio reveló que la proporción de quienes se habían iniciado en el consumo de drogas a una edad temprana era diferente entre los hombres y las mujeres participantes, y que el alcance del consumo de drogas entre los estudiantes varones duplicaba el de las mujeres. El policonsumo de drogas también era común entre los estudiantes; un tercio de los estudiantes de Colombia comunicaron que habían usado dos o más drogas al mismo tiempo en el último año, frente a un 20 % en el Ecuador y un 7 % en el Perú. Las sustancias que con más frecuencia se consumían juntas eran el cannabis, la cocaína, el LSD y el éxtasis.

### *Espectro del consumo de drogas entre los jóvenes: desde los ambientes de vida nocturna hasta el uso de inhalantes por los niños de la calle*

Dos contextos muy diferentes ilustran la amplia gama de circunstancias que impulsan a los jóvenes a consumir drogas. Por una parte, en los entornos recreativos se recurre a las drogas para potenciar las sensaciones e intensificar las experiencias; por otra, los jóvenes que viven en condiciones extremas consumen drogas para sobrellevar la dureza de esas circunstancias. En esta sección se describe brevemente el consumo de drogas entre los jóvenes de esos entornos.

#### *Consumo de estimulantes en los ambientes de vida nocturna y los entornos recreativos*

En los últimos dos decenios, entre los jóvenes de los países de ingresos altos y de los centros urbanos, el consumo de drogas de club como la MDMA o éxtasis, la metanfetamina, la cocaína, la ketamina, el LSD y el GHB se ha extendido de las fiestas “rave” aisladas a entornos que van desde las cafeterías de estudiantes y las fiestas en casas hasta los conciertos. Se han reunido algunos datos sobre los comportamientos de los jóvenes con respecto a estas drogas en contextos específicos.

Por ejemplo, un estudio cualitativo de los consumidores de drogas de club en la ciudad de Nueva York reveló que el consumo de esas drogas podía agruparse

en tres tipologías principales.<sup>20</sup> El primer grupo de personas tendían a consumir principalmente cocaína, aunque no con frecuencia, y se las denominó “consumidores de cocaína como droga primaria”. Este grupo no estaba expuesto a otras drogas o no era propenso a consumir múltiples sustancias. El segundo grupo era el de los “consumidores de drogas de moda”; estas personas tenían más propensión a experimentar, pero se centraban en las drogas de club más populares. Consumían drogas con mayor frecuencia y era probable que hubieran usado también el éxtasis, pero no que tuvieran gran experiencia con otras drogas de club. El tercer grupo era el de los “consumidores de amplio espectro”; estas personas practicaban un consumo más frecuente de más de una droga y estaban dispuestos a vivir la experiencia de drogarse de diferentes maneras. Aunque el tercer grupo es heterogéneo, sus comportamientos de consumo de drogas han sido asociados con consecuencias profundas inmediatas y a largo plazo.

#### *Consumo de estimulantes entre los jóvenes socialmente integrados y los jóvenes marginados*

Fuera de los ambientes de vida nocturna, el consumo de estimulantes como la metanfetamina también es bastante común entre los jóvenes en la mayor parte del mundo. En un estudio cualitativo realizado en la República Islámica del Irán se definieron tres grupos de jóvenes consumidores de metanfetamina.<sup>21</sup> La mayoría eran los que habían empezado a consumir metanfetamina, conocida localmente como *shishbeh*, para resolver su problema de consumo de opioides, ya sea a modo de automedicación contra la adicción a los opioides o para gestionar sus efectos adversos. Otro grupo, más pequeño, eran los que habían consumido *shishbeh* como primera sustancia, o después de un período de consumo de cannabis, como novedad y para experimentar un nuevo estado de euforia. El último grupo estaba constituido por las personas que habían comenzado a consumir metanfetamina tras haber participado en un programa

20 Danielle E. Ramo y otros, “Typology of club drug use among young adults recruited using time-space sampling”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 107, núms. 2 y 3 (2010), págs. 119 a 127.

21 Alireza Noroozi, Mohsen Malekinejad y Afarin Rahimi-Movaghar, “Factors influencing transition to *shishbeh* (methamphetamine) among young people who use drugs in Tehran: a qualitative study”, *Journal of Psychoactive Drugs* (29 de enero de 2018).

## Niños que trabajan y viven en la calle: niños relacionados con la calle

El UNICEF define como niño o joven de la calle a toda persona no adulta para la que la calle se ha convertido en la morada o el medio de subsistencia habitual y que no está suficientemente protegida, supervisada o dirigida por adultos responsables.

Según su nivel de interacción con la vida en la calle, los niños de la calle se clasifican en los tres grupos siguientes:

- 1. Niños de la calle propiamente dichos:** niños que no tienen más hogar que las calles. Estos niños pueden haber sido abandonados por su familia o no tener familiares vivos. Tienen que luchar por su supervivencia, y pueden pasar de amigo en amigo o refugiarse, por ejemplo, en edificios abandonados.
- 2. Niños que viven en la calle:** estos niños visitan a su familia regularmente. Pueden incluso regresar a

dormir a casa todas las noches, pero pasan la mayoría de los días y algunas noches en la calle debido a la pobreza, el hacinamiento, el abuso sexual o el maltrato físico en el hogar.

- 3. Niños que forman parte de una familia de la calle:** algunos niños viven en las calles con el resto de su familia, que puede haber sido desplazada de su vivienda por la pobreza, por desastres naturales o por una guerra. Estas personas se trasladan de un lugar a otro con sus pertenencias, cuando es necesario. Los niños de estas familias suelen trabajar en las calles junto con otros familiares.

Fuente: OMS, "Working with street children: module 1, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs", publicación núm. WHO/MSD/MDP/00.14 (Ginebra, 2000).

**CUADRO 1** Prevalencia de vida del consumo de diferentes sustancias en los niños y los jóvenes relacionados con la calle en entornos de recursos limitados

Sustancia consumida	Análisis global <sup>a</sup> de la prevalencia de vida (porcentaje)	Intervalo de confianza
Alcohol	41	31 a 50
Tabaco	44	34 a 55
Cannabis	31	18 a 44
Cocaína	7	5 a 9
Inhalantes	47	36 a 58

Fuente: Lonnie Embleton y otros, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis", *Addiction*, vol. 108, núm. 10 (2013), págs. 1722 a 1733.

<sup>a</sup> El análisis global es una técnica estadística que combina los resultados, en este caso la prevalencia obtenida en múltiples estudios epidemiológicos, para obtener una estimación global de la prevalencia.

de desintoxicación de opioides y haberse abstenido del consumo de opioides por un período de tiempo.

Un examen de los estudios de Asia y América del Norte sobre los factores de riesgo entre los jóvenes que usan metanfetamina reveló una serie de factores que se relacionaban con el consumo de metanfetamina por los grupos de consumidores socialmente integrados (de bajo riesgo) y marginados (de alto riesgo).<sup>22</sup> Entre los jóvenes socialmente integrados, los varones tenían una mayor probabilidad de consumir metanfetamina que las mujeres. En ese grupo había una relación significativa entre un historial de comportamientos de riesgo de distinto tipo, como la actividad sexual bajo los efectos o junto con el consumo de alcohol y opiáceos, y el consumo de

metanfetamina. El tipo de vida sexual y los comportamientos sexuales peligrosos también eran factores de riesgo. Sin embargo, los comportamientos sexuales de alto riesgo podían haber precedido o sucedido al consumo de metanfetamina. Entre los grupos marginados, las mujeres tenían más probabilidades de consumir metanfetamina que los varones. Los jóvenes que habían crecido en un entorno familiar inestable o que tenían un historial de trastornos psiquiátricos también corrían más riesgo de caer en el consumo de metanfetamina.

### Consumo de drogas entre los niños de la calle

Si bien los niños de la calle o relacionados con la calle son un fenómeno mundial, la dinámica que empuja a los niños a esa situación varía considerablemente entre los países de ingresos altos y los de ingresos

22 Kelly Russel y otros, "Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review", *BioMed Central Pediatrics*, vol. 8, núm. 48 (2008).

medianos y bajos.<sup>23</sup> En los países de ingresos altos, los jóvenes de la calle tienen por lo general a sus espaldas situaciones de conflicto en la familia, malos tratos o descuido en la infancia, consumo de sustancias por los padres o pobreza. En los entornos de recursos limitados de los países de ingresos bajos y medianos, los jóvenes pueden estar en la calle debido a la pobreza extrema, la muerte de uno de los padres o de ambos, o el desplazamiento como consecuencia de una guerra o conflicto, además de las razones antes mencionadas.

Los niños de la calle no solo viven, sobreviven y crecen en un entorno sin protección, sino que también pueden ser objeto de malos tratos o explotación por pandillas o grupos delictivos locales que los obligan a participar en la delincuencia callejera o el trabajo sexual. Para sobrevivir en un entorno tan hostil, los niños de la calle pueden hacer trabajos ocasionales como la venta ambulante, la prostitución, el tráfico de drogas o la mendicidad, o dedicarse al “trabajo sexual de supervivencia”, que es el intercambio de prestaciones sexuales por determinados artículos alimentarios, alojamiento, dinero o drogas. Debido a la precariedad de la vida que llevan, los niños y jóvenes de la calle son también vulnerables al maltrato físico, las lesiones y la violencia a manos de delincuentes, pandillas o incluso autoridades locales.<sup>24</sup> Se ha demostrado asimismo que el abuso sexual y físico de los niños de la calle está estrechamente relacionado con su victimización sexual y física.<sup>25</sup>, <sup>26</sup> Estas vulnerabilidades, junto con el hecho de que los niños de la calle pueden tener familias o padres con problemas de consumo de sustancias, contribuyen al inicio del consumo de sustancias y la aparición de trastornos psiquiátricos en esos niños.

- 23 Lonnie Embleton y otros, “The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis”, *Addiction*, vol. 108, núm. 10 (2013), págs. 1722 a 1733.
- 24 OMS, “Working with street children: module 1, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs”, publicación núm. WHO/MSD/MDP/00.14 (Ginebra, 2000).
- 25 Kimberly A. Tyler y Lisa A. Melnder, “Child abuse, street victimization and substance use among homeless young adults”, *Youth and Society*, vol. 47, núm. 4 (2015), págs. 502 a 519.
- 26 Khaled H. Nada y El Daw A. Suliman, “Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behavior in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt”, *AIDS*, vol. 24, Supl. 2 (2010), págs. S39 a S44.

## Formas de utilizar los inhalantes

**Esnifado:** Los disolventes se inhalan directamente desde el contenedor, por la nariz y la boca.

**Aspiración de los vapores:** Se inhalan los vapores, colocando una manga de camisa, un calcetín o un rollo de algodón empapados en un disolvente sobre la nariz o la boca, o directamente dentro de la boca.

**Aspiración desde una bolsa:** Se inhala una concentración de vapores de una bolsa colocada sobre la boca y la nariz, o sobre la cabeza.

En numerosos estudios se han observado altos niveles de consumo de sustancias entre los niños de la calle, pero no existen estimaciones mundiales y los patrones de consumo pueden variar considerablemente. Un examen sistemático y un metaanálisis de los estudios sobre el consumo de sustancias entre los niños de la calle en entornos de recursos limitados indicó que los inhalantes eran las sustancias de uso más común, y un análisis global<sup>27</sup> situó la prevalencia de vida de su uso en los niños y jóvenes relacionados con la calle en un 47 %.<sup>28</sup> Mientras que el uso de inhalantes se practicaba en todas las regiones, el consumo de cocaína entre los niños relacionados con la calle estaba presente sobre todo en América del Sur y Centroamérica, y el consumo de alcohol, principalmente en África y en América del Sur y Centroamérica.

La mayoría de las publicaciones científicas sobre la materia informan del uso de inhalantes o sustancias volátiles entre los niños de la calle como un fenómeno común.<sup>29</sup> Esas sustancias son disolventes de pintura, gasolina, pinturas, líquido corrector y pegamentos. Se seleccionan por su precio bajo, su oferta amplia y legal, y su capacidad de inducir un estado de euforia con rapidez.<sup>30</sup>

- 27 El análisis global es una técnica estadística que combina los resultados, en este caso la prevalencia obtenida en múltiples estudios epidemiológicos, para obtener una estimación global de la prevalencia.
- 28 Embleton y otros, “The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings”. En el metaanálisis se incluyeron 50 estudios sobre el consumo de sustancias entre los niños de la calle. De 27 estudios, 13 se referían a entornos de recursos limitados en África, América del Sur y Centroamérica, Asia, incluido el Oriente Medio, y Europa oriental.
- 29 L. Baydala, “Inhalant abuse”, *Paediatrics Child Health*, vol. 15, núm. 7 (septiembre de 2010), págs. 443 a 448.
- 30 Colleen A. Dell, Steven W. Gust y Sarah MacLean, “Global

El alcance del consumo de sustancias entre los niños de la calle depende también de la duración de la exposición al entorno callejero. Alrededor del 58 % de los niños relacionados con la calle entrevistados en un estudio realizado en Kenya comunicaron que habían utilizado pegamento en el último mes, lo que significa que esta es la sustancia de consumo más común en ese grupo.<sup>31</sup> Otras sustancias utilizadas por los niños son el alcohol, el tabaco, la miraa (una hierba psicoactiva local), el cannabis y la gasolina. Había diferencias considerables en el grado de consumo de sustancias entre las distintas categorías de niños de la calle. La prevalencia del consumo en el último mes era del 77 % entre los clasificados como “niños de la calle propiamente dichos”, frente al 23 % para los “niños que viven en la calle” (véanse las definiciones del recuadro). El hecho de ser varón, de tener más años y de haber estado en la calle durante un período más largo también aumentaba la probabilidad del consumo de sustancias.<sup>32, 33</sup>

De igual modo, la falta de una familia ha sido asociada en todos los estudios con el consumo de sustancias entre los jóvenes relacionados con la calle.<sup>34</sup>

### Muerte súbita por inhalación

El uso intensivo de sustancias volátiles (incluso en una sola sesión) puede producir arritmia y la muerte en cuestión de minutos, síndrome que se conoce como “muerte súbita por inhalación”.

Entre los niños y jóvenes relacionados con la calle, el consumo de sustancias psicoactivas forma parte a menudo del mecanismo de afrontamiento de las experiencias adversas, como el maltrato físico y la explotación sexual de que son objeto en las calles.<sup>35</sup> Por lo tanto, muchos niños relacionados con

la calle perciben los inhalantes como una fuente de bienestar y alivio, que los insensibiliza ante las duras condiciones del entorno. En un estudio, el hecho de “querer olvidar o rehuir los problemas” fue la principal razón aducida para el consumo de sustancias por los niños relacionados con la calle. Para muchos, la presión de los compañeros y la naturaleza de su trabajo influían en el consumo de sustancias inhalables.<sup>36</sup>

El consumo de drogas por inyección también se practica entre los jóvenes relacionados con la calle. Un estudio transversal realizado en Ucrania indicó que el 15 % de los niños que vivían en la calle se inyectaban drogas. Casi la mitad de ellos compartía el equipo de inyección, y el 75 % era sexualmente activo.<sup>37</sup> Otro estudio realizado entre los niños de la calle del Pakistán indicó que el cannabis y el pegamento eran las drogas más utilizadas por los encuestados (el 80 % y el 73 %, respectivamente), mientras que el 9 % fumaba o inhalaba heroína y el 4 % se la inyectaba.<sup>38</sup> Del mismo modo, en un estudio prospectivo de cohortes del Canadá entre los jóvenes relacionados con la calle, el 43 % de los participantes señaló que se había inyectado drogas en algún momento.<sup>39</sup>

Además, en un subgrupo más vulnerable de los encuestados, es decir, entre los que eran más jóvenes o mujeres, se recibía ayuda en el consumo por inyección. Estas personas tenían más probabilidades de recibir ayuda para inyectarse metanfetamina que para inyectarse heroína o cocaína, especialmente debido a la mayor frecuencia diaria de las inyecciones en el caso de la metanfetamina.

El abuso y la explotación sexual son un elemento común en la vida de los niños relacionados con la calle y pueden contribuir al consumo de sustancias.

issues in volatile substance misuse”, *Substance Use and Misuse*, vol. 46, Supl. núm. 1 (2011), págs. 1 a 7.

- 31 Lonnie Embleton y otros, “Knowledge, attitudes, and substance use practices among street children in western Kenya”, *Substance Use and Misuse*, vol. 47, núm. 11 (2012), págs. 1234 a 1247.
- 32 Embleton y otros, “The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings”.
- 33 Yone G. de Moura y otros, “Drug use among street children and adolescents: what helps?”, *Cadernos Saúde Pública*, vol. 28, núm. 6 (2012), págs. 1371 a 1380.
- 34 Embleton y otros, “The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings”.
- 35 UNODC, *Solvent Abuse among Street Children in Pakistan*,

publicación núm. UN-PAK/UNODC/2004/1 (Islamabad, 2004).

- 36 A. Elkoussi y S. Bakheet, “Volatile substance misuse among street children in Upper Egypt”, *Substance Use and Misuse*, vol. 46, Supl. núm. 1 (2011), págs. 35 a 39.
- 37 Joanna R. Busza y otros, “Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, núm. 11 (2011), págs. 1166 a 1170.
- 38 Susan S. Sherman y otros, “Drug use, street survival, and risk behaviours among street children in Lahore, Pakistan”, *Journal of Urban Health*, vol. 82, Supl. núm. 4 (2005), págs. iv113 a iv124.
- 39 Tessa Cheng y otros, “High prevalence of assisted injection among street-involved youth in a Canadian setting”, *AIDS and Behaviour*, vol. 20, núm. 2 (2016), págs. 377 a 384.

Un estudio realizado en el Brasil indicó que una proporción considerablemente mayor de niños varones (dos tercios) que de niñas (un tercio) relacionados con la calle habían tenido por lo menos una relación sexual en su vida. Más de la mitad de los encuestados comunicaron que habían comenzado a ser sexualmente activos antes de los 12 años. Casi la mitad de los niños relacionados con la calle que fueron entrevistados comunicaron que habían tenido más de tres parejas sexuales en el último año. Un tercio había tenido relaciones sexuales sin protección bajo los efectos de drogas o del alcohol.<sup>40</sup> Un estudio realizado en Ucrania indicó que entre los adolescentes relacionados con la calle, cerca del 17 % de los varones y más de la mitad de las mujeres habían recibido pagos por prestaciones sexuales o habían sido obligados a tener relaciones sexuales.<sup>41</sup>

El estudio del Pakistán mencionado más arriba reveló que algo más de la mitad de los niños de la calle habían intercambiado relaciones sexuales por alimentos, alojamiento, drogas o dinero.

Los niños relacionados con la calle siguen siendo uno de los grupos más vulnerables, marginados y estigmatizados. Están expuestos al abuso y la violencia, el consumo de drogas y otros comportamientos que elevan enormemente el riesgo de infección por el VIH y la tuberculosis, y de otras condiciones como la malnutrición y un mal estado de salud en general. A pesar de estas vulnerabilidades, suelen ser los más excluidos de todas las formas de apoyo social o de atención de la salud que podrían mejorar su situación.<sup>42</sup>

### *El policonsumo de drogas sigue siendo común entre los jóvenes*

Al igual que entre los adultos, una característica importante del consumo de drogas entre los jóvenes es el uso simultáneo de más de una sustancia. El policonsumo sigue siendo bastante común entre los consumidores de drogas habituales y con fines

recreativos. Sin embargo, entre los adultos jóvenes, esa práctica es sintomática de unos patrones más consolidados de consumo de múltiples sustancias, que están vinculados a un mayor riesgo de tener problemas a largo plazo, así como de incurrir en situaciones de peligro grave mediante borracheras o el uso intensivo de estimulantes como el éxtasis en fiestas “rave” u otros entornos de ese tipo.<sup>43</sup>

Los datos reunidos en algunas regiones y países muestran ejemplos de las cantidades y combinaciones de sustancias que suelen utilizar los jóvenes. En Europa se ha comunicado una amplia variedad de patrones de policonsumo entre la población de drogodependientes, desde el consumo esporádico de alcohol y cannabis hasta el uso diario de combinaciones de heroína, cocaína, alcohol y benzodiazepinas.<sup>44</sup> Las combinaciones más frecuentes del policonsumo de drogas notificadas en Europa han sido tabaco, alcohol y cannabis, junto con éxtasis, cocaína, anfetaminas, LSD o heroína

En una encuesta nacional entre los estudiantes universitarios del Brasil, el cannabis, las anfetaminas, los inhalantes, los tranquilizantes y los alucinógenos resultaron ser las cinco drogas utilizadas con más frecuencia junto con el alcohol tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días.<sup>45</sup> Los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas en los Estados Unidos revelaron que el policonsumo de drogas era común entre las personas de 18 a 29 años que consumían éxtasis en ese momento: de esos usuarios, el 44 % había utilizado tres o más tipos de drogas en el último año.<sup>46</sup> The most common combinations included cannabis, cocaine, tranquilizers and opiates. Las combinaciones más frecuentes incluían cannabis, cocaína, tranquilizantes y opiáceos.

El consumo de heroína y otros opioides es

40 Fernanda T. de Carvalho y otros, “Sexual and drug use risk behaviours among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil”, *AIDS and Behaviour*, vol. 10, Supl. núm. 1 (2006), págs. 57 a 66..

41 Busza y otros, “Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine”.

42 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XX.1).

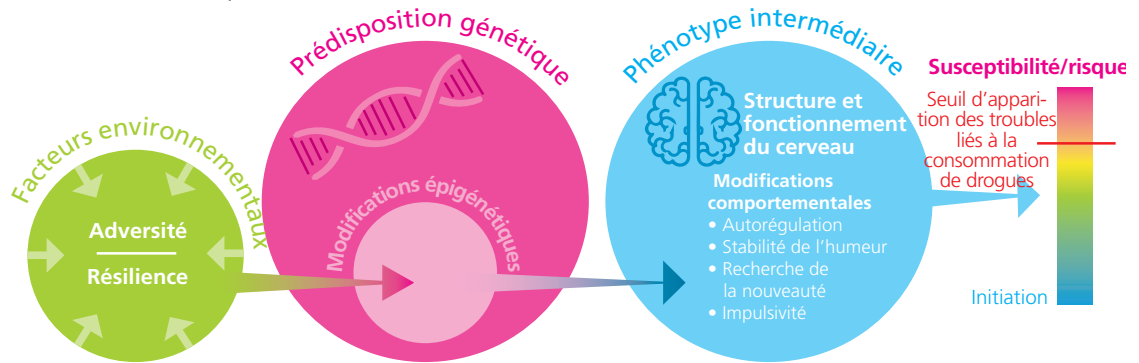
43 EMCDDA, *Polydrug Use: Patterns and Response* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009).

44 Ibid.

45 Lúcio G. de Oliveria y otros, “Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 35, núm. 3 (2013), págs. 221 a 230.

46 Katherine M. Keyes, Silvia S. Martins y Deborah S. Hasin, “Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 97, núms. 1 y 2 (2008), págs. 139 a 149.

**FIG. 8** Factores que determinan las diferentes trayectorias hacia el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias



La figura 8 muestra las dos principales categorías de factores que contribuyen al riesgo de consumo de sustancias: los genes y el entorno. Las variantes genéticas son como interruptores: solo pueden estar activadas o inactivadas, pero en su expresión influyen las experiencias (es decir, las modificaciones epigenéticas). Los factores ambientales o del entorno son más como reguladores de intensidad, que pueden estar en un nivel alto o bajo, también en función de la experiencia. Los factores de riesgo o adversidad incluyen el maltrato en la infancia, la pobreza, las escuelas mal equipadas, las familias disfuncionales, la discriminación y el hecho de ser testigo de actos de violencia. Los factores de resiliencia o protección comprenden la educación de buena calidad, la vivienda, la atención de la salud, los lazos sociales y la protección de los padres. La combinación de los interruptores y los reguladores tiene un umbral de riesgo y, cuando es predominantemente negativa, predispone al cerebro al consumo de sustancias. La relación funcional entre los factores no es lineal ni estática, y fluctúa a lo largo del ciclo de vida. Algunas influencias del entorno confieren resiliencia y pueden atenuar los efectos de las predisposiciones genéticas. Por lo tanto, las intervenciones y prácticas psicosociales revisten la máxima importancia en la determinación del resultado final.

problemático no solo debido a la posibilidad de llegar a sufrir los trastornos causados por el consumo de opioides, sino también por la mayor probabilidad de contraer los problemas de salud relacionados con las prácticas de inyección inseguras. En el último decenio se observaron tendencias a la baja del consumo de heroína entre los jóvenes de América del Norte, pero el reciente resurgimiento del consumo de opioides y el uso peligroso de múltiples sustancias están afectando ahora a los jóvenes. Un estudio cualitativo de los jóvenes que se inyectan heroína en los Estados Unidos reveló que el uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica y de tranquilizantes también es muy común entre esas personas. Estas sustancias no se utilizan solo en sustitución de la heroína; también se emplean para reforzar los efectos de la heroína, gestionar los síntomas de abstinencia o incluso reducir el consumo o los riesgos relacionados con el consumo de heroína por inyección.<sup>47</sup>

### Camino que llevan a los trastornos por consumo de drogas

*Un modelo de desarrollo integrador ayuda a comprender las trayectorias que llevan al consumo y al uso nocivo de sustancias*

Las personas que comienzan a consumir sustancias

y posteriormente sufren trastornos causados por ese consumo suelen pasar por varias etapas, que incluyen la iniciación en el consumo, la intensificación del uso, el mantenimiento y, por último, la adicción.<sup>48, 49</sup> Esta trayectoria presenta variaciones en lo que respecta al consumo y al desistimiento o la interrupción del consumo de drogas. Algunos grupos de consumidores pueden mantener un uso

48 Teniendo en cuenta la definición de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (CIE 10), en la presente sección se utiliza la expresión “uso nocivo de sustancias” en lugar de “uso indebido de sustancias” para referirse a un patrón de consumo que causa daños a la salud física o mental. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) de la American Psychiatric Association define el “trastorno por consumo de sustancias” como un conjunto de síntomas causado por el consumo continuado de una sustancia a pesar de los problemas que acarrea el uso de esa sustancia. Según el número de síntomas detectados, el trastorno por consumo de sustancias puede variar de moderado a grave. Muchas de las publicaciones científicas que datan de antes de la aparición del DSM-5 se refieren al “abuso de una sustancia”, definido en el DSM-4 como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que incluye el consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso o el consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes. Asimismo, el término “adicción” se refiere a una situación de recidiva crónica que se caracteriza por una búsqueda compulsiva de la droga a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

49 Denise B. Kandel, ed., *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (Cambridge, Cambridge University Press, 2002).

moderado por decenios, sin intensificarlo en ningún momento. Otros pueden tener períodos de cese intermitentes, abstenerse en forma permanente o intensificar rápidamente el uso y presentar trastornos por consumo de drogas.

La necesidad de comprender los factores de riesgo que hacen que los consumidores experimentales sigan un camino que los lleva al uso nocivo de sustancias ha empujado a los investigadores y profesionales a tratar de comprender mejor esas distintas trayectorias etiológicas, predecirlas e intervenir adecuadamente en ellas.

El marco teórico del “ecobiodesarrollo”, basado en una integración de los campos de las ciencias del comportamiento, puede ayudar a dilucidar las trayectorias del consumo de sustancias. En este modelo, el comportamiento humano es visto como el resultado de la “incorporación biológica”<sup>50</sup> de las condiciones del entorno social y físico.<sup>51</sup> Las características individuales, como la personalidad y la genética, interactúan con las experiencias y la exposición a factores socioambientales, afectando directamente a la estructura y función del cerebro en desarrollo.<sup>52, 53, 54</sup>

Esta “dependencia de la experiencia”, que es una característica intrínseca del cerebro, significa que la naturaleza de las condiciones, óptimas o subóptimas, a las que se ven expuestas las personas influye en el comportamiento ulterior. La abundancia de experiencias positivas, como los factores protectores que

incluyen el apoyo de la familia y las escuelas bien equipadas, pueden reforzar las conexiones neuronales que hacen posible la autorregulación, el control de los impulsos y la adopción de decisiones ejecutivas. Por otra parte, las exposiciones negativas o adversas pueden traducirse en un deterioro de la capacidad del niño en desarrollo de regular su comportamiento y sus emociones.<sup>55, 56</sup> Por lo tanto, la exposición y las experiencias durante la fase de desarrollo del individuo tienen efectos diferenciales en los procesos sociales, psicológicos y neurales, y repercusiones funcionales y conductuales.<sup>57, 58</sup>

Este marco tiene en cuenta los factores del microentorno inmediato, como la familia, y los factores del macroentorno circundante, como el vecindario, que influyen en el desarrollo y la prevalencia de los comportamientos en el funcionamiento de las personas.

Aunque los factores específicos que influyen en cada caso varían de una persona a otra, y ningún factor por sí solo es suficiente para conducir a un uso nocivo de sustancias, puede haber algunas conjunciones críticas de factores de riesgo presentes y factores de protección ausentes que determinen la predisposición del cerebro al consumo de sustancias. El umbral es específico de cada individuo y puede ser modificado por un sinnúmero de posibles combinaciones de factores externos y personales. El desarrollo del cerebro es extremadamente sensible a las experiencias psicosociales. Esas experiencias influyen en el modo en que el cerebro se desarrolla y funciona y tienen un efecto directo en la capacidad del niño de autorregularse y, a la larga, en su propensión al consumo de sustancias. El consumo de sustancias entre los adolescentes suscita particular preocupación debido a que hay pruebas que indican que las sustancias con efectos psicoactivos tienen un mayor impacto en los adolescentes que en los

50 El concepto de la “incorporación biológica” se refiere al modo en que las experiencias personales tempranas y la exposición al entorno se “integran en el organismo”.

51 Jack P. Shonkoff y Deborah A. Phillips, eds., *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development* (Washington, D.C., National Academy Press, 2000).

52 Hirokazu Yoshikawa, Lawrence J. Aber y William R. Beardslee, “The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention”, *American Psychologist*, vol. 67, núm. 4 (2012), págs. 272 a 284.

53 Megan M. Sweeney, “Family-structure instability and adolescent educational outcomes: a focus on families with stepfathers”, en *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, Greg J. Duncan y Richard J. Murnane, eds. (Nueva York, Russell Sage Foundation, 2011), págs. 229 a 252.

54 Mary E. O'Connell, Thomas Boat y Kenneth E. Warner, eds., *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities*. (Washington D.C., National Academies Press, 2009).

55 Danya Glaser, “Child abuse and neglect and the brain: a review”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, núm. 1 (2000), págs. 97 a 116.

56 Bruce S. McEwen y John H. Morrison, “The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course”, *Neuron*, vol. 79, núm. 1 (2013), págs. 16 a 29.

57 Susan L. Andersen, “Commentary on the special issue on the adolescent brain: adolescence, trajectories, and the importance of prevention”, *Neuroscience and Biobehavioral Review*, vol. 70 (2016), págs. 329 a 333.

58 Sara B. Johnson, Jenna L. Riis y Kimberly G. Noble, “State of the art review: poverty and the developing brain”, *Pediatrics*, vol. 137, núm. 4 (2016).

adultos. Las variaciones relacionadas con la edad en las respuestas a las drogas se deben probablemente a los diferentes efectos farmacológicos de las sustancias en los sistemas encefálicos que están todavía en construcción. Esas diferencias pueden tener repercusiones importantes en los adolescentes,

aumentando su tendencia a consumir cantidades mayores y una variedad más grande de drogas y comprometiendo así su desarrollo neurológico.

**La evolución y el impacto del consumo de drogas en la niñez caracterizarse sobre la base de tres elementos:**

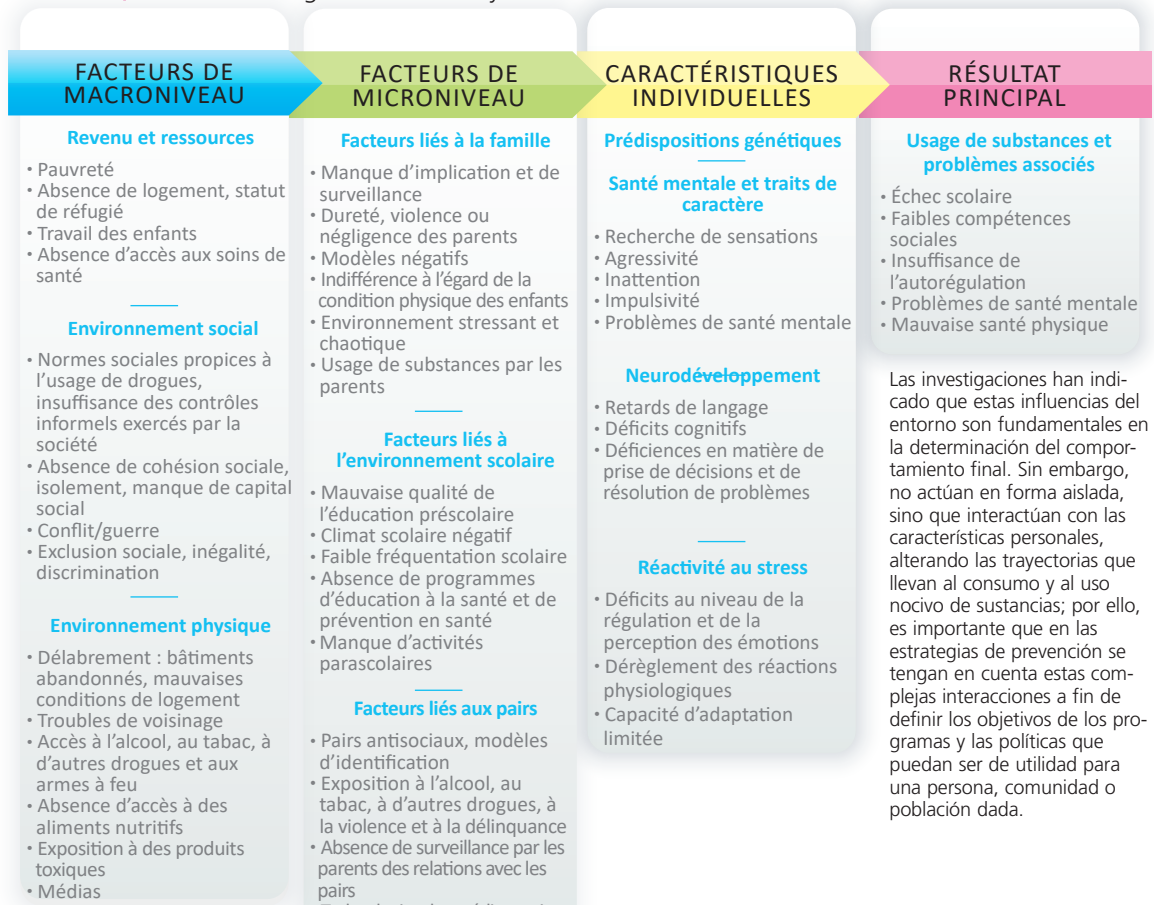
- Los factores de riesgo que determinan la fragilidad o resiliencia de la persona ante la drogodependencia
- Las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de drogas en el desarrollo individual
- Las repercusiones del consumo de drogas por los cuidadores

**Factores de riesgo y de protección**

En la presente subsección se examinan los factores de riesgo personales, del microentorno y del macroentorno que influyen en el consumo y el uso nocivo de sustancias y que pueden ser fuentes de vulnerabilidad o de resiliencia. También se analizan las consecuencias del consumo ulterior de sustancias para el desarrollo del niño y el adolescente, y los múltiples efectos que puede tener en ese desarrollo el consumo de sustancias por los cuidadores del niño o el adolescente. En toda esta subsección, las pruebas de la etiología (causalidad) y los conocimientos sobre las consecuencias del consumo de drogas para los niños y los adolescentes se examinan en el contexto de un marco de desarrollo integrado.

**Factores de riesgo a nivel individual**

**FIG. 9 | Factores de riesgo del consumo y el uso nocivo de sustancias**





Las características de una persona contribuyen de manera importante a determinar si esa persona consumirá sustancias, pasará luego a hacer un uso nocivo de ellas y llegará a sufrir trastornos causados por ese consumo, o si se abstendrá o desistirá del consumo de sustancias en su trayectoria de desarrollo. Hay tres razones por las que es importante tener en cuenta estas características: a) el funcionamiento neurobiológico, la personalidad, y las estrategias de control del estrés y de afrontamiento que desarrolla la persona ayudan a determinar su respuesta a las influencias sociales y ambientales existentes, contribuyendo al comportamiento a largo plazo; b) se ha demostrado que las características personales predicen o moderan el comportamiento final, interactuando con las influencias del entorno de maneras singulares y complejas; y c) el conocimiento de esas características es fundamental para determinar cuáles intervenciones de prevención y tratamiento tienen más probabilidades de ser útiles para una persona o un subgrupo dado. Esta información puede ayudar también a detectar oportunidades para aplicar las estrategias de prevención más eficaces durante el desarrollo de la persona. Si la intervención influye positivamente en la persona interesada (efecto de mediación), se observarán cambios favorables en esas características.

Ciertos rasgos de la personalidad han sido asociados con la manifestación de trastornos, ya que siempre están implicados en el consumo y el uso nocivo de sustancias.<sup>59</sup> Estas características incluyen una elevada sensibilidad a la recompensa, un deficiente control inhibitorio, la agresión y la búsqueda de la novedad.<sup>60, 61</sup> Las variaciones de estas dimensiones de la personalidad, especialmente de la impulsividad y la búsqueda de la novedad, pueden contribuir a la iniciación en el consumo de sustancias, así como a la transición del consumo inicial a un consumo

intermitente y luego al uso habitual de las sustancias, a la transición del uso nocivo a la dependencia o la adicción, y a la propensión a las recaídas reiteradas después de lograr la abstinencia.<sup>62</sup> Las personas con estas características tienden a buscar situaciones de riesgo y altamente estimulantes y presentan menos ansiedad por las consecuencias de su comportamiento.<sup>63, 64</sup>

Al igual que los factores ambientales, las influencias de la personalidad también tienen un efecto diferencial en esos comportamientos complejos en las distintas etapas del desarrollo de una persona.<sup>65, 66</sup> El desarrollo normativo durante la adolescencia se caracteriza por un aumento de la impulsividad y la búsqueda de la novedad, debido en parte a las grandes fluctuaciones de los niveles hormonales que afectan al desarrollo del cerebro y de otros sistemas. El subgrupo de adolescentes que presenta un nivel especialmente alto de cualquier combinación de estos rasgos de la personalidad tiene un riesgo más elevado de uso nocivo de sustancias. Estas características pueden, de hecho, contribuir a las diferencias en los efectos de refuerzo mutuo de las drogas entre las distintas personas.<sup>67</sup>

#### *Salud mental y conductual*

Según los datos de múltiples fuentes, entre ellas la OMS, millones de personas tienen a la vez trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Específicamente, los síntomas internalizantes como el trastorno por estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, junto con

59 Irene J. Elkins, Matt McGue y William G. Iacono, "Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, núm. 10 (2007), págs. 1145 a 1152.

60 Michael J. Frank y otros, "Genetic triple dissociation reveals multiple roles for dopamine in reinforcement learning", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104, núm. 41 (2007), págs. 16311 a 16316.

61 Tilmann A. Klein y otros, "Genetically determined differences in learning from errors". *Science*, vol. 318, núm. 5856 (2007), págs. 1642 a 1645.

62 Mary J. Kreek y otros, "Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction", *Nature Neuroscience*, vol. 8, núm. 11 (2005), págs. 1450 a 1457.

63 Ibid.

64 Didier Jutras-Aswad y otros, "Cannabis-dependence risk relates to synergism between neuroticism and proenkephalin SNPs associated with amygdala gene expression: case-control study" *PLoS ONE*, vol. 7, núm. 6 (2012).

65 James J. Li y otros, "Polygenic risk, personality dimensions, and adolescent alcohol use problems: a longitudinal study", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 78, núm. 3 (2017), págs. 442 a 451.

66 Kenneth S. Kendler, Charles O. Gardner y Carol A. Prescott, "Personality and the experience of environmental adversity", *Psychological Medicine*, vol. 33, núm. 7 (2003), págs. 1193 a 1202.

67 Caryn Lerman y Raymond Niaura, "Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence", *Oncogene*, vol. 21, núm. 48 (2002), págs. 7412 a 7420.

comportamientos externalizantes tales como los trastornos conductuales, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de personalidad antisocial y algunas otras afecciones de la salud mental, presentan una relación marcada y sistemática con el riesgo de uso nocivo de sustancias.<sup>68</sup> Las personas con estos trastornos tienen, en general, más probabilidades de caer en el consumo de sustancias, y de hacerlo a una edad más temprana que las demás.<sup>69, 70</sup> Por ejemplo, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo duplican el riesgo de padecer trastornos por consumo de sustancias.<sup>71</sup>

La presencia de trastornos de la salud mental y conductual puede exacerbar la contribución de los patrones inadecuados o inadaptados de reactividad al estrés a las trayectorias de desarrollo que conducen al consumo de sustancias. Las personas con trastornos internalizantes suelen tener niveles más altos de activación de los sistemas encefálicos responsables de las respuestas al estrés, lo que puede dar lugar a una tendencia a la automedicación de los síntomas de ansiedad y depresión.<sup>72</sup> Las personas con trastornos externalizantes suelen tener un nivel más bajo de activación de esos sistemas, lo que se ha asociado con una relativa falta de consideración de las consecuencias y con la necesidad de una mayor estimulación.

La probabilidad de que las personas con afecciones como el trastorno por estrés postraumático o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad sean capaces de hacer frente a los retos sociales es más baja, porque para ello es necesario que las

funciones neurocognitivas y emocionales estén intactas, lo que a menudo no ocurre cuando existe un trastorno psiquiátrico.<sup>73</sup>

Algunos de los problemas de salud mental que están correlacionados con el consumo de drogas tienen un factor de género, que se traduce en una diferencia en el riesgo de uso nocivo y drogodependencia entre los dos sexos: los trastornos de personalidad antisocial son más frecuentes en los hombres, mientras que las mujeres tienen tasas más altas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.<sup>74</sup> Tanto entre los adolescentes como entre los adultos, los esfuerzos por autogestionar los síntomas psiquiátricos agravan aún más el uso nocivo de sustancias y aumentan las dificultades que plantea la resistencia al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.<sup>75</sup>

#### *Desarrollo neurológico y adolescencia*

Se piensa que una de las trayectorias que llevan al uso nocivo de sustancias tiene su origen en una desviación o un retraso del desarrollo neurológico que podría ser la base de los comportamientos problemáticos y de riesgo que a menudo preceden al consumo de sustancias. Para entender la contribución neurobiológica a la etiología del consumo de sustancias es necesario caracterizar los procesos de maduración encefálica que se producen durante la adolescencia, como el menor control inhibitorio y el aumento de la sensibilidad a la recompensa, y que se relacionan con el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias y su uso nocivo son el resultado de un proceso de desarrollo que comienza en el período prenatal y dura hasta que la persona llega a una edad de entre 25 y 30 años. Los datos de las encuestas sobre el consumo de drogas indican que la iniciación en el consumo de sustancias es más común al comienzo o a mediados de la adolescencia y que, para el subgrupo de usuarios que intensifican el

- 68 Tonya D. Armstrong y Jane E. Costello, "Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, núm. 6 (2002), págs. 1224 a 1239.
- 69 Michael D. De Bellis y otros, "Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study", *Biological Psychiatry*, vol. 52, núm. 11 (2002), págs. 1066 a 1078.
- 70 Cynthia L. Rowe y otros, "Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 26, núm. 2 (2004), págs. 129 a 140.
- 71 Susan B. Quello y otros, "Mood disorders and substance abuse disorders: a complex comorbidity", *Science and Practice Perspectives*, vol. 3, núm. 1 (2005), págs. 13 a 21.
- 72 Andrea M. Hussong y otros, "An internalizing pathway to alcohol use and disorder", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 25, núm. 3 (2011), págs. 390 a 404.

- 73 Maria Kovacs y David Goldston, "Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, núm. 3 (1991), págs. 388 a 392.
- 74 Estados Unidos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, "Comorbidity: addiction and other mental illnesses", *NIDA Research Report Series*, publicación de los Institutos Nacionales de la Salud núm. 10-5771 (Washington, D.C., 2010).
- 75 Kristin L. Tomlinson, Sandra Brown y Ana Abrantes, "Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 18, núm. 3 (2004), págs. 160 a 169.

consumo, el consumo de sustancias alcanza su punto máximo durante la transición a la etapa de adulto joven.<sup>76</sup> Un aspecto de importancia crítica es que los nuevos retos sociales que afrontan los adolescentes, como la mayor autonomía en la adopción de decisiones, coinciden con los complejos cambios en las conexiones y la conectividad del cerebro que tienen lugar en ese período. Estos cambios tienen repercusiones en la adopción de decisiones adaptativa y en la capacidad de regular el propio comportamiento y las propias emociones.<sup>77</sup> De hecho, como se señaló anteriormente, cierto grado de impulsividad, asunción de riesgos y búsqueda de sensaciones fuertes es la norma durante la adolescencia. Sin embargo, la combinación de determinadas circunstancias sociales con un estado no normativo de inmadurez o disfunción del desarrollo neurológico puede aumentar los comportamientos de riesgo.

El desarrollo neurológico durante la adolescencia es un proceso de transición, no un cambio instantáneo.<sup>78</sup> La corteza prefrontal, la parte del cerebro que es responsable de las funciones cognitivas ejecutivas, como la adopción de decisiones, el control de los impulsos y la memoria de trabajo, aún está en formación. Una tarea central de estas funciones cognitivas ejecutivas es proteger el logro de los objetivos a largo plazo contra las tentaciones que representan los beneficios a corto plazo, que a menudo tienen consecuencias negativas.<sup>79</sup>

La regulación cognitiva prefrontal “de arriba abajo” de las regiones subcorticales está algo desconectada, desde el punto de vista funcional, durante la adolescencia. Esto engendra la tendencia natural de los adolescentes a responder a los estímulos emocionales, con escaso control.<sup>80</sup>

76 Rachel N. Lipari y otros, “Risk and protective factors and estimates of substance use initiation: results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health”, *NSDUH Data Review* (septiembre de 2017).

77 Scott Marek y otros, “The contribution of network organization and integration to the development of cognitive control”, *PLoS Biology*, vol. 13, núm. 12 (2015).

78 B. J. Casey, Rebecca M. Jones y Hare A. Todd, “The adolescent brain”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1124, núm. 1 (2008), págs. 111 a 126.

79 Maria Kharitonova y Yuko Munakata, “The role of representations in executive function: investigating a developmental link between flexibility and abstraction”, *Frontiers in Psychology*, vol. 2, art. 347 (2011).

80 Leah H. Somerville y B. J. Casey, “Developmental

El curso natural del desarrollo y la experiencia del entorno refuerzan las conexiones entre las regiones cerebrales encargadas de la regulación cognitiva y de los estímulos emocionales, creando un mecanismo que aumenta la regulación de arriba abajo de los sistemas de control y elaboración de las emociones.<sup>81</sup>

Además, los circuitos cerebrales, como los del cuerpo estriado ventral, que están implicados en el procesamiento de las recompensas, experimentan una rápida maduración durante los años de la adolescencia, aumentando la sensibilidad a las experiencias gratificantes.<sup>82, 83, 84</sup> Esta maduración puede desempeñar un papel especial en el inicio del consumo de sustancias al comienzo o a mediados de la adolescencia, y es posible que sea exagerada en el subgrupo que intensifica el consumo. El uso ulterior de sustancias puede aumentar aún más la sensibilidad a la recompensa, ya elevada, en algunos adolescentes, dando lugar a un fortalecimiento de las propiedades de refuerzo mutuo de las drogas.<sup>85</sup> Junto con este aumento de la sensibilidad a la recompensa, la adolescencia introduce en el proceso de desarrollo una serie de otras características que comprometen el desarrollo neurológico y pueden causar una disfunción mensurable de los sistemas cerebrales. Estas características pueden incluir:

- Una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones fuertes y de la novedad
- El comienzo de la pubertad y las fluctuaciones de los niveles hormonales

neurobiology of cognitive control and motivational systems”, *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 20, núm. 2 (2010), págs. 236 a 241.

81 Nim Tottenham, Hare A. Todd y B. J. Casey, “Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood”, *Frontiers in Psychology*, vol. 2, art. 39 (2011).

82 A. Padmanabhan y otros, “Developmental changes in brain function underlying the influence of reward processing on inhibitory control”, *Developmental Cognitive Neuroscience*, vol. 1, núm. 4 (2011), págs. 517 a 529.

83 C. F. Geier y otros, “Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence”, *Cerebral Cortex*, vol. 20, núm. 7 (2010), págs. 1613 a 1629.

84 Somerville y Casey, “Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems”.

85 Michael E. Hardin y Monique Ernst, “Functional brain imaging of development-related risk and vulnerability for substance use in adolescents”, *Journal of Addiction Medicine*, vol. 3, núm. 2 (2009), págs. 47 a 54.

- Condiciones ambientales perjudiciales, como el estrés, la adversidad, el maltrato y otras experiencias negativas<sup>86</sup>

Independientemente de cuál sea la fuente del retraso o la deficiencia del desarrollo neurológico, el desequilibrio entre las demandas sociales y los sistemas neurobiológicos que se forman durante la adolescencia puede conducir a una mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias y a su intensificación hasta un nivel de uso nocivo. Este hecho comprobado tiene implicaciones directas en el diseño de los componentes de intervención dirigidos a esta etapa del desarrollo.

Fuente: B. J. Casey y R. M. Jones, "Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, núm. 12 (diciembre de 2010).

### Exposición al estrés y reactividad fisiológica

El estrés es un importante denominador común de los ámbitos neurobiológico, fisiológico, psicológico y ambiental que están implicados en el consumo de sustancias, la intensificación de ese consumo, las recaídas y la resistencia al tratamiento.

Por estrés se entienden los procesos de percepción, evaluación y respuesta que se activan ante las condiciones o los sucesos externos que son perjudiciales, amenazadores o difíciles de afrontar, conocidos como "factores de estrés", como la pobreza, la exposición prenatal, el maltrato infantil, el divorcio o el duelo.

Fuente: A. Levine y otros, "Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine", *Science Translational Medicine*, vol. 3, núm. 107 (noviembre de 2011).

Numerosos estudios han demostrado las asociaciones entre los niveles crecientes de estrés emocional y fisiológico y la disminución del control del comportamiento, el aumento de los niveles de impulsividad y los niveles elevados de conductas inadaptadas.<sup>87, 88, 89</sup>

- 86 Laurence Steinberg, "A dual systems model of adolescent risk-taking", *Developmental Psychobiology*, vol. 52, núm. 3 (2010), págs. 216 a 224.
- 87 Jumi Hayaki y otros, "Adversity among drug users: relationship to impulsivity", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, núm. 1 (2005), págs. 65 a 71.
- 88 Barbara Greco y Mirjana Carli, "Reduced attention and increased impulsivity in mice lacking NPY Y2 receptors: relation to anxiolytic-like phenotype", *Behavioural Brain Research*, vol. 169, núm. 2 (2006), págs. 325 a 334.
- 89 Martin Hatzinger y otros, "Hypothalamic-pituitary-

También hay pruebas sustanciales del papel del estrés en las trayectorias que conducen al consumo de sustancias<sup>90, 91</sup>. En particular, la adversidad en las primeras etapas de la vida está claramente relacionada con un mayor riesgo de consumo de sustancias y de uso nocivo y dependencia de estas<sup>92</sup>. Esta relación fundamental queda claramente demostrada por los resultados del estudio de las experiencias negativas en la infancia, que se resumen en el cuadro 2.<sup>93, 94, 95</sup> Estos resultados parecen indicar que las primeras etapas del desarrollo sientan las bases de la respuesta al comienzo del consumo de sustancias a través de las respuestas biológicas, psicológicas y sociales primarias a esa iniciación.

Al igual que los demás factores de riesgo, la exposición al estrés tiene efectos diferenciales en el funcionamiento social, psicológico y neurológico, y de esa forma, en el riesgo de consumo y uso nocivo de sustancias, en función del sexo, las vulnerabilidades genéticas y las etapas del desarrollo en que se produce la exposición.<sup>96, 97</sup> En cuanto a las diferencias entre ambos sexos, las niñas no solo señalan un mayor número de sucesos vitales negativos

adrenocortical (HPA) activity in kindergarten children: importance of gender and associations with behavioral/emotional difficulties", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 41, núm. 10 (2007), págs. 861 a 870.

- 90 Hanie Edalati y Marvin D. Krank, "Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways" *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 17, núm. 5 (2016), págs. 454 a 467.
- 91 Hanie Edalati y Marvin D. Krank, "Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways" *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 17, núm. 5 (2016), págs. 454 a 467.
- 92 Christine M. Lee, Clayton Neighbors y Briana A. Woods, "Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana", *Addictive Behaviors*, vol. 32, núm. 7 (2007), págs. 1384 a 1394
- 93 Shanta R. Dube y otros, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study", *Pediatrics*, vol. 111, núm. 3 (2003), págs. 564 a 572
- 94 Christine M. Lee, Clayton Neighbors y Briana A. Woods, "Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana", *Addictive Behaviors*, vol. 32, núm. 7 (2007), págs. 1384 a 1394
- 95 Shanta R. Dube y otros, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study", *Pediatrics*, vol. 111, núm. 3 (2003), págs. 564 a 572
- 96 Dube y otros, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use".
- 97 Kendler, Gardner y Prescott, "Personality and the experience of environmental adversity".



durante la adolescencia que los niños, sino que también tienen más probabilidades de experimentar factores de estrés interpersonales y de verse negativamente afectadas por ellos.<sup>98</sup> Por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático precede normalmente al consumo de drogas y a su uso nocivo en las niñas, mientras que en los niños es más frecuente como consecuencia del uso nocivo de sustancias, tal vez porque las mujeres tienen más tendencia a automedicar sus síntomas, mientras que los varones tienden a experimentar traumas debido a las situaciones de riesgo en que incurrir en el uso nocivo de sustancias.<sup>99</sup> Las mujeres también corren un mayor riesgo de uso nocivo de sustancias cuando están expuestas a los factores de estrés de la violencia familiar y el alcoholismo.<sup>100</sup> Estos resultados y muchos otros revelan las diferencias entre hombres y mujeres en la exposición y la respuesta al trauma y el estrés, así como la influencia diferencial del sexo en los patrones de consumo de sustancias, e indican que los aspectos de género deberían tenerse en cuenta en la investigación etiológica y en la elaboración de los planes de tratamiento o de intervención preventiva.

Las investigaciones indican que el estrés en las primeras etapas de la vida predispone a las personas a usar posteriormente sustancias, porque los factores de estrés repercuten en los sistemas neurofisiológicos inmaduros. En la adolescencia, cuando estos sistemas emergentes se vuelven cada vez más funcionales, los daños se expresan en un riesgo más alto de trastornos psíquicos.<sup>101</sup> Los mayores niveles de estrés afectan también a los controles cognitivos y conductuales, de por sí más bajos, de los adolescentes.<sup>102,103</sup> La exposición al estrés perturba los sistemas hormonales y fisiológicos que regulan estas

**CUADRO 2** Estimaciones del riesgo atribuible poblacional de las experiencias negativas en la infancia paradeterminados comportamientos entre las mujeres

Riesgo atribuible poblacional de las experiencias negativas en la infancia	Consumo de sustancias
65%	Alcoholismo
50%	Uso nocivo de drogas
78%	Consumo de drogas por inyección

La adversidad en las primeras etapas de la vida presenta una marcada relación con un mayor riesgo de consumo y uso nocivo de sustancias y de drogodependencia. El consumo de drogas puede ser una respuesta inadaptada a experiencias estresantes.

funciones, menoscabando el aprendizaje, la memoria, la adopción de decisiones y otras funciones que normalmente apoyan la autorregulación del comportamiento.<sup>104, 105, 106</sup> Estas respuestas biológicas al estrés activan los mismos sistemas neuronales que causan los efectos de refuerzo mutuo positivo de las drogas,<sup>107</sup> pudiendo reforzar los comportamientos de consumo de drogas. Así pues, el consumo de drogas puede ser una respuesta inadaptada a las experiencias estresantes. El reconocimiento del mayor riesgo de consumo de sustancias en los jóvenes que estuvieron expuestos a factores de estrés en la primera etapa de la vida es fundamental para orientar los esfuerzos encaminados a prevenir la exposición al consumo de sustancias y a contrarrestar las posibles consecuencias negativas posteriores de ese consumo.

*Epigenética, variaciones genéticas y respuesta a las influencias sociales*

Las variaciones genéticas contribuyen a determinar

98 Daniel P. Chapman y otros, "Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood", *Journal of Affective Disorders*, vol. 82, núm. 2 (2004), págs. 217 a 225.  
 99 Xiaojia Ge y otros, "Parents' stressful life events and adolescent depressed mood", *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 35, núm. 1 (1994), págs. 28 a 44.  
 100 Eva Y. Deykin y Stephen L. Buka, "Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents", *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, núm. 6 (1997), págs. 752 a 757.  
 101 Andersen and Teicher, "Desperately driven and no brakes".  
 102 Susan L. Andersen y Martin H. Teicher, "Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression", *Trends in Neurosciences*, vol. 31, núm. 4 (2008), págs. 183 a 191.  
 103 Rajita Sinha, "How does stress increase risk of drug abuse and relapse?", *Psychopharmacology*, vol. 158, No. 4 (2001), p. 343.

104 Gerald Heuther, "Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood", *International Journal of Developmental Neuroscience*, vol. 16, núms. 3 y 4 (junio/julio de 1998), págs. 297 a 306.  
 105 William R. Lohvallo y otros, "Lifetime adversity leads to blunted stress axis reactivity: studies from the Oklahoma family health patterns project", *Biological Psychiatry*, vol. 71, núm. 4 (2012), págs. 344 a 349.  
 106 C. A. Nelson y L. J. Carver, "The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience", *Development and Psychopathology*, vol. 10, núm. 4 (1998), págs. 793 a 809.  
 107 George F. Koob y Michel Le Moal, "Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation", *Science*, vol. 278, núm. 5335 (1997), págs. 52 a 58.

la respuesta de las personas a las influencias sociales dominantes; se piensa que las influencias genéticas en la propensión al consumo de sustancias y a los trastornos conexos están mediadas por la interacción de las características personales con los factores ambientales, y que la exposición al estrés tiene un impacto particular a este respecto.<sup>108</sup> Un componente central de la interacción de los genes con el entorno son las modificaciones epigenéticas que determinan el nivel de actividad de los genes en respuesta a los cambios en el entorno. Las experiencias adversas, especialmente las de la primera infancia, son capaces de modificar la expresión o inhibición de los genes, lo que tiene repercusiones importantes para el impacto fenotípico en las hormonas del estrés y el comportamiento.<sup>109</sup> Los cambios ulteriores en el entorno pueden seguir modificando los procesos epigenéticos, para bien o para mal, lo que ayuda a explicar las diferencias en la respuesta de las personas al estrés, así como las posibilidades de introducir cambios positivos en el entorno, por ejemplo mediante intervenciones, para anular las modificaciones negativas ocurridas anteriormente. Como se indicó en el “modelo conceptual” (figura 8 de la página 22), no todas las personas expuestas al estrés o a traumas presentarán respuestas fisiológicas y psicológicas inadaptadas al estrés que afecten al consumo y al uso nocivo de sustancias.

La diferente predisposición al uso nocivo de sustancias es una función de las complejas interrelaciones de los factores genéticos, ambientales y epigenéticos que las personas experimentan de manera dinámica.

Si bien los genes no aumentan el riesgo de consumo o uso nocivo de una sustancia en particular, hay pruebas de que afectan a los sistemas neurobiológicos y los rasgos fenotípicos que influyen más directamente en las trayectorias relacionadas con el consumo o el abandono del consumo de sustancias. Esos sistemas y rasgos interactúan de modo fundamental con la exposición al estrés que, cuando se

repite o si es grave, puede comprometer el desarrollo de los sistemas neuronales en que se sustenta el funcionamiento social, conductual, cognitivo y emocional de maneras profundas y perdurables.<sup>110, 111</sup>

### Influencias del microentorno

El consumo de sustancias entre los jóvenes no puede entenderse ni abordarse si no se comprende el contexto social en el que las personas crecen, se desarrollan e interactúan. Los factores contextuales que varían de una cultura a otra pueden acentuar las relaciones entre las funciones de los padres y la familia, las influencias de los compañeros, el momento de inicio de la pubertad y las conductas problemáticas como el consumo de sustancias, de maneras que difieren entre los hombres y las mujeres. En la presente subsección se examinan los factores que influyen en el comportamiento problemático y las condiciones ambientales que pueden proteger a las personas de los resultados negativos.

Los niños expuestos a cualidades parentales negativas tienen una probabilidad de dos a cuatro veces más alta de experimentar problemas de salud mental y física que los niños que crecen en un entorno normal.

Fuente: T. I. Herrenkohl y otros, “Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors”, *The Journal of Adolescent Health*, vol. 51, núm. 2 (febrero de 2012), págs. 129 a 135.

### Crianza de los hijos y funcionamiento de la familia

La crianza de los hijos y el entorno familiar ejercen profundas influencias en el desarrollo en la primera infancia, que dejan huellas en múltiples ámbitos del funcionamiento. Por ejemplo, no debe infravalorarse la influencia de los padres en el consumo de sustancias. Los métodos de crianza severos, restrictivos, incoherentes, hostiles o altamente conflictivos pueden conducir en muchos casos a comportamientos negativos de los niños.<sup>112</sup> Por ejemplo, no debe

108 Mary-Anne Enoch, “The influence of gene–environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence”, *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, núm. 2 (2012), págs. 150 a 158.

109 Moshe Szyf y otros, “The dynamic epigenome and its implications for behavioral interventions: a role for epigenetics to inform disorder prevention and health promotion”, *Translational Behavioral Medicine*, vol. 6, núm. 1 (2016), págs. 55 a 62.

110 Robin Davidson, “Can psychology make sense of change?”, en *Addiction: Processes of Change*, Griffith Edwards y Malcolm H. Lader, eds., *Society for the Study of Addiction Monograph No. 3* (Nueva York, Oxford University Press, 1994).

111 Pia Pechtel y Diego A. Pizzagalli, “Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature”, *Psychopharmacology*, vol. 214, núm. 1 (2011), págs. 55 a 70.

112 Estados Unidos, Consejo Nacional de Investigaciones e Instituto de Medicina de las Academias Nacionales,

infravalorarse la influencia de los padres en el consumo de sustancias.<sup>113</sup> Los métodos de crianza severos, restrictivos, incoherentes, hostiles o altamente conflictivos pueden conducir en muchos casos a comportamientos negativos de los niños.<sup>114</sup> En un extremo del espectro de comportamientos de los padres, el maltrato, el descuido y la violencia doméstica, en particular, amenazan todos los aspectos del desarrollo de los hijos. La calidad de la crianza de los hijos interactúa también con factores como el bienestar psicológico, la exposición al estrés y el apoyo social general en la predisposición al comportamiento antisocial en general, así como al consumo de sustancias y los trastornos conexos.<sup>115</sup> La crianza de los hijos puede aumentar el riesgo de consumo de sustancias ya en la lactancia, particularmente en el caso de los niños con un temperamento “difícil”. Los primeros signos suelen manifestarse en forma de irritabilidad, llanto frecuente, retraimiento afectivo, y ritmos de sueño y alimentación irregulares, unidos a la imposibilidad de calmar al niño. Estos problemas tienen normalmente su origen en procesos genéticos, congénitos y prenatales.<sup>116</sup> Los bebés con temperamentos difíciles de manejar pueden desencadenar respuestas negativas como el rechazo, las prácticas ineficaces, la severidad, el maltrato o el consumo de sustancias por parte de sus cuidadores. Cualquiera de estas respuestas puede deteriorar aún más este proceso de desarrollo.<sup>117</sup> Esta situación puede tener efectos particularmente

marcados cuando los cuidadores tienen una disfunción preexistente o condiciones de vida difíciles, como una enfermedad mental, un problema de uso nocivo de sustancias, una conducta antisocial o una situación de pobreza.<sup>118, 119</sup> Además, los niños más “difíciles” pueden provocar respuestas más duras y menos efectivas incluso en los cuidadores que tienen medios psicológicos o recursos físicos para hacer frente a los problemas y necesidades especiales del bebé. Cuando la relación entre el cuidador y el niño se vuelve tensa, suelen disminuir la calidez, el apego y el manejo eficaz de los problemas, lo que aumenta aún más el riesgo de comportamientos inadaptados en el niño. En resumen, las respuestas del niño inducen reacciones previsibles en el entorno social. Esto puede reforzar o contrarrestar las reacciones del niño, alimentando así nuevos cambios en las reacciones tanto del entorno social como del niño. Esta dinámica de “acción y reacción” aumenta el riesgo de que el niño tenga una situación de inadaptación social y comportamientos de riesgo a largo plazo. Sin embargo, en lugar de la sustitución de un comportamiento por otro en respuesta a los cambios en las condiciones socioambientales, lo que se observa es que los comportamientos tienden a diversificarse y pueden reforzar, debilitar o modificar completamente la trayectoria de desarrollo a lo largo del tiempo.

Además de la crianza de los hijos, varios otros aspectos del entorno familiar pueden influir en el comportamiento ulterior del niño con respecto al consumo de sustancias. Entre ellos figuran las características estructurales, la cohesión de la familia, la comunicación entre sus miembros y la administración de la familia.<sup>120</sup> Los procesos familiares que tienden a ser más negativos son los que implican altos niveles de exposición al estrés y de coacción.<sup>121</sup>

*Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*, Mary E. O’Connell, Thomas Boat y Kenneth E. Warner, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, 2009).

- 113 Melissa A. Lippold y otros, “Unpacking the effect of parental monitoring on early adolescent problem behavior: mediation by parental knowledge and moderation by parent-youth warmth”, *Journal of Family Issues*, vol. 35, núm. 13 (2014), págs. 1800 a 1823.
- 114 Anne E. Barret y R. Jay Turner, “Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, núm. 2 (2005), págs. 156 a 169.
- 115 Benjamin J. Hinnant, Stephen A. Erath y Mona El-Sheikh, “Harsh parenting, parasympathetic activity, and development of delinquency and substance use”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 124, núm. 1 (2015), págs. 137 a 151.
- 116 Lyndall Schumann y otros, “Persistence and innovation effects in genetic and environmental factors in negative emotionality during infancy: a twin study”, *PLoS ONE*, vol. 12, núm. 4 (2017).
- 117 Kerry Lee, Rebecca Bull y Ringo M. Ho, “Developmental changes in executive functioning”, *Child Development*, vol. 84, núm. 6 (2013) págs. 1933 a 1953.

- 118 Thomas G. O’Connor y otros, “Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, núm. 1 (1998), págs. 27 a 37.
- 119 Thomas G. O’Connor y otros, “Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting”, *Developmental Psychology*, vol. 34, núm. 5 (1998), págs. 970 a 981.
- 120 Richard D. B. Velleman, Lorna J. Templeton y Alex G. Copello, “The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people”, *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, núm. 2 (2005), págs. 93 a 109.
- 121 Barret y Turner, “Family structure and mental health”.

Además, se han observado mayores tendencias al consumo de sustancias entre los adolescentes de familias monoparentales, lo que concuerda con los estudios que indican que las familias biparentales protegen mejor contra el consumo de sustancias.<sup>122</sup> Este hecho podría deberse a la falta de la presencia protectora de una persona más en el hogar, que puede amparar al niño contra la exposición al estrés y la falta de supervisión.

La función de los padres y el entorno familiar siguen siendo importantes cuando los adolescentes comienzan a tener más autonomía y oportunidades de comportamientos prosociales o de riesgo.<sup>123</sup> Los efectos de un entorno familiar caótico, de los métodos de crianza ineficaces y de la falta de apego mutuo tienen un impacto particularmente marcado en la evolución general del niño.<sup>124</sup> Estas situaciones pueden afectar sobre todo a las niñas, que suelen ser más sensibles a los problemas de la familia o de relaciones entre sus miembros.<sup>125, 126</sup> Esto podría aumentar la propensión de las niñas al estrés y a problemas de salud mental, incluido el inicio temprano del consumo de sustancias y su uso nocivo, así como a otros comportamientos de riesgo.

Las habilidades de autorregulación que los niños necesitan para resistir al consumo de sustancias y a otras conductas problemáticas se inculcan en los primeros años de vida, lo que indica que un entorno familiar favorable (con cohesión, comunicación y buena administración de la familia) les confiere protección contra los comportamientos negativos, como el consumo de sustancias.

122 Gunilla R. Weitoft y otros, "Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a populationbased study", *Lancet*, vol. 361, núm. 9354 (2003), págs. 289 a 295.

123 Monique Ernst y Sven C. Muller, "The adolescent brain: insights from functional neuroimaging research", *Developmental Neurobiology*, vol. 68, núm. 6 (2008), págs. 729 a 743.

124 Kristen W. Springer y otros, "Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women", *Child Abuse and Neglect*, vol. 31, núm. 5 (2007), págs. 517 a 530.

125 Jennifer Connolly y otros, "Conceptions of cross-sex friendships and romantic relationships in early adolescence", *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 28, núm. 4 (1999), pág. 481.

126 Eleanor E. Maccoby, *The Two Sexes: Growing Up Apart, Coming Together* (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1999).

### Las escuelas y las oportunidades educativas

La calidad del entorno escolar, los profesores, los planes de estudios y las redes sociales de los alumnos en la escuela tienen importantes influencias socializadoras en el aprendizaje y el comportamiento de los estudiantes.<sup>127, 128</sup> A un nivel muy básico, la inasistencia a la escuela por absentismo escolar, suspensión de clases o expulsión aumenta el riesgo de malos resultados en múltiples niveles; el absentismo crónico puede ser especialmente problemático para los niños con problemas de autorregulación.<sup>129</sup> Además, los profesores no cualificados, las prácticas docentes ineficaces y los planes de estudios de mala calidad crean importantes riesgos adicionales, que conducen al fracaso escolar.<sup>130, 131</sup> La falta de una buena instrucción y la mala gestión de las aulas sientan las bases para un funcionamiento cognitivo más bajo, la falta de habilidades sociales, altos grados de estrés y la sensación de ineptitud y de fracaso,<sup>132</sup> todo lo cual aumenta el riesgo de consumo de sustancias. La falta de un apoyo educativo adecuado y de programas escolares específicos, los trastornos del aprendizaje y los problemas de salud mental agravan aún más el riesgo de consumo y de uso nocivo de sustancias.<sup>133</sup> A más largo plazo, una instrucción de mala calidad se traduce en la incapacidad de competir en la fuerza de trabajo y de obtener un empleo

127 Lyndal Bond y otros, "Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes", *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, núm. 4 (2007), págs. 357.e9 a 357.e18.

128 H. Harrington Cleveland y Richard P. Wiebe, "Understanding the association between adolescent marijuana use and later serious drug use: gateway effect or developmental trajectory?", *Development and Psychopathology*, vol. 20, núm. 2 (2008), págs. 615 a 632.

129 Christine A. Christle, Kristine Jolivet y C. Michael Nelson, "Breaking the school to prison pipeline: identifying school risk and protective factors for youth delinquency", *Exceptionality*, vol. 13, núm. 2 (2005), págs. 69 a 88.

130 Ibid.

131 L. Darling-Hammond, "How teacher education matters", *Journal of Teacher Education*, vol. 51, núm. 3 (2000), págs. 166 a 173.

132 Patrice L. Engle y Maureen M. Black, "The effect of poverty on child development and educational outcomes", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, núm. 1 (2008), págs. 243 a 256.

133 Michael J. Mason y Jeremy Mennis, "An exploratory study of the effects of neighborhood characteristics on adolescent substance use", *Addiction Research and Theory*, vol. 18, núm. 1 (2010), págs. 33 a 50.



bien remunerado,<sup>134</sup> dos factores que también están asociados con el consumo de sustancias en una fase posterior.

Otro aspecto de las influencias escolares es el importante papel de la conectividad en la escuela. Las investigaciones indican que los jóvenes que informan de una baja conectividad en la escuela y de conflictos interpersonales tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de consumir sustancias en los primeros años de la enseñanza secundaria.<sup>135, 136</sup>

El apego del niño a la escuela parece ser un componente de resiliencia (un factor de protección), lo que indica que los docentes eficaces y sensibles, los planes de estudios bien fundamentados y los apoyos en el aula pueden desempeñar un papel importante en la prevención del consumo de sustancias.

#### *Influencias de los compañeros y consumo de sustancias*

Existe una fuerte asociación entre el consumo de sustancias por los adolescentes y el contacto con compañeros que también usan sustancias. Las investigaciones indican que los compañeros son para los adolescentes una fuente sin paralelo de acceso a las drogas, refuerzo del uso y oportunidades de consumirlas<sup>137, 138, 139</sup> Los adolescentes tienden a tener comportamientos, actitudes y rasgos de la

personalidad parecidos a los de sus amigos.<sup>140</sup> Los estudios parecen indicar que los adolescentes que eligen a amigos que consumen sustancias pueden ser diferentes de los que no escogen a ese tipo de amigos. La calidad de la amistad también parece ser un factor que determina la influencia de un amigo en una persona: una relación muy buena es más valorada por el adolescente, que será entonces más propenso a modificar su comportamiento para complacer al amigo. Los amigos íntimos pueden pasar más tiempo juntos, lo que se traduce en un mayor modelado y emulación del comportamiento de alto riesgo. Una de las formas en que los compañeros parecen influir unos en otros es la idea de la “ignorancia pluralista”<sup>141</sup> en que la creencia general de que el consumo de sustancias está más extendido de lo que realmente está puede contribuir al propio consumo de sustancias.<sup>142, 143</sup> Por el contrario, quienes creen que el consumo de sustancias acarrea consecuencias perjudiciales tienen menos probabilidades de incurrir en él.<sup>144</sup> También parece haber algunas formas específicas de influencia de los compañeros en las niñas para que consuman sustancias. Por ejemplo, las niñas son más sensibles a la presión social cuando el que la ejerce es un amigo o la pareja.<sup>145</sup> Asimismo, las niñas suelen ser más sensibles a la aprobación de sus pares, la depresión y la imagen corporal, que están relacionadas entre sí y pueden aumentar el riesgo de consumo de sustancias.<sup>146</sup> El

140 Ibid.

134 Frances A. Campbell y otros, “Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian project”, *Applied Developmental Science*, vol. 6, núm. 1 (2002), págs. 42 a 57.

135 Bond y otros, “Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes”.

136 Richard F. Catalano y otros, “Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs”, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 591, núm. 1 (2004).

137 Deirdre M. Kirke, “Chain reactions in adolescents’ cigarette, alcohol, and drug use: similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks?”, *Social Networks*, vol. 26, núm. 1 (2004), págs. 3 a 28.

138 Bruce G. Simons-Morton y Tilda Farhat, “Recent findings on peer group influences on adolescent smoking”, *Journal of Primary Prevention*, vol. 31, núm. 4 (2010), págs. 191 a 208.

139 Kathryn A. Urberg y otros, “A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence”, *Addictive Behaviors*, vol. 28, núm. 7 (2003), págs. 1243 a 1256.

141 Deborah A. Prentice y Dale T. Miller, “Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: some consequences of misperceiving the social norm”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, núm. 2 (1993), págs. 243 a 256.

142 Mitchell J. Prinstein y Shriley S. Wang, “False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends’ deviant and health risk behaviors”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 33, núm. 3 (2005), págs. 293 a 306.

143 Sarah L. Tragesser, Patricia A. Aloise-Young y Randall C. Swaim, “Peer influence, images of smokers, and beliefs about smoking among preadolescent nonsmokers”, *Social Development*, vol. 15, núm. 2 (2006), págs. 311 a 325.

144 Centro Nacional de Toxicomanías y Uso Indebido de Sustancias, Universidad de Columbia, *Adolescent Substance Use: America’s #1 Public Health Problem* (Nueva York, junio de 2011).

145 Vera Frajzyngier y otros, “Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 89, núms. 2 y 3 (2007), págs. 145 a 152.

146 Steven P. Schinke, Lin Fang y Kristin C. A. Cole, “Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 43,

desarrollo puberal temprano de las niñas también puede desempeñar un papel; por ejemplo, las niñas de maduración temprana tienen más probabilidades de juntarse con varones de más edad, que son propensos a las actividades de riesgo y pueden iniciarlas en el consumo de sustancias.<sup>147, 148</sup> El inicio de la pubertad, en particular en las niñas, se asocia también a un aumento de los conflictos entre los padres y los adolescentes con respecto a cuestiones tales como la elección de los amigos o de las personas con las que salen, y a los cambios en las conductas esperadas,<sup>149, 150, 151</sup> lo que puede llevar a más problemas de conducta, a la exposición a comportamientos anómalos por influencia de los coetáneos y a prácticas sexuales arriesgadas.<sup>152</sup> Además, el hecho de vivir en un barrio desfavorecido parece intensificar aún más la influencia de los compañeros en ambos sexos.<sup>153, 154</sup>

### *Influencias del macroentorno*

#### *El barrio, el entorno físico y los medios de comunicación*

núm. 2 (2008), págs. 191 a 194.

- 147 David Magnusson y L. R. Bergman, "A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood", en *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Lee N. Robins y Michael Rutter, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 1990), págs. 101 a 115.
- 148 Karina Weichold, Rainer K. Silbereisen y Eva Schmitt-Rodermund, "Short-term and long-term consequences of early versus late physical maturation in adolescents", en *Gender Differences at Puberty*, Chris Hayward, ed., Cambridge Studies on Child and Adolescent Health Series (Nueva York, Cambridge University Press, 2003), págs. 241 a 276.
- 149 Xiaojia Ge, Rand D. Conger y Glen H. Elder Jr., "Coming of age too early: pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress", *Child Development*, vol. 67, núm. 6 (1996), págs. 3386 a 3400..
- 150 Roberta L. Paikoff y Jeanne Brooks-Gunn, "Do parent-child relationships change during puberty?", *Psychological Bulletin*, vol. 110, núm. 1 (1991), págs. 47 a 66.
- 151 Lynda M. Sagrestano y otros, "Pubertal development and parent-child conflict in low-income, urban, African American adolescents", *Journal of Research on Adolescence*, vol. 9, núm. 1 (2010), págs. 85 a 107.
- 152 Dana L. Haynie, "Contexts of risk? Explaining the link between girls' pubertal development and their delinquency involvement", *Social Forces*, vol. 82, núm. 1 (2003), págs. 355 a 397.
- 153 Xiaojia Ge y otros, "It's about timing and change: pubertal transition effects on symptoms of major depression among African American youths", *Developmental Psychology*, vol. 39, núm. 3 (2003), págs. 430 a 439.
- 154 Dawn Obeidallah y otros, "Links between pubertal timing and neighborhood contexts: implications for girls' violent behaviour", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, núm. 12 (2004), págs. 1460 a 1468.

Las condiciones sociales de los barrios tienen repercusiones importantes en el riesgo de consumo de sustancias, ya que determinan las normas sociales, imponen patrones de control social, influyen en la percepción del riesgo del consumo de sustancias y afectan a las respuestas psicológicas y fisiológicas al estrés.<sup>155</sup> Un aspecto de la influencia del barrio es la cohesión social, indicador del apego y la satisfacción con el vecindario y sus residentes que entraña la confianza y el apoyo mutuo en la comunidad.

Se ha señalado que los niveles altos de cohesión social están asociados con niveles más bajos de consumo de sustancias entre los adolescentes, menos problemas de drogas entre los jóvenes y menos muertes relacionadas con las drogas.<sup>156</sup> La percepción del barrio como un entorno desorganizado o desordenado, o el hecho de que sea un lugar caracterizado por el vandalismo, edificios y terrenos abandonados, grafiti, ruidos y basura también pueden influir en los niveles de consumo de sustancias entre los adolescentes. Se ha demostrado que el contexto del barrio tiene una influencia particularmente grande en el caso de los jóvenes de las zonas urbanas de bajos ingresos, debido al elevado nivel de exposición al narcotráfico y al desorden y la violencia que reinan en esas zonas, lo que puede influir en el consumo de sustancias entre los jóvenes.<sup>157, 158</sup> Muchos aspectos del diseño físico del entorno también pueden ser perjudiciales para el desarrollo general y las relaciones sociales de los jóvenes y conducir a la delincuencia y al consumo de sustancias.<sup>159, 160</sup>

- 155 Elvira Elek, Michelle Miller-Day y Michael L. Hecht, "Influences of personal, injunctive, and descriptive norms on early adolescent substance use", *Journal of Drug Issues*, vol. 36, núm. 1 (2006), págs. 147 a 172.
- 156 Peter Anderson y Ben Baumberg, *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective* (Londres, Instituto de Estudios sobre el Alcohol, 2006).
- 157 Anne Buu y otros, "Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, núm. 4 (2009), págs. 489 a 498.
- 158 Sharon F. Lambert y otros, "The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents", *American Journal of Community Psychology*, vol. 34, núms. 3 y 4 (2004), págs. 205 a 218.
- 159 Tama Leventhal y Jeanne Brooks-Gunn, "The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes", *American Journal of Community Psychology*, vol. 126, núm. 2 (2000), págs. 309 a 337.
- 160 Consejo Nacional de Investigaciones e Instituto de

La existencia de edificios deteriorados y abandonados, el fácil acceso al alcohol y otras drogas, la urbanización y las carencias de los barrios se relacionan con el consumo de drogas, la delincuencia, la violencia y los accidentes.

Un alto nivel de exposición a sustancias tóxicas tales como los metales pesados y la exposición intrauterina al alcoholismo, el plomo, el cadmio, el mercurio, el manganeso o el arsénico son otro aspecto del entorno físico que puede ser perjudicial para el desarrollo general. Se ha demostrado que la exposición a esas sustancias durante el período prenatal y en la primera infancia presenta una relación marcada y sistemática con deficiencias funcionales tales como las disfunciones cognitivas y los trastornos psicológicos.<sup>161</sup> Esa exposición se ha vinculado también al riesgo de uso nocivo de sustancias en etapas posteriores de la vida, así como a trastornos psíquicos de otra índole. Aunque los estudios de la asociación directa de esa exposición con el consumo de sustancias son escasos, hay más certeza sobre su relación con características personales tales como los trastornos psiquiátricos, la falta de control de los impulsos o las deficiencias cognitivas, que sin duda aumentan el riesgo de consumo y uso nocivo de sustancias.

Los medios de comunicación tienen una poderosa influencia en las normas sociales y en otros mensajes que son favorables al consumo de sustancias.<sup>162</sup> Los adolescentes, en particular, dedican mucho tiempo al uso de Internet, los servicios de mensajes de texto y los medios sociales, especialmente en los teléfonos inteligentes, así como a mirar televisión, ver películas y emplear otros medios de comunicación. Los medios que presentan una imagen atractiva, divertida y relajante del consumo de sustancias contribuyen al inicio y la continuación del consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes.<sup>163</sup>

Medicina, From Neurons to Neighborhoods: *The Science of Early Childhood Development*, Jack P. Shonkoff y Deborah A. Phillips, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, 2000).

161 David C. Bellinger, "A strategy for comparing the contributions of environmental chemicals and other risk factors to neurodevelopment of children", *Environmental Health Perspectives*, vol. 120, núm. 4 (2002), págs. 501 a 507.

162 Emily C. Feinstein y otros, "Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy", *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, núm. 5 (2012), págs. 431 a 436.

163 Ibid.

### Los principales factores de riesgo que propician el consumo de sustancias en los barrios pobres son, entre otros:

- Una alta proporción de familias monoparentales
- La segregación racial y las desigualdades fundadas en la raza, el sexo u otras características
- La falta de vivienda
- La transitoriedad y la malnutrición
- Las escuelas mal equipadas y los profesores poco cualificados
- Los elevados niveles de maltrato infantil y de mortalidad de menores de 1 año
- Las altas tasas de deserción escolar, el fracaso académico, la criminalidad, la delincuencia y las enfermedades mentales

Básicamente, ciertos mensajes de los medios de comunicación pueden dar la idea de que el consumo de sustancias es el comportamiento normativo y modificar así las actitudes respecto de la inocuidad de ese consumo. Los medios sociales han sido vinculados repetidas veces a la iniciación en el consumo de sustancias;<sup>164, 165</sup> por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos reveló una asociación entre la exposición al cannabis en la música popular y el inicio de su consumo entre los adolescentes.<sup>166</sup>

#### Ingresos y recursos

Otras influencias del macroentorno son los grados de pobreza que experimentan los jóvenes en sus comunidades. Un creciente acervo de datos está ayudando a entender de qué modo las condiciones generales que reinan en las comunidades empobrecidas generan retrasos o deficiencias considerables en el desarrollo de los niños y adolescentes.<sup>167</sup>

A nivel individual, la influencia de la pobreza en las

164 Christine McCauley Ohannessian y otros, "Social media use and substance use during emerging adulthood", *Emerging Adulthood*, vol. 5, núm. 5 (2017), págs. 364 a 370.

165 Caitlin R. Costello y Danielle E. Ramo, "Social media and substance use: what should we be recommending to teens and their parents?", *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, núm. 6 (2017), págs. 629 y 630.

166 Brian A. Primack y otros, "Exposure to cannabis in popular music and cannabis use among adolescents", *Addiction*, vol. 105 (2009), págs. 515 a 523.

167 Clancy Blair, "Stress and the development of self-regulation in context", *Child Development Perspectives*, vol. 4, núm. 3 (2010), págs. 181 a 188.

familias y la crianza de los hijos puede producir efectos perjudiciales en el desarrollo de los niños y jóvenes al aumentar el estrés de los padres y los cuidadores, reducir sus posibilidades de invertir en el aprendizaje y las oportunidades de educación y comprometer su capacidad de ser padres presentes, pacientes, sensibles y educadores para sus hijos. El entorno en que se cría a los niños en las familias de bajos ingresos tiene más probabilidades de ser desorganizado y carente del estímulo y el apoyo adecuados, lo que crea condiciones de estrés para los niños.<sup>168</sup> Esas condiciones —individualmente y a través de su interacción— son factores de riesgo del consumo de sustancias.<sup>169</sup> El entorno en que se cría a los niños en las familias de bajos ingresos tiene más probabilidades de ser desorganizado y carente del estímulo y el apoyo adecuados, lo que crea condiciones de estrés para los niños.<sup>170, 171</sup> El estrés en un contexto de pobreza y falta de apoyo obstaculiza el crecimiento, conduce a respuestas fisiológicas mal reguladas ante las situaciones estresantes, aumenta el riesgo de afecciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés post-traumático, y compromete el desarrollo de las habilidades de autorregulación. Todos estos factores aumentan la vulnerabilidad al consumo de sustancias.

Los jóvenes que viven en la pobreza extrema o que carecen de recursos están expuestos a una multitud de factores ambientales y sanitarios negativos, como la falta de vivienda, la relación con la vida en la calle, la exposición a sustancias tóxicas y el trabajo a una edad temprana. Como resultado de ello, la incidencia de problemas conductuales y psicológicos, incluidos el consumo y el uso nocivo de sustancias,

es alta entre estos jóvenes.<sup>172, 173</sup> En lo que respecta a la prevención, esto implica que un cuidado de alta calidad modera los efectos de la pobreza en el desarrollo infantil,<sup>174</sup> especialmente en el caso de las niñas.<sup>175</sup> Una mayor disponibilidad de servicios para los niños desfavorecidos puede elevar sus posibilidades de desarrollar aptitudes que mejoren sus probabilidades de éxito en la escuela y la vida y reduzcan muchos de los factores de riesgo del consumo de sustancias.<sup>176</sup>

### *Discriminación y exclusión social*

Otro factor del macroentorno que afecta al desarrollo de los niños es la discriminación y la exclusión social, que se derivan de las perspectivas culturales y estructurales. Las desigualdades estructurales generan resultados educativos, sanitarios y conductuales negativos y son consecuencia, en gran medida, de las diferencias en la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas, como una nutrición adecuada y una vivienda y una escuela de calidad, así como de la mayor exposición a las toxinas y los peligros ambientales. El escaso acceso a servicios y al apoyo social y la ausencia de una labor colectiva eficaz en los vecindarios agravan el problema.<sup>177, 178</sup> A ello

168 Kenneth R. Ginsburg, “The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds”, *Pediatrics*, vol. 119, núm. 1 (2007), págs. 182 a 191.

169 Aurora P. Jackson y otros, “Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers’ outcomes”, *Child Development*, vol. 71, núm. 5 (2000), págs. 1409 a 1423.

170 Gary W. Evans, “The environment of childhood poverty”, *American Psychologist*, vol. 59, núm. 2 (2004), págs. 77 a 92.

171 Rena L. Repetti, Shelley E. Taylor y Teresa E. Seeman, “Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring”, *Psychological Bulletin*, vol. 128, núm. 2 (2002), págs. 330 a 366.

172 H. Meltzer y otros, “Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood”, *European Psychiatry*, vol. 26, núm. 8 (2011), págs. 498 a 503.

173 Nada y Suliman, “Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt”.

174 Gary W. Evans, John Eckenrode y Lyscha A. Marcynyszyn, “Chaos and the macrosetting: the role of poverty and socioeconomic status”, en *Chaos and its Influence on Children’s Development: An Ecological Perspective*, Gary W. Evans y Theodore D. Wachs, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association, 2010), págs. 225 a 238.

175 Karol L. Kumpfer y otros, “Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program”, *Evaluation and the Health Professions*, vol. 31, núm. 2 (2008), págs. 226 a 239.

176 Angela Hudson y Karabi Nandy, “Comparisons of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement”, *Contemporary Nurse*, vol. 42, núm. 2 (2014), págs. 178 a 186.

177 Candice L. Odgers y otros, “Supportive parenting mediates widening neighborhood socioeconomic disparities in children’s antisocial behavior from ages 5 to 12”, *Development and Psychopathology*, vol. 24, núm. 3 (2012), págs. 705 a 721.

178 Fay Saechao y otros, “Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States”, *Community Mental Health Journal*, vol. 48, núm. 1 (2012), págs. 98 a 106.

**CUADRO 3** Resumen de las fases del consumo de sustancias y de las condiciones de salud física y mental conexas, por etapas de la vida

Sustancia	Afecciones físicas/médicas	Trastornos psiquiátricos/de la salud mental
<b>Adolescencia</b>		
Alcohol Cannabis Tabaco Inhalantes Fármacos psicoterapéuticos • Anfetaminas • Opioides/analgésicos	Traumatismos accidentales • Accidentes de tráfico • Accidentes de otro tipo Violencia física/sexual Intoxicación/sobredosis Enfermedades de transmisión sexual Problemas respiratorios • Asma Diagnósticos que entrañan dolor físico	Ideas/comportamientos suicidas Trastornos internalizantes • Depresión • Ansiedad Trastornos externalizantes • Trastorno negativista desafiante • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad • Trastorno de la conducta
<b>Vida adulta</b>		
Alcohol Cannabis Tabaco Fármacos psicoterapéuticos • Opioides/analgésicos • Tranquilizantes/benzodiazepinas Cocaína/crack Heroína Metanfetamina	Intoxicación/sobredosis Enfermedades de transmisión sexual Cánceres Cardiopatías/hipertensión/accidentes cerebrovasculares Morbilidad reproductiva/daño fetal Diabetes Problemas respiratorios • Asma • Infección Hepatopatía/daño hepático	Ideas/comportamientos suicidas Trastornos del humor • Depresión • Trastorno bipolar I y II Trastornos de ansiedad • Trastorno de angustia • Trastorno por estrés postraumático • Fobias sociales y específicas • Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de personalidad antisocial
<b>Edad adulta mayor</b>		
Alcohol Fármacos psicoterapéuticos • Opioides/analgésicos • Sedantes/benzodiazepinas • Anfetaminas Cannabis Tabaco	Traumatismos accidentales Cirrosis Infarto de miocardio/accidente cerebrovascular Insomnio Cánceres Diabetes	Ideas/comportamientos suicidas Depresión/duelo Trastornos de ansiedad • Fobias sociales y específicas • Trastorno de ansiedad generalizada Demencia/síndrome de Wernicke Insomnio

Fuente: T. M. Schulte e Y. Hser, "Substance use and associated health conditions throughout the lifespan", *Public Health Review*, vol. 35, núm. 2 (2014).

se suma la falta de estrategias de afrontamiento efectivas que a menudo caracteriza a los niños desfavorecidos. Estos problemas suelen ser aún más complejos en el caso de las personas que son refugiados o inmigrantes.<sup>179</sup> En los años noventa se describió el consumo de una serie de sustancias entre jóvenes y adultos con el estatus de refugiado en diferentes entornos: la masticación de khat entre los refugiados somalíes afectados por el conflicto, el consumo de opioides entre los refugiados afganos en la República Islámica del Irán y el Pakistán, el uso de benzodiazepinas con fines no médicos entre las personas desplazadas en Bosnia y Herzegovina y el consumo de metanfetamina entre los refugiados de Myanmar en Tailandia.<sup>180</sup>

179 India J. Ornelas y Krista M. Perreira, "The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA", *Social Science and Medicine*, vol. 73, núm. 8 (1982), págs. 1169 a 1177.

180 Nadine Ezard y otros, "Six rapid assessments of alcohol and

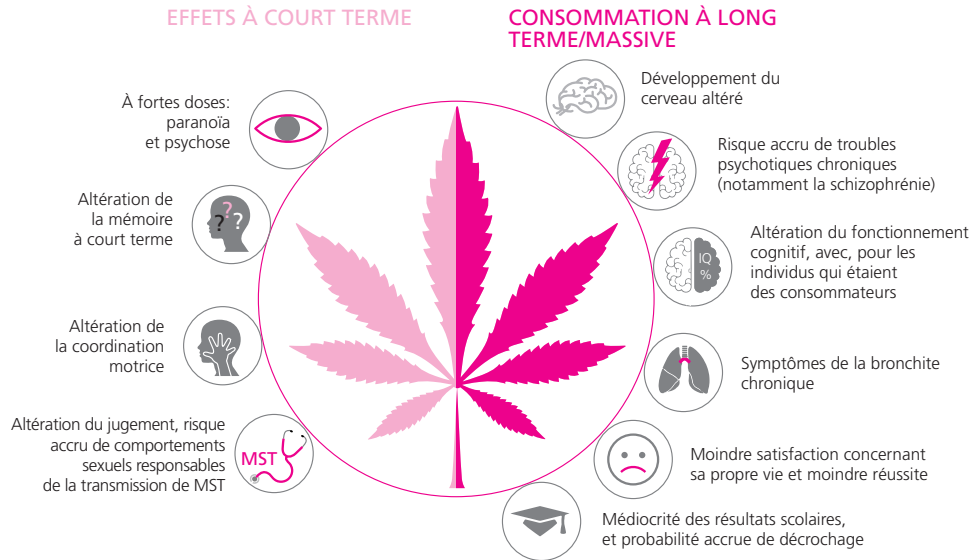
### Consecuencias para los jóvenes que consumen drogas

Las investigaciones sobre el consumo de sustancias entre los adolescentes y los adultos jóvenes indican que el uso crónico de sustancias está asociado con deficiencias en ámbitos como el de la salud física, el funcionamiento cognitivo, el rendimiento académico y las características psíquicas, así como con un deterioro general de las competencias y relaciones sociales.<sup>181</sup> Los problemas de salud física más evidentes que experimentan los jóvenes que consumen drogas incluyen el mayor riesgo de sobredosis, los traumatismos accidentales por accidentes de tráfico, caídas u otros motivos, y los intentos de suicidio.

other substance use in populations displaced by conflict", *Conflict and Health*, vol. 5, núm. 1 (2011).

181 Robert J. Johnson y Howard B. Kaplan, "Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 31, núm. 3 (1990), págs. 277 a 291.

## LES EFFETS NÉGATIFS DU CANNABIS SUR LA SANTÉ



Fuente: Nora D. Volkow y otros, "Adverse health effects of marijuana use", *New England Journal of Medicine*, 370(23) (2014), págs. 2219 a 2227.

Un gran estudio nacional de 856.385 personas que habían sido admitidas por trastornos por consumo de drogas en centros públicos de tratamiento de los Estados Unidos reveló que el 28 % de los encuestados sufría trastornos psiquiátricos concomitantes.<sup>182</sup> El consumo habitual de sustancias puede tener también repercusiones profundas en el desarrollo neurológico, que pueden interferir con el rendimiento académico y el funcionamiento cognitivo durante la adolescencia y conducir a una disfunción en los ámbitos social y laboral en etapas posteriores de la vida.<sup>183</sup>

Aunque muchos de estos problemas de salud son claramente consecuencias del consumo de sustancias, otros, como las deficiencias cognitivas y los trastornos de la salud mental en los consumidores crónicos, pueden haber precedido al consumo de sustancias, aunque a menudo se mencionen como consecuencias. La distinción entre los antecedentes y las consecuencias del consumo de sustancias es uno

de los retos más fundamentales en este campo, por sus importantísimas implicaciones para la prevención del consumo de sustancias en la adolescencia.

Sin embargo, el consumo de sustancias entre los adolescentes, especialmente entre los más jóvenes, suscita particular preocupación en vista de las pruebas que indican que las sustancias con efectos psicoactivos tienen un mayor impacto en los adolescentes que en los adultos.<sup>184</sup> Las variaciones relacionadas con la edad en las respuestas a las drogas se deben probablemente a los diferentes efectos farmacológicos de las sustancias en los sistemas cerebrales, como el sistema mesolímbico de la dopamina, que en los adolescentes están todavía en formación. Esas diferencias pueden tener repercusiones importantes en los adolescentes que presentan una sensibilidad reducida a diversas sustancias, aumentando la tendencia a consumir cantidades mayores y una mayor variedad de drogas y comprometiendo así su desarrollo neurológico.<sup>185</sup>

Aunque se ha afirmado que el consumo crónico de sustancias puede producir daños cerebrales permanentes, las pruebas dimanantes de los estudios en

182 Noa Krawczyk y otros, "The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 175 (junio de 2017), págs. 157 a 163.

183 Kim T. Mueser y otros, "Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates", *Psychosis*, vol. 4, núm. 1 (2012), págs. 52 a 62.

184 Nicole L. Schramm-Sapota y otros, "Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models", *Psychopharmacology*, vol. 206, núm. 1 (2009), págs. 1 a 21.

185 Ibid.

seres humanos son ambiguas.<sup>186</sup> Estos resultados no concluyentes pueden deberse en parte a las metodologías utilizadas para evaluar las consecuencias que puede tener el consumo de sustancias en el desarrollo de la persona. No obstante, los estudios publicados parecen indicar que podría haber una relación dosis-efecto entre el consumo de sustancias y las deficiencias cognitivas, lo que respaldaría en cierta medida la hipótesis de que las sustancias causan alteraciones, especialmente en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas<sup>187</sup>. Los estudios en personas que comenzaron a consumir sustancias en la adolescencia revelan deficiencias que persisten en la edad adulta, con un deterioro cognitivo 10 años después, incluso en quienes abandonaron el consumo, pero especialmente en quienes siguieron utilizando drogas.<sup>188</sup>

Un aspecto que preocupa cada vez más es la gran difusión del consumo de múltiples sustancias —el policonsumo de sustancias— que representa un desafío importante en los esfuerzos de prevención y tratamiento. El policonsumo de drogas conlleva mayores riesgos para la salud, tiene más consecuencias negativas y está asociado con un menor éxito de las intervenciones entre los consumidores.

Los efectos directos del uso nocivo de sustancias en el cerebro de los adolescentes interactúan en forma dinámica con los contextos sociales y ambientales a los que están expuestos los consumidores, aumentando el riesgo de un desempeño deficiente en numerosos ámbitos funcionales. El desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, la propensión a los accidentes, las tendencias y los comportamientos suicidas, las enfermedades mentales e incluso la menor esperanza de vida se ven agravados por el consumo de sustancias en la adolescencia, especialmente cuando la práctica

se prolonga hasta la edad adulta.<sup>189, 190</sup> El uso nocivo de sustancias por un individuo influye en la vida de todas las personas que lo rodean y, más en general, también en la sociedad, que carga con los costos relacionados con sus problemas sociales y de salud física y mental.<sup>191</sup> Las consecuencias acumulativas e interactivas del uso nocivo de drogas socavan aún más la condición socioeconómica de los jóvenes, la calidad de la crianza de sus hijos, y su capacidad de establecer relaciones de apoyo positivo y de conservar el empleo, lo que a su vez refuerza el recurso al consumo de sustancias.<sup>192</sup>

### Consecuencias para los niños y los adolescentes del consumo de sustancias por sus cuidadores

Los niños y adolescentes cuyos cuidadores sufren trastornos por consumo de sustancias están en una situación de gran desventaja en lo que respecta a la seguridad, la salud mental y física y la preparación para la escuela.<sup>193,194</sup> Pueden estar directamente expuestos a sustancias peligrosas, y la capacidad de los cuidadores de supervisar y fomentar adecuadamente su desarrollo suele estar comprometida por los trastornos por consumo de drogas. Los niños afectados por el uso nocivo de sustancias por parte de los padres presentan niveles más altos de síntomas externalizantes, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno de personalidad antisocial, y de síntomas internalizantes, como la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático, que son factores de riesgo fundamentales para una trayectoria de desarrollo adversa.<sup>195</sup> Al acercarse a la adolescencia, los niños

186 Nadia Solowij y Robert Battisti, "The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review", *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 1, núm. 1 (2008), págs. 81 a 98.

187 Thomas Lundqvist, "Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions", *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 81, núm. 2 (2005), págs. 319 a 330.

188 Karel L. Hanson y otros, "Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: 10-year outcomes", *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, vol. 20, núm. 2 (2011), págs. 135 a 154.

189 Dieter Henkel, "Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010)", *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, núm. 1 (2011), págs. 4 a 27.

190 OMS, Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Disponible en <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.

191 Steve Sussman, Silvana Skara y Susan L. Ames, "Substance abuse among adolescents", *Substance Use and Misuse*, vol. 43, núms. 12 y 13 (2008), págs. 1802 a 1828

192 "Comorbidity: addiction and other mental illnesses".

193 Sonja Bröning y otros, "Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 7, núm. 23 (2012)..

194 Center for Children's Justice, "Pennsylvania's heroin and opioid 'epidemic' jeopardizes early childhood", *Children's justice and advocacy report*, 2016. Disponible en [www.c4cj.org](http://www.c4cj.org).

195 Ricardo Velleman y Lorna Templeton, "Understanding

expuestos a un cuidador que hace un uso nocivo de sustancias presentan, con más frecuencia que los demás, un inicio temprano del consumo de sustancias,<sup>196, 197</sup> episodios más tempranos de embriaguez,<sup>198</sup> un consumo más intensivo de alcohol<sup>199</sup> y muchas más probabilidades de sufrir trastornos por consumo de sustancias a una edad más temprana que el resto de sus coetáneos.<sup>200</sup> De hecho, la exposición a un cuidador que hace un uso nocivo de sustancias pone en peligro la capacidad de los niños de ir cumpliendo los hitos del desarrollo. Esos niños tienen un riesgo mucho mayor de fracasar en los estudios, de padecer problemas graves de salud mental y conductual, de caer en la delincuencia y de no ser capaces de incorporarse a la fuerza de trabajo.<sup>201, 202, 203</sup>

En parte, la relación entre el uso nocivo de sustancias por un progenitor y el consumo de sustancias por el hijo está mediada por la negligencia parental,<sup>204</sup> que orienta la trayectoria de desarrollo

and modifying the impact of parents' substance misuse on children", *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, núm. 2 (2007), págs. 79 a 89.

- 196 Geary S. Alford, Ernest N. Jouriles y Sara C. Jackson, "Differences and similarities in the development of drinking behavior between alcoholic offspring of alcoholics and alcoholic offspring of nonalcoholics", *Addictive Behavior*, vol. 16, núm. 5 (1991), págs. 341 a 347.
- 197 Emily F. Rothman y otros, "Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers", *Pediatrics*, vol. 122, núm. 2 (2008), págs. 298 a 304.
- 198 Thomas McKenna y Roy Pickens, "Alcoholic children of alcoholics", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 42, núm. 11 (1981), págs. 1021 a 1029.
- 199 Elissa R. Weitzman y Henry Wechsler, "Alcohol use, abuse and related problems among children of problem drinkers: findings from a national survey of college alcohol use", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, núm. 3 (2000), págs. 148 a 154.
- 200 Andrea Hussong, Daniel Bauer y Laurie Chassin, "Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 117, núm. 3 (2008), págs. 63 a 78.
- 201 Dennis C. Daley, "Family and social aspects of substance use disorders and treatment", *Journal of Food and Drug Analysis*, vol. 21, núm. 4 (2013), págs. S73 a S76.
- 202 Jeanne Whalen, "The children of the opioid crisis", *Wall Street Journal*, actualizado el 15 de diciembre de 2006.
- 203 Chris Elkin, "Born to do drugs: overcoming a family history of addiction", 10 de febrero de 2016. Puede consultarse en [www.drugrehab.com](http://www.drugrehab.com).
- 204 Marija G. Dunn y otros, "Origins and consequences of child neglect in substance abuse families", *Clinical Psychology Review*, vol. 22, núm. 7 (2002), págs. 1063 a 1090.

del niño en esa dirección. El riesgo se transmite a través de los efectos directos de una función parental negligente y deficiente, y también a través de las condiciones de vida del niño, como la falta de apoyo en las relaciones interpersonales y la desorganización del hogar.

Otro factor interrelacionado a este respecto es la existencia concomitante de trastornos de salud mental en las personas con trastornos por consumo de sustancias, que reduce aún más la capacidad de los cuidadores de criar y apoyar adecuadamente a los niños para que tengan un desarrollo sano.<sup>205, 206</sup> En repetidas ocasiones se ha demostrado que estas situaciones son un fuerte factor predisponente al consumo de sustancias en la adolescencia entre los hijos de las personas afectadas.<sup>207, 208</sup>

El problema se ve agravado aún más por la alta prevalencia del maltrato, la pobreza, la violencia en la comunidad y las condiciones de vivienda deficientes entre los niños cuyos cuidadores padecen trastornos por consumo de drogas, aunque esta situación no es universal.<sup>209</sup> El trauma psicológico de la exposición a esas condiciones tiene efectos tan profundos como los del daño a la salud física en los hijos de las personas con trastornos por consumo de sustancias. Los problemas de salud mental y conductual relacionados con la adicción que se observan con más frecuencia en la vida de esos niños a largo plazo incluyen el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, comportamientos externalizantes como la agresión, el consumo de sustancias nocivas y muchas otras reacciones inadaptadas.

- 205 Kimberlie Dean y otros, "Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder", *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, núm. 8 (2010), págs. 822 a 829.
- 206 Kathleen R. Merikangas, Lisa C. Dierker y Peter Szatmari, "Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 39, núm. 5 (2003), págs. 711 a 720.
- 207 S. N. Madu y M. P. Matla, "Correlations for perceived family environmental factors with substance use among adolescents in South Africa", *Psychological Reports*, vol. 92, núm. 2 (2003), págs. 403 a 415.
- 208 D. De Micheli y M. L. Formigoni, "Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?", *Addictive Behaviors*, vol. 27, núm. 1 (2002), págs. 87 a 100.
- 209 Child Welfare Information Gateway, "Parental substance use and the child welfare system", *Bulletins for Professionals: Series* (octubre de 2014). Disponible en [www.childwelfare.gov](http://www.childwelfare.gov).



Otra característica común del uso nocivo de sustancias por los padres es la exposición prenatal a las sustancias, que se considera un mecanismo a la vez directo y de mediación. Se ha demostrado que la exposición prenatal y temprana al humo de cigarrillo aumenta la propensión de los niños a fumar, a adquirir dependencia de la nicotina y a presentar comportamientos externalizantes tales como problemas de conducta (por ejemplo, agresión) y síntomas internalizantes, como depresión y ansiedad.<sup>210, 211</sup> La exposición prenatal a las drogas y el alcohol está asociada a problemas de comportamiento posteriores, en la niñez y la adolescencia, incluidos, con el tiempo, el consumo y el uso nocivo de sustancias.<sup>212, 213</sup> La forma en que esa exposición prenatal afecta a los niños parecen ser las alteraciones asociadas con la autorregulación, la recompensa y la motivación que se producen en los sistemas neurológicos del feto a causa de las propiedades de la sustancia o las sustancias consumidas por las mujeres durante la gestación. Los efectos de estos tipos de exposición prenatal sobre la salud mental y el comportamiento reforzarán la predisposición que ya pueda existir al consumo de sustancias y a sufrir trastornos por ese motivo.

### Es necesario entender las diferentes trayectorias que llevan al consumo de sustancias y sus implicaciones para la prevención y las políticas

Es un hecho que las personas que sufren adversidades en la infancia tienen un mayor riesgo de padecer trastornos por consumo de drogas en la edad adulta.<sup>214</sup> La idea errónea, común en la actu-

alidad, de que todas las personas son igualmente vulnerables al consumo y el uso nocivo de sustancias pasa por alto las pruebas científicas que han indicado, una y otra vez, que las personas son diferentes en su propensión al consumo de drogas. Esta creencia generalizada impide la aplicación de soluciones eficaces y específicas. Las múltiples condiciones que influyen, a lo largo de la vida, en que una persona acabe teniendo un problema grave de consumo de sustancias pueden modificarse y, en muchos casos, evitarse. Es posible reforzar las condiciones protectoras y atenuar o incluso evitar los factores perjudiciales.

### Los jóvenes y la cadena de abastecimiento

Los jóvenes pueden verse afectados no sólo por el consumo de drogas sino también por el cultivo ilícito y la producción y el tráfico ilícitos de drogas. La exposición a estas diferentes actividades también puede tener consecuencias a largo plazo para los jóvenes y sus perspectivas futuras. En la presente subsección se examinan algunas de estas actividades.

La información sobre la participación de los jóvenes en la cadena de abastecimiento de drogas es escasa y, en la mayoría de los casos, se limita a lo que comunican los medios de difusión. Por consiguiente, para poner de relieve los problemas de los jóvenes en este ámbito se han utilizado esas fuentes, junto con otros informes, en lugar de datos basados exclusivamente en la investigación.

### Cultivo ilícito y fabricación de drogas

#### Cultivo de *adormidera*

El mayor productor de opio del mundo sigue siendo el Afganistán, donde grupos insurgentes como los talibanes han podido generar importantes ingresos imponiendo gravámenes a las drogas que atraviesan las regiones bajo su control.<sup>215</sup> Los medios de comunicación han informado de agricultores jóvenes independientes que, habiendo sido testigos de ese negocio tan lucrativo, han intentado participar

210 Marie D. Cornelius y otros, "Long-term effects of prenatal cigarette smoke exposure on behavior dysregulation among 14-year-old offspring of teenage mothers", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, núm. 3 (2012), págs. 694 a 705.

211 Brian J. Piper y Selena M. Corbett, "Executive function profile in the offspring of women that smoked during pregnancy", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 14, núm. 2 (2012), págs. 191 a 199.

212 Jennifer A. DiNieri y otros, "Maternal cannabis use alters ventral striatal dopamine D2 gene regulation in the offspring", *Biological Psychiatry*, vol. 70, núm. 8 (2011), págs. 763 a 769.

213 Thitinart Sithisarn, Don T. Grangerand y Henrietta S. Bada, "Consequences of prenatal substance use", *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 24, núm. 2 (2011), págs. 105 a 112.

214 Diana H. Fishbein y Ty A. Ridenour, "Advancing transdisciplinary translation for prevention of high-risk behaviors: introduction to the special issue", *Prevention*

*Science*, vol. 14, núm. 3 (2013), págs. 201 a 215.

215 Estados Unidos, Departamento de Estado, International Narcotics Control Strategy Report 2017, vol. I, *Drug and Chemical Control* (Washington D.C., marzo de 2017), págs. 90 y 91.

también en esa “productiva actividad comercial”.<sup>216</sup> En los campos trabajan niños que pueden tener tan solo 6 años, cosechando la adormidera y recogiendo el opio que se utilizará para producir heroína. Se han comunicado casos de agricultores que, al no poder devolver los préstamos pedidos para cultivar adormidera, han recurrido a los matrimonios infantiles convenidos, en que las familias ofrecen a sus hijas en matrimonio, a menudo a hombres de mayor edad o para una vida lejos de la red de apoyo en la que se criaron, como pago o simplemente porque ya no pueden mantenerlas.<sup>217</sup>

En Myanmar se estima que hay alrededor de 1,3 millones de menores de 14 años que trabajan, según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Inmigración y Población y la información publicada en los medios de comunicación.<sup>218</sup> Entre las ocupaciones de los niños trabajadores figuran, según esos informes, la producción y el tráfico de drogas. Esto tiene probablemente un efecto dominó en la educación de esos niños, ya que los padres suelen considerar que un nivel básico de alfabetización y aritmética es suficiente.<sup>219</sup>

En el último decenio, los cárteles de la droga y los grupos delictivos organizados de México han desplazado cada vez más a los indígenas no solo de sus tierras, sino también de sus redes comunitarias.<sup>220</sup> En muchos informes se ha señalado que los niños y los jóvenes de algunas zonas estaban siendo secuestrados y obligados a trabajar en el cultivo de adormidera y en la producción y el tráfico de drogas por grupos de la delincuencia organizada.<sup>221, 222, 223</sup>

216 Franz J. Marty, “Afghanistan’s Opium Trade: A Free Market of Racketeers”, *The Diplomat*, 19 de julio de 2017.

217 Fariba Nawa, *Opium Nation: Child Brides, Drug Lords, and One Woman’s Journey Through Afghanistan* (Nueva York, Harper Perennial, 2011).

218 Hoogan, “Too young to toil”.

219 Ibid.

220 Alejandra S. Inzunza y José Luis Pardo, “Cartels are displacing an indigenous group that’s lived in this Mexican state for centuries”, *Vice News*, 20 de mayo de 2016.

221 Convención sobre los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México*, CRC/C/MEX/CO/4.5.

222 México, Gaceta Parlamentaria, año XVI, número 3757-IX, jueves 25 de abril de 2013.

223 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Situación de los derechos humanos en México*, Organización de los Estados Americanos, diciembre de 2015.

### Cultivo de arbusto de coca

En Colombia, muchos niños de entre 6 y 13 años que vivían en los lugares afectados por el conflicto armado de las regiones de la coca eran utilizados como mano de obra en los campos. Al comienzo de la década de 2010, se estimó que había unos 18.000 niños y adolescentes en los grupos armados ilegales de Colombia, y al menos 100.000 en los sectores de la economía ilegal directamente controlados por esos grupos.<sup>224</sup> La mayoría de esos jóvenes habían sido reclutados antes de cumplir los 12 años, vivían en la pobreza y procedían de regiones afectadas por la violencia. Algunos de ellos habían crecido trabajando con sus padres en la cosecha de la coca y en la distribución de la pasta de coca.<sup>225</sup>

Un gran número de trabajadores adolescentes y jóvenes, llamados “raspachines”, se encargan de la recogida de la hoja de coca en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú. Los jóvenes de la región andina, muchos de ellos indígenas, abandonan sus familias y comunidades en busca de alimentos, ropa, transporte y diversión. Los salarios que se pagan en la recogida de la hoja de coca son considerablemente superiores a la media para el trabajo agrícola. Muchos de esos jóvenes son hijos de campesinos sin tierras y carecen de instrucción y oportunidades que les den más estabilidad y posibilidades de desarrollo socioeconómico. Estos jóvenes son el eslabón más débil de la cadena formada por el sistema agroindustrial de la coca. Dado que es poco probable que los menores deban rendir cuentas por sus delitos, se los expone cada vez más a trabajos de alto riesgo, como la compra y el transporte de pasta de coca.<sup>226, 227</sup>

### Explotaciones de cannabis

Los estudios sobre la participación de los jóvenes en el cultivo de cannabis son limitados y se concentran en unos pocos países occidentales. Dado que el

224 Natalia Springer, *Como corderos entre lobos: del uso y reclutamiento de niñas, niños y adolescentes en el marco del conflicto armado y la criminalidad en Colombia* (Bogotá, Springer Consulting Services, 2012), págs. 20 a 30.

225 Ibid.

226 Juan G. Ferro y otros, *Jóvenes, coca y amapola: un estudio sobre las transformaciones socioculturales en zonas de cultivos ilícitos* (Bogotá, Universidad Javeriana, 1999), pág. 20.

227 Colombia, Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos, Decreto núm. 896 de 29 de mayo de 2017.

cannabis se cultiva prácticamente en todos los países, los resultados de esos estudios pueden enmascarar los diferentes patrones mundiales. En el Canadá, Irlanda y el Reino Unido, el número de plantaciones de cannabis ha crecido considerablemente en los últimos años.<sup>228, 229, 230</sup> Los medios de comunicación han informado del reclutamiento de jóvenes en el Reino Unido, principalmente de jóvenes víctimas de la trata desde países de Asia, para trabajar en esas explotaciones dirigidas por organizaciones delictivas.<sup>231</sup> A menudo se los mantiene encerrados y aislados y se los obliga a cuidar las plantas en casas reconvertidas, por lo general en condiciones sumamente peligrosas. Los riesgos que se mencionan incluyen lesiones o incluso la muerte por el manejo de equipo peligroso, incendios, enfermedades respiratorias causadas por hongos, electrocuciones y la violencia asociada con los robos y las rivalidades entre las organizaciones que explotan las plantaciones.

Los medios de comunicación han informado también de que los inmigrantes no suelen entrar en el Reino Unido con la intención de cultivar cannabis. Sin embargo, una vez allí, el cultivo comercial de cannabis se plantea como la opción más favorable para poder reembolsar las cuantiosas deudas contraídas con los prestamistas que amenazan a sus familias en sus países de origen.<sup>232</sup> Cuando se allanan las explotaciones de cannabis, estos jóvenes trabajadores pueden ser procesados, condenados y finalmente encarcelados por delitos que tal vez fueron obligados a cometer, mientras que los traficantes eluden la acción de la justicia.<sup>233</sup>

### *Fabricación de drogas sintéticas*

Europa sigue siendo el mercado más dinámico para las drogas sintéticas, como la MDMA, la anfetamina y, en menor medida, la metanfetamina, y los grupos

de la delincuencia organizada de la región están implicados en la fabricación de esas drogas.<sup>234</sup> En Europa, los laboratorios caseros administrados por grupos delictivos han aumentado en el último decenio, en particular los de producción de metanfetamina en Chequia y de MDMA en los Países Bajos.<sup>235</sup> En Asia, las organizaciones delictivas se aprovechan de la limitada capacidad de las fuerzas del orden de controlar la fabricación de drogas, lo que expone a las comunidades locales a la industria ilegal de las drogas. Inevitablemente, los niños y los jóvenes de esas comunidades terminan participando en la producción y la cadena de abastecimiento de drogas.<sup>236</sup>

En los Estados Unidos, la mayoría de los laboratorios caseros de que se incautaron las autoridades en 2016 eran laboratorios de producción encubierta de pequeñas cantidades, conocidos con el nombre de “one-pots”, o lugares de fabricación conocidos como “shake and bakes”. Estos laboratorios pueden establecerse en cualquier parte: en residencias privadas, habitaciones de hoteles o moteles, remolques, campamentos y establecimientos comerciales.<sup>237</sup> Los niños que viven en esos lugares, los visitan o están presentes durante la fabricación de drogas pueden correr graves riesgos sanitarios y de seguridad.<sup>238</sup> Las conductas propias de la edad de los niños pequeños, como los frecuentes contactos de las manos con la boca y el contacto físico con el entorno, aumentan la probabilidad de que inhalen, absorban o ingieran sustancias químicas tóxicas, drogas o alimentos contaminados.<sup>239</sup>

En Australia, la metanfetamina cristalina es fabricada y distribuida por bandas locales de motociclistas

228 Sue Reed, “Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories”, *Daily Mail*, 17 de diciembre de 2017.

229 Migrant Rights Centre Ireland, “Trafficking for forced labour in cannabis production: the case of Ireland” (Dublín, 2015).

230 Susan C. Boyd y Connie I. Carter, *Killer Weed: Marijuana Grow Ops, Media and Justice* (Toronto, Canadá, University of Toronto Press, 2014), págs. 167 a 180.

231 Reed, “Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories”.

232 Amelia Gentleman, “Trafficked and enslaved: the teenagers tending UK cannabis farms”, *The Guardian*, 25 de marzo de 2017.

233 “Trafficking for forced labour in cannabis production”.

234 Europol, “Business fundamentals: how illegal drugs sustain organised crime in the EU” (2017).

235 EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2017* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

236 Fife Rahman y Nick Crofts, eds., *Drug Law Reform in East and Southeast Asia* (Plymouth, Reino Unido, Lexington Books, 2013), págs. 157 a 159.

237 Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, *2017 National Drug Threat Assessment* (Washington, D.C., 2017).

238 Ibid.

239 Karen Swetlow, “Children at clandestine methamphetamine labs: helping meth’s youngest victims”, OVC Bulletin, junio de 2003 (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Oficina de Programas Judiciales, Oficina de Atención a las Víctimas de la Delincuencia).

que trabajan con los grandes grupos de la delincuencia organizada. Estos grupos suelen reclutar a niños de entre 11 y 15 años para cocinar la sustancia, y buscan para ello a los posibles consumidores jóvenes de las ciudades.<sup>240</sup> Entre 2006 y 2010, la policía de Nueva Zelandia encontró a 384 niños en 199 laboratorios, y se dictaron condenas por descuido o maltrato contra las personas implicadas en 19 laboratorios. En esos casos, los accesorios para consumir las drogas se encontraban en las fiambreras y las botellas de agua de los niños.<sup>241</sup> Desde 2012, según la Oficina Nacional de Inteligencia sobre Drogas,<sup>242</sup> el número de niños encontrados en los laboratorios de metanfetamina de Nueva Zelandia ha aumentado, y su edad promedio es de 6 años.

### *Los jóvenes en la cadena del narcotráfico*

Los jóvenes pueden verse involucrados en el tráfico de drogas en los mercados tanto locales como internacionales. Sin embargo, los datos disponibles sobre la participación de jóvenes en el tráfico de drogas se limitan a unos pocos países y proceden de un pequeño número de estudios.

En ocasiones, el lugar de nacimiento de los jóvenes, así como su entorno socioeconómico, determinan su trayectoria dentro de las organizaciones delictivas. Además de la explotación, hay varias razones por las que un joven puede participar en el tráfico y la venta de drogas. A veces lo hace por el deseo de ganar dinero o como parte de las actividades económicas establecidas de la familia. En otros casos, se piensa que la desventaja socioeconómica aumenta el riesgo de que el joven se dedique a la venta de drogas para sobrevivir en un entorno con escasas oportunidades.<sup>243</sup> La mayoría de los estudios de los Estados Unidos informan de participantes que venden drogas

como medio de obtener un ingreso que complementa sus exiguos salarios. Los jóvenes también participan en el comercio ilícito de drogas para obtener acceso fácil a las drogas, o porque sus padres consumen o venden drogas.<sup>244</sup> El deseo de llevar un arma o de tener acceso a ella es otro factor que podría inducir a los adolescentes a vender drogas. Aunque lo que se entiende por “menor” y “joven” en los distintos países puede ser diferente, ambas categorías están sujetas a leyes, actuaciones judiciales y condenas menos severas (en comparación con las de los adultos) cuando cometen delitos, incluso si se trata de drogas, por lo que a los grupos delictivos organizados les conviene explotar a jóvenes para las diversas tareas que componen la cadena de abastecimiento de las drogas.

### *Venta de drogas en mercados locales no violentos o con un bajo nivel de violencia*

En muchos lugares, las transacciones de drogas a nivel local suelen ocurrir en contextos con bajos niveles de violencia o sin violencia alguna. En Estonia, por ejemplo, las razones más frecuentes por las que los niños se involucran en la venta de drogas son la influencia de los compañeros o los amigos íntimos, el deseo de enriquecerse, la falta de alternativas para conseguir un ingreso y la necesidad de obtener drogas sin tener que pagarlas.<sup>245</sup> En el Reino Unido, el número de niños menores de 16 años detenidos por sospecha de oferta de cocaína crack, heroína o cocaína ha aumentado en los últimos años.<sup>246</sup> Para los traficantes de drogas, los niños representan una mano de obra barata, prescindible, fácil de controlar y que a menudo logra eludir los controles de la policía. Se ha demostrado la existencia de grupos informales, conocidos como “líneas de condado”, no necesariamente afiliados en pandillas, que, a partir de un centro urbano, abastecen de drogas a los mercados locales del Reino Unido.<sup>247</sup>

240 Caro Meldrum-Hanna, “Crystal meth: former drug lab cook recruited at age 11 as outlaw motorbike gangs push drugs in rural towns”, *Four Corners*, 20 de octubre de 2014.

241 “Children raised in meth labs”, *New Zealand Herald*, 2 de junio de 2013.

242 Asociación de Policía de Nueva Zelandia, “*Meth Kids*” (2013), vol. 46, núm. 2. Disponible en <https://www.policeassn.org.nz/newsroom/publications/featured-articles/meth-kids>.

243 Leah J. Floyd y otros, “Adolescent drug dealing and race/ethnicity: a population-based study of the differential impact of substance use on involvement in drug trade”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 36, núm. 2 (2010), págs. 87 a 91.

244 Tatiana Starr Daniels, “What influences some black males to sell drugs during their adolescence”, *McNair Scholars Journal*, vol. 13 (Sacramento, Universidad del Estado de California, 2012), págs. 21 a 39.

245 Nelli Kalikova, Aljona Kurbatova y Ave Talu, *Estonia Children and Adolescents Involved in Drug Use and Trafficking: A Rapid Assessment* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, 2002).

246 Adam Lusher, “Gangs recruiting children as young as 12 as class A drug dealers”, *The Independent*, 14 de julio de 2017.

247 Reino Unido, Organismo Nacional de Lucha contra la

Este fenómeno comprende el reclutamiento forzoso de jóvenes, muchos de ellos de 13 a 18 años de edad, que pueden haber acumulado deudas debido al consumo de drogas. La mayoría de los jóvenes reclutados trabajan para esos grupos en zonas remotas, como vendedores callejeros o correos, u organizándoles el alojamiento, el alquiler de vehículos o las reservas de billetes de tren, entre otras actividades menores. De este modo, el grupo explota a personas jóvenes y vulnerables para almacenar o suministrar las drogas, trasladar las ganancias en efectivo y conseguir viviendas. Los líderes de los grupos o las personas explotadas por ellos viajan regularmente entre el centro urbano y el mercado del condado para reponer las existencias y hacer entrega del dinero cobrado.

Las víctimas pueden no desear seguir trabajando para las líneas de condado, pero temen autoinculparse o sufrir represalias. Están expuestas a niveles variables de explotación, que incluyen daños físicos, psíquicos y sexuales, a veces por períodos prolongados. En algunos casos, los traficantes trasladan a las personas vulnerables a mercados remotos, para que trabajen allí, y en otros simplemente ocupan sus hogares, desplazándolas por la fuerza o por coacción. Muchos niños son atraídos también con promesas de ganancias y bienes valiosos. Se ha informado asimismo del uso de los medios sociales para reclutar a nuevos miembros, y a menudo son mujeres jóvenes las que reclutan a otras jóvenes que pueden ser vulnerables o estar atravesando una crisis.<sup>248</sup>

#### *Venta de drogas en los mercados locales en contextos violentos*

En los contextos locales en que predomina la violencia, los mercados de drogas pueden causar daños directos a todos los involucrados en las actividades relacionadas con las drogas, incluidos los jóvenes.<sup>249</sup>

En el Brasil, los adolescentes y adultos jóvenes que trabajan en las redes de abastecimiento de drogas a menudo están en busca de emociones fuertes y de una forma de identificarse con las pandillas o grupos locales. También desean consumir las drogas ilegales que venden o transportan. Los funcionarios suelen

Delincuencia, "County lines violence, exploitation and drug supply 2017: national briefing report" (noviembre de 2017).

248 Ibid.

249 Thomas Babor y otros, *Drug Policy and the Public Good* (Oxford, Oxford University Press, 2010).

atribuir la atracción de los niños por las pandillas o el tráfico de drogas a factores estructurales, que se ven acentuados por la falta de recursos económicos o la debilidad de las estructuras familiares.<sup>250</sup>

Los grupos de la delincuencia organizada y las pandillas prefieren reclutar a niños y adultos jóvenes para el tráfico de drogas por dos razones. La primera es la imprudencia que caracteriza a este grupo de edad, incluso en los enfrentamientos con la policía o con pandillas rivales, y la segunda es su obediencia en la ejecución de las órdenes. El afán de pertenecer a una pandilla y de ganarse el respeto de sus miembros infunde en los niños un deseo de obediencia y una fuerte voluntad de acatar las órdenes y cumplir las reglas de la pandilla.<sup>251</sup> En la Argentina, la venta de drogas en las zonas desfavorecidas se realiza por un procedimiento conocido como menudeo, en que las drogas se dispensan en búnkeres (pequeños edificios sin ventanas) a cargo de un miembro de la pandilla, a menudo un adolescente, o incluso un niño. En muchos casos, un "soldado" armado (guardia) pagado por el traficante local custodia la zona.<sup>252</sup>

#### *Mercados internacionales*

Los jóvenes que participan en el comercio ilícito de drogas en los mercados internacionales suelen formar parte de grandes grupos de la delincuencia organizada. Se los usa de diferentes maneras para el contrabando de sustancias ilegales a través de las fronteras. En los Estados Unidos, las bandas reclutan a jóvenes que pueden cruzar legalmente las fronteras internacionales,<sup>253</sup> mientras que en el Perú se emplea a mochileros que viajan con cargamentos ilícitos de cocaína a puntos secretos de almacenamiento.<sup>254</sup> Los barones de la droga usan generalmente a niños como vigilantes en los puntos de control o en los

250 Jailson de Souza e Silva y André Urani, *Brazil Children in Drug Trafficking: A Rapid Assessment, Investigating the Worst Form of Child Labour*, núm. 20 (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002).

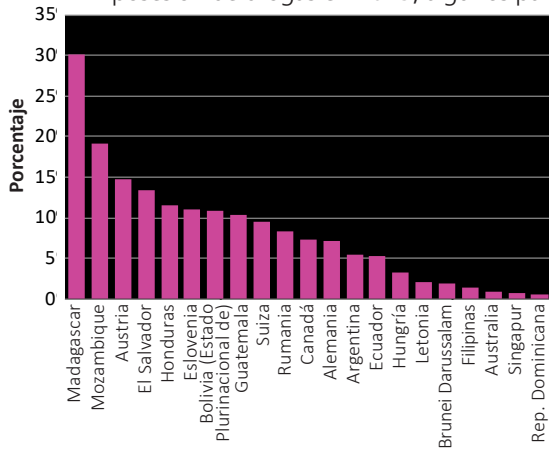
251 Ibid.

252 Mauro Testa y Ross Eventon, "Vulnerable youth and drug trafficking in Rosario, Argentina: between stigmatisation and social control" (Swansea, Reino Unido, Global Drug Policy Observatory, Universidad de Swansea, febrero de 2016)

253 Greg Moran, "There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S.-Mexico border", *Los Angeles Times*, 20 de junio de 2016.

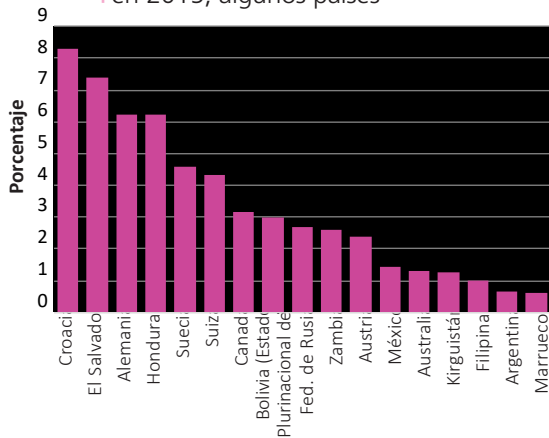
254 "A look at children's role in cocaine production in Peru", publicado en YouTube por AJ+ el 7 de mayo de 2015.

**FIG. 10** Proporción de menores de 18 años de edad entre las personas detenidas o amonestadas por posesión de drogas en 2015, algunos países



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

**FIG. 11** Proporción de menores de 18 años de edad entre las personas detenidas o amonestadas por delitos graves relacionados con drogas en 2015, algunos países



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales. puestos de control de las fronteras.

En la frontera entre México y los Estados Unidos, muchos jóvenes están implicados en el tráfico de drogas en calidad de “mulas” que transportan drogas de un país a otro. Los grupos de narcotraficantes buscan a jóvenes que puedan cruzar la frontera legalmente por ser ciudadanos estadounidenses, por ejemplo que viven en Tijuana y van a la escuela en los Estados Unidos o que poseen una tarjeta para el cruce de fronteras. En 2013 se capturó a 118 jóvenes que pasaban cannabis, metanfetamina, heroína y cocaína de contrabando en el sector de San Diego. En 2015, esa cifra había disminuido a 70. Esta

disminución puede atribuirse a varios factores, entre ellos el endurecimiento de las medidas de seguridad en las fronteras, pero las cifras solo indican los jóvenes que han sido capturados, no los que logran cruzar la frontera.<sup>255, 256</sup>

El fenómeno de los jóvenes que pasan drogas de contrabando a través de las fronteras existe en la mayoría de las regiones del mundo. En el Perú, fuentes de los medios de comunicación informan de jóvenes que ayudan a transportar cocaína desde el valle de los tres ríos –el Apurímac, el Ene y el Mantaro– hasta puntos de almacenamiento secretos o pistas de despegue clandestinas, desde donde las drogas siguen viaje por otros medios. Los principales trabajadores del valle de la cocaína son niños y adolescentes mochileros, que pueden recorrer entre 100 y 200 km atravesando las montañas para evitar los puntos de control de la policía y las bandas armadas.<sup>257</sup> Aunque el camino es largo y peligroso, el pago lo hace lucrativo, ya que por cada traslado obtienen alrededor de 2.000 dólares.<sup>258</sup> Según los informes, los mochileros están bien organizados y preparados para los ataques, ya sea de grupos rivales o de la policía.

En los últimos cinco años, ha aumentado también el número de jóvenes de minorías étnicas que participan en el tráfico de drogas en la frontera entre la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, según fuentes de los medios de comunicación.<sup>259</sup> Se ha sugerido que en 2017 pueden haber cruzado la frontera con drogas de contrabando unos 20 jóvenes por día.<sup>260</sup>

En los últimos decenios, África Occidental se ha convertido en un importante punto de tránsito del tráfico de drogas; según los medios de comunicación, esto ha aumentado también el nivel de explotación de los jóvenes.<sup>261</sup> Fuentes de los medios de comunicación

255 Moran, “There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S-Mexico border”.

256 “Mexico drug gangs using more children as ‘mules’”, *CBS News*, 14 de marzo de 2012.

257 “A look at children’s role in cocaine production in Peru”.

258 Linda Presley, “The mochileros: high stakes in the high Andes—the young backpackers risking their lives in cocaine valley”, *BBC News*, 24 de noviembre de 2015

259 “Juvenile drug traffickers multiply at Vietnam-Lao border”, *Voice of Vietnam*, 27 de octubre de 2017.

260 *Ibid.*

261 “Narcotics in Africa: an emerging drug market”, *The Economist (Nairobi)*, 14 de abril de 2016.

## Las pandillas callejeras y el tráfico de drogas

Se ha afirmado que los miembros de las pandillas callejeras, en particular los de las "megapandillas" como la Mara Salvatrucha, están implicados en el tráfico internacional de drogas. Los miembros de las bandas pueden, por supuesto, convertirse en traficantes de drogas y las habilidades que adquieren en la actividad de las pandillas pueden resultarles útiles en su nueva ocupación. Pero hay varias razones para ser escépticos ante la idea de que el tráfico internacional de drogas sea una actividad principal de las propias pandillas callejeras, o de que esas pandillas desempeñen un papel importante en la facilitación de las corrientes internacionales de drogas.

La territorialidad de las pandillas callejeras se cita a menudo como una de sus características distintivas. No solo se requiere tiempo y atención para proteger el territorio de una pandilla, sino que además los territorios controlados son zonas de tugurios, situadas lejos de los corredores de transporte que interesan en el narcotráfico. En la encuesta sobre las pandillas realizada en El Salvador, la mayoría de los encuestados habían

crecido en comunidades pobres y abandonado la escuela antes de los 16 años; muchos se habían fugado de casa. Esta falta de instrucción básica y de recursos hace improbable que puedan competir en los mercados internacionales de drogas con los complejos cárteles de narcotraficantes. Además, cuando se pregunta a los organismos encargados de hacer cumplir la ley de los países del Triángulo Norte por la naturaleza de los grupos que intervienen en el tráfico de drogas en sus territorios, no mencionan a las pandillas callejeras.

Fuentes: Max G. Manwaring, *Street Gangs: The New Urban Insurgency* (Carlisle, Pennsylvania, Strategic Studies Institute, United States Army War College, marzo de 2005); John P. Sullivan, "Transnational gangs: the impact of third generation gangs in Central America", *Air and Space Power Journal*, Second Trimester (2008). Definición utilizada por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, disponible en [www.justice.gov/criminal-ocgs/about-violent-gangs](http://www.justice.gov/criminal-ocgs/about-violent-gangs).

han informado de que en 2016 había 158 jóvenes nigerianos en espera de ejecución por delitos relacionados con drogas en China, Indonesia, Malasia y Singapur. Algunos habían afirmado ser estudiantes universitarios que estaban colaborando con los traficantes de drogas para burlar el sistema de visados y poder ingresar en Malasia, Indonesia, Tailandia u otros países de las rutas del tráfico de drogas.<sup>262</sup>

### ¿Cuál es el papel de los niños y los miembros de las pandillas callejeras en el tráfico de drogas?

La violencia relacionada con las drogas, las pandillas callejeras y la explotación de niños en el tráfico de drogas por grupos delictivos organizados figuran entre los principales motivos de preocupación en las políticas sobre drogas de todo el mundo. Según los datos de más de 40 países, alrededor del 3 % de las personas detenidas o amonestadas por posesión de drogas en 2015 eran menores de 18 años.<sup>263, 264</sup> En el caso de los delitos más graves relacionados con las drogas, como la venta, solo el 1 % de las personas detenidas o enjuiciadas eran niños. Los niños representan alrededor de un tercio de la población

mundial,<sup>265</sup> de modo que tienen muchas menos probabilidades que los adultos de ser detenidos o enjuiciados por delitos relacionados con las drogas.

Aun así, esas cifras representan casi 70.000 niños detenidos por posesión de drogas y más de 17.000 detenidos por delitos graves relacionados con drogas en 2015. La proporción de niños entre las personas detenidas por delitos relacionados con drogas varía considerablemente de un país a otro. En general, los niños representan una proporción mayor de los detenidos por posesión que de los detenidos por delitos graves. Algunos países informan de que más del 10 % de las personas detenidas por posesión de drogas son niños, pero la mayoría comunican que menos del 5 % de los traficantes de drogas son menores de 18 años.

Los niños pueden participar en los mercados de drogas por conducto de un grupo organizado, como una pandilla callejera. Según la Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos, una pandilla es "un grupo de personas definidas por un conjunto de características, entre las que figuran la persistencia de su asociación, el estilo de vida callejero, la juventud de los miembros, la participación en actividades ilegales y la identidad de grupo".<sup>266</sup>

262 Ismael Mudashir, "Drug trafficking: 158 Nigerians on death row in China, Malaysia", *Daily Trust*, 1 de marzo de 2016.

263 De conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, la edad adulta comienza a los 18 años.

264 Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1577, núm. 27531.

265 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects 2017*. Puede consultarse en <https://esa.un.org/unpd/wpp>.

266 UNODC, *Clasificación Internacional de Delitos con Fines*

El término “juventud” en este contexto debe interpretarse en un sentido muy amplio, ya que una serie de estudios indican que la mayoría de los miembros de las pandillas callejeras parecen ser adultos.<sup>267</sup> No obstante, la participación de niños miembros de pandillas callejeras en la venta de drogas al detalle está bien documentada.

Pandillas callejeras como la Crips y la Bloods fueron famosas por su papel en la venta de cocaína crack en algunas partes de los Estados Unidos desde finales del decenio de 1980 hasta mediados de los años noventa. Un estudio de más de 1.500 detenciones por venta de cocaína efectuadas entre 1989 y 1991 en dos barrios periféricos de Los Ángeles reveló que el 27 % de los detenidos eran miembros de pandillas.<sup>268</sup> En la encuesta nacional de 1996 sobre las pandillas de jóvenes de los Estados Unidos se estimó que el 43 % de todas las ventas de drogas en la calle habían sido efectuadas por pandilleros.<sup>269</sup> Tanto el consumo de cocaína crack como los miembros de las pandillas de Los Ángeles han disminuido drásticamente desde entonces.<sup>270</sup>

Estadísticos, versión 1.0 (marzo de 2015), pág. 115.

- 267 Por ejemplo, la encuesta nacional sobre las pandillas de jóvenes en los Estados Unidos indica que más de las dos terceras partes de los miembros de las pandillas callejeras urbanas son adultos. Véase National Gang Center, National Youth Gang Survey Analysis, Demographics: age of gang member. Disponible en [www.nationalgangcenter.gov/Survey-Analysis/Demographics#anchorage](http://www.nationalgangcenter.gov/Survey-Analysis/Demographics#anchorage). Las investigaciones sobre las pandillas callejeras en Trinidad y Tabago revelaron que el 87% de los miembros eran adultos. Véase Charles Katz y David Choate, “Diagnosing Trinidad and Tobago’s gang problem”, documento de conferencia presentado en la reunión anual de la Sociedad Americana de Criminología, Los Ángeles, California, 2010. En un estudio reciente de los miembros de las pandillas en El Salvador se llegó a la conclusión de que la edad promedio era de 25 años. Véase José Miguel Cruz y otros, *The New Face of Street Gangs: The Gang Phenomenon in El Salvador* (2017).
- 268 Cheryl L. Maxson, “Street gangs and drug sales in two suburban cities”, *National Institute of Justice Research in Brief Series* (Washington D.C., julio de 1995).
- 269 Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia, *1996 National Youth Gang Survey* (Washington D.C., julio de 1999).
- 270 Según los datos en línea del Departamento de Policía de Los Ángeles, el número de miembros de pandillas callejeras de la ciudad disminuyó de más de 64.000 en 1997 a 39.000 en 2005. El número de consumidores “empedernidos” de cocaína en los Estados Unidos pasó de aproximadamente 1,1 millones en 1988 a 445.000 en el año 2000 (William Rhodes y otros, *What America’s Users Spend on Illegal Drugs, 1988–1998* (Washington, D.C., Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, 2000).

Hoy en día, las pandillas callejeras más famosas son las de América Latina, en particular las maras del Triángulo Norte de Centroamérica. Los niños representan una proporción relativamente alta de los detenidos por delitos graves relacionados con drogas en Honduras y El Salvador (el 6 % y el 7 %, respectivamente).<sup>271</sup> Más del 70 % de los que respondieron a una encuesta realizada entre más de 1.000 pandilleros de El Salvador dijeron que ganaban menos de 250 dólares al mes. Su principal fuente de ingresos parecía ser la extorsión,<sup>272</sup> de modo que el papel que desempeñaban en la economía de las drogas era periférico.<sup>273</sup>

## C. LAS DROGAS Y LAS PERSONAS DE MÁS EDAD

El consumo de drogas entre las personas de más edad ha sido una esfera poco estudiada durante mucho tiempo y cuya importancia se ha reconocido solo recientemente. Los cambios en las características demográficas mundiales apuntan a un aumento del número de personas de más edad y de la proporción que representan en todas las regiones. En esta sección se examinan brevemente algunas de las preocupaciones relacionadas con el consumo de drogas entre las personas de más edad, dando ejemplos que ilustran los problemas particulares y las consecuencias para la salud del consumo de drogas en este grupo.

### Variaciones en la magnitud del consumo de drogas entre las personas de más edad

En algunos países hay pruebas de que el consumo de drogas entre las personas de más edad, aunque comenzó con una prevalencia baja, ha venido aumentando a lo largo de los últimos diez años, y a un ritmo más rápido que el de los grupos de edad más jóvenes.

En los Estados Unidos, por ejemplo, los datos sobre el consumo de cualquier droga en el último año revelan que de 1996 a 2016 no hubo prácticamente ningún cambio en la tasa de prevalencia en las personas de 12 a 17 años, mientras que el consumo

271 UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

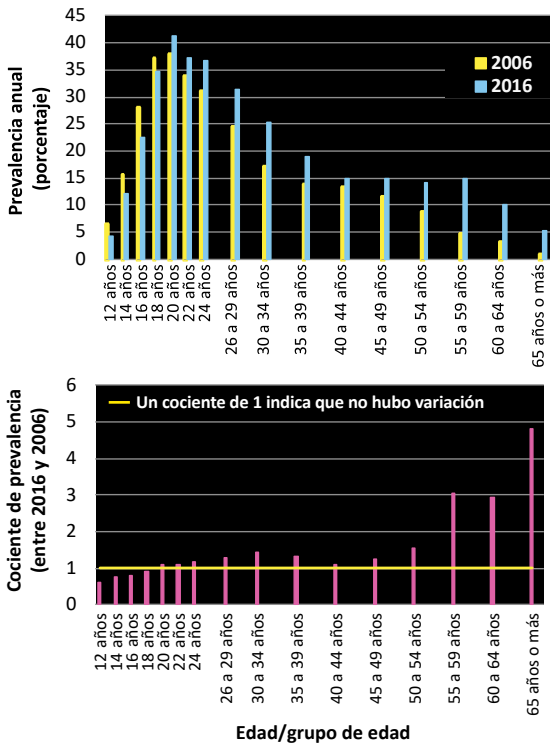
272 International Crisis Group, “Mafia of the poor: gang violence and extortion in Central America”, Informe sobre América Latina núm. 62, de 6 de abril de 2017 (Bruselas, 2017).

273 Cruz y otros, *The New Face of Street Gangs*.





**FIG. 12** Prevalencia anual del consumo de drogas y variaciones en los Estados Unidos de América, por edades, 2006 y 2016



Fuente: Estados Unidos, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2016 y años anteriores).

de drogas entre las personas de 50 años o más<sup>274</sup> pasó del 1,3 % al 9,8 % en ese período, lo que representa un aumento en más de siete veces.<sup>275</sup> En cifras absolutas, el aumento de las personas de más edad que consumen drogas es aún más impresionante, debido al crecimiento de la población de 50 años o más. El número total de personas de 50 años o más que habían consumido drogas en el último año en los Estados Unidos pasó de unas 900.000 personas en 1996 a 10,8 millones de personas en 2016, lo que significa que se multiplicó por 12.

El aumento fue especialmente elevado en el período

<sup>274</sup> La categoría de 50 años o más fue el grupo de mayor edad en la encuesta nacional por hogares de 1996 de los Estados Unidos.

<sup>275</sup> Estados Unidos de América, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2017 y años anteriores).

## ¿Quiénes son los “de más edad” en el contexto del consumo de drogas?

No existe un límite inferior de edad que se emplee sistemáticamente para categorizar a los consumidores de drogas que se consideran “de más edad”. El límite de edad utilizado presenta amplias variaciones entre los distintos estudios, pudiendo incluso ser de solo 35 años.<sup>a</sup> Sin embargo, en los estudios de los países europeos se han utilizado más frecuentemente los 40 años como límite inferior, y algunos estudios de los Estados Unidos de América han fijado ese límite en los 50 años.<sup>b</sup>

Dada esta falta de una definición internacionalmente aceptada de los “consumidores de drogas de más edad”, en esta sección se presenta la información sobre los grupos de más edad que está disponible, dando un desglose completo por edades de las estadísticas cuando es posible.

<sup>a</sup> April Shaw, *Senior Drug Dependents and Care Structures: Scotland and Glasgow Report* (Glasgow, Scottish Drugs Forum, marzo de 2009).

<sup>b</sup> EMCDDA, *Selected Issue 2010: Treatment and Care for Older Drug Users* (Luxemburgo, 2010).

## Los estudios de los consumidores de drogas de más edad son escasos

El consumo de drogas entre las personas de más edad es una esfera poco estudiada, cuya importancia se ha reconocido solo recientemente.<sup>a, b</sup> La mayoría de los estudios sobre los consumidores de drogas de más edad se han realizado en países desarrollados, en particular los Estados Unidos de América y países de Europa, por lo que las conclusiones extraídas de la bibliografía pueden no ser aplicables al resto del mundo.

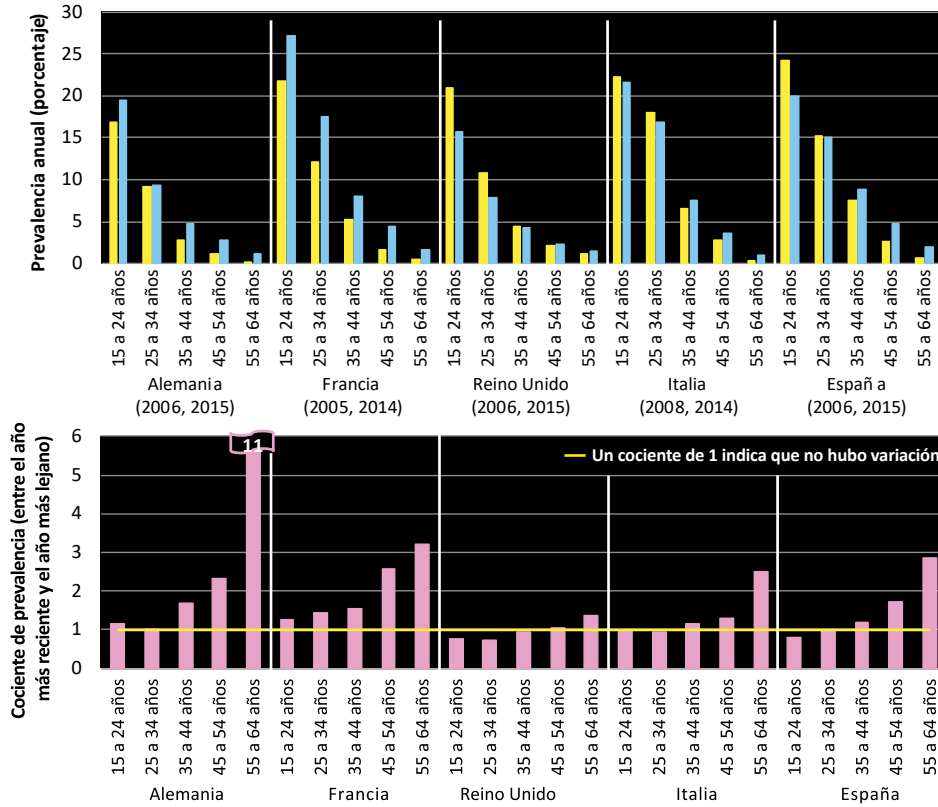
<sup>a</sup> Matthew H. Taylor y George T. Grossberg, “The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review”, *Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 14, núm. 4 (2012).

<sup>b</sup> Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, “Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), págs. 48 a 57.

2006-2016, cuando el número total de consumidores anuales de drogas de 50 años o más se triplicó, pasando de 3,6 millones a 10,8 millones, y la tasa de prevalencia anual del consumo de drogas en las personas de 50 años o más se duplicó con creces, pasando del 4,1 % al 9,8 %. Entre las personas de 60 años o más, el crecimiento de las tasas de prevalencia fue todavía más pronunciado, cuadruplicándose prácticamente en el último decenio, mientras que el número total de consumidores anuales de drogas del grupo etario de 60 a 64 años se cuadruplicó y el del grupo de 65 años o más aumentó en más de seis veces.

En Alemania, el consumo de cualquier droga en el

**FIG. 13** Prevalencia anual del consumo de cannabis y variaciones en algunos países de Europa Occidental, por grupos de edad, algunos años



Fuente: EMCDDA, Statistical Bulletin 2017.

último año aumentó más entre las personas de 40 años o más que en los grupos de edad más jóvenes en el período 2006-2015. El consumo de drogas entre las personas de 18 a 24 años arrojó un aumento más modesto (el 22 %) durante el mismo período.

El consumo de cannabis ha venido aumentando también entre las personas de 55 a 64 años en algunos de los países más poblados de Europa Occidental. Los datos sobre la prevalencia anual en Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido indican que el consumo de cannabis entre las personas de ese grupo de edad ha aumentado a un ritmo mayor que el de cualquier otro grupo etario. En esos países, el aumento del consumo de cannabis en el último año entre las personas de 15 a 24 años y de 25 a 34 años ha sido mucho menos pronunciado y, en algunos casos, la prevalencia ha disminuido.

En Australia se registró un pequeño descenso en la tasa de prevalencia anual del consumo de drogas en las personas de 14 a 19 años durante el período

2007-2016, pero las tasas de los grupos de 50 a 59 años y de 60 años o más aumentaron entre un 60 % y 70 %.

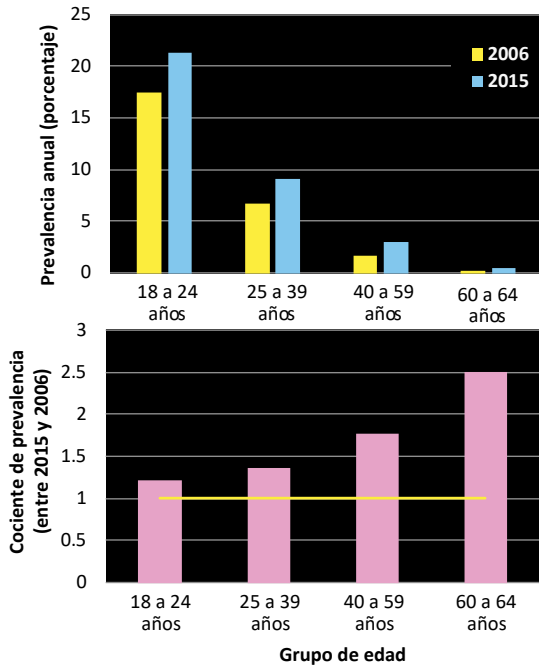
En Chile, el consumo de cannabis en el último año entre las personas de 45 a 64 años se cuadruplicó en el decenio que terminó en 2016, y aumentó en casi 30 veces entre 1996 y 2016. El crecimiento de la prevalencia anual del consumo de cannabis en los grupos de edad más jóvenes fue menos pronunciado. El consumo de cocaína arrojó un patrón similar: la prevalencia anual del consumo disminuyó para los grupos de 12 a 18 años y de 19 a 25 años durante el período 1996-2016, pero aumentó en 14 veces entre las personas de 35 a 44 años.

### ¿Cuáles factores podrían explicar la expansión del consumo de drogas?

Hay varios factores que pueden explicar el aumento de la prevalencia del consumo de drogas observado en las personas de más edad en algunos países. Las

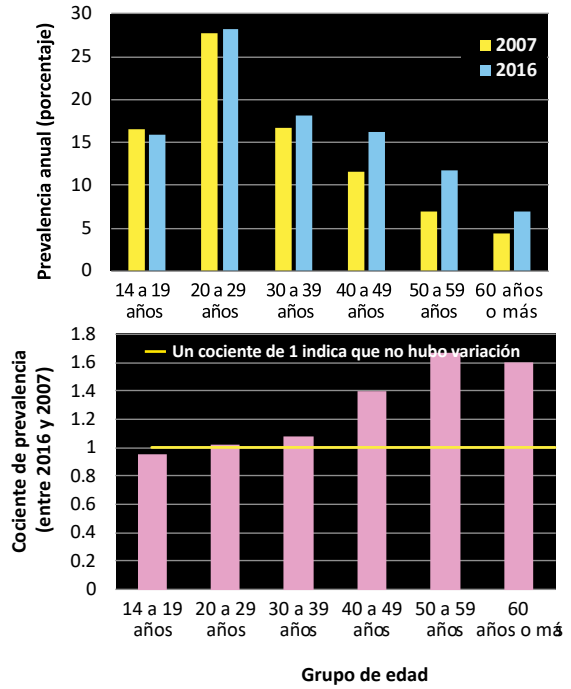


**FIG. 14** Prevalencia anual del consumo de drogas y variaciones en Alemania, por grupos de edad, 2006-2015



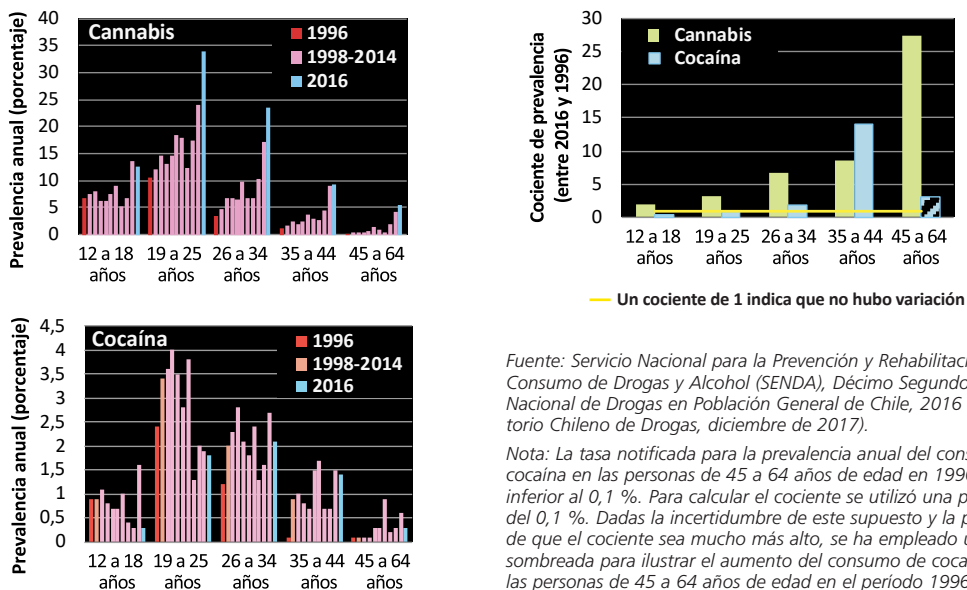
Fuente: D. Piontek, E. Gomes de Matos, J. Atzendorf y L. Kraus, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990-2015 (Munich, IFT Institut für Therapieforchung, 2016).

**FIG. 15** Prevalencia anual del consumo de drogas y variaciones en Australia, por grupos de edad, 2007-2016



Fuente: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *National Drug Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings, Drug Statistics Series*, núm. 31 (Canberra, septiembre de 2017).

**FIG. 16** Variaciones en la prevalencia anual del consumo de drogas en Chile, por grupos de edad, 1996-2016



Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016* (Observatorio Chileno de Drogas, diciembre de 2017).

Nota: La tasa notificada para la prevalencia anual del consumo de cocaína en las personas de 45 a 64 años de edad en 1996 fue inferior al 0,1 %. Para calcular el cociente se utilizó una prevalencia del 0,1 %. Dadas la incertidumbre de este supuesto y la posibilidad de que el cociente sea mucho más alto, se ha empleado una barra sombreada para ilustrar el aumento del consumo de cocaína entre las personas de 45 a 64 años de edad en el período 1996-2016.

variaciones en la percepción de los riesgos relacionados con el consumo de drogas, la mayor disponibilidad de drogas, los cambios en la aceptación social del consumo de drogas y la automedicación del dolor, la ansiedad o las dificultades relacionadas con la jubilación pueden contribuir al inicio o la reanudación del consumo de drogas en las personas de más edad. Otro factor podría ser un efecto de cohorte, que hace que los grupos de personas tengan experiencias sociales y culturales en común debido a la época en que nacieron. Esas experiencias pueden ser diferentes de las de las cohortes anteriores. El aumento del consumo de drogas observado entre la población de más edad podría ser consecuencia del envejecimiento de una cohorte que tiene una mayor prevalencia del consumo de sustancias que las cohortes anteriores.

Hay pruebas de que, en los países occidentales, la generación nacida durante el baby boom (entre 1946 y 1964) consumió más drogas cuando era joven que la generación anterior. Muchas de esas personas han seguido utilizando drogas hasta la vejez, y esto se refleja en la creciente prevalencia del consumo de drogas en los grupos de más edad de muchos países desarrollados, a medida que esa cohorte envejece.<sup>276, 277, 278, 279</sup>

Por ejemplo, en los Estados Unidos se han registrado aumentos importantes en el consumo de cannabis en el último año entre las personas de 50 años o más. Esta tendencia está captando, en parte, el envejecimiento de la generación nacida durante la explosión de natalidad conocida como “baby boom”, que comunicó mayores tasas de consumo de

sustancias que la generación anterior.<sup>280, 281</sup> Entre las personas de 50 a 59 años, el consumo de cannabis en el último año aumentó del 3,1 % al 5,7 % entre 2002 y 2007, y su tasa de uso no médico de fármacos sujetos a prescripción médica en el último año pasó del 2,2 % al 4,4 %. Las características típicas que se asocian a la continuación del consumo de drogas en este grupo de edad son el hecho de ser varón, la soltería, el inicio temprano del consumo de drogas, un bajo nivel de instrucción, un bajo nivel de ingresos, el desempleo como consecuencia de una discapacidad, el consumo reciente de tabaco o alcohol y un episodio importante de depresión en el año anterior. Además del efecto de cohorte que está presente en el consumo de drogas por esta generación, es posible que un cambio en las percepciones relativas al cannabis haya contribuido también a un aumento del consumo. En el último decenio, la percepción de un riesgo de daño menor y el debate en torno a la legalización de las drogas pueden haber influido en el consumo de cannabis.<sup>282, 283, 284</sup>

En los países de Europa con una mayor prevalencia del consumo de cannabis en las personas de más edad, se han detectado efectos de cohorte similares que pueden explicar las tendencias al alza en el consumo de cannabis. El análisis de los datos históricos hace pensar que la causa principal de este fenómeno es el envejecimiento de una cohorte que contiene una proporción considerable de personas que siguen usando drogas, casi exclusivamente cannabis, hasta una edad avanzada.<sup>285</sup>

Los mayores niveles de consumo de drogas entre las personas de más edad también podrían explicarse por una iniciación tardía y por los cambios en las

276 Caryl M. Beynon, “Drug use and ageing: older people do take drugs!”, *Age and Ageing*, vol. 38, núm. 1 (2009), págs. 8 a 10.

277 Roger Nicholas y otros, *Preventing and Reducing Alcohol and Other Drug-Related Harm among Older People: A Practical Guide for Health and Welfare Professionals* (Adelaide, Australia Meridional, Centro Nacional de Formación y Capacitación sobre la Adicción, Universidad Flinders, 2015).

278 Beth Han, Joseph Gfroerer y James Colliver, “An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States”, *OAS Data Review* (Rockville, Maryland, Oficina de Estudios Aplicados, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), agosto de 2009).

279 Frederic C. Blow y Kristen L. Barry, “Alcohol and substance misuse in older adults”, *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, núm. 4 (2012), págs. 310 a 319.

280 Li-Tzy Wu y Dan G. Blazer, “Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review”, *Journal of Ageing and Health*, vol. 23, núm. 3 (2011), págs. 481 a 504.

281 Benjamin H. Han y otros, “Demographic trends among older cannabis users in the United States, 2006–13”, *Addiction*, vol. 112, núm. 3 (2010), págs. 516 a 525.

282 Han, Gfroerer y Colliver, “An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States”.

283 William C. Kerr, Camillia Lui y Yu Ye, “Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984–2015 US National Alcohol Surveys”, *Addiction*, vol. 113, núm. 3 (2017), págs. 473 a 481.

284 *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).

285 EMCDDA, *Selected Issue 2010: Treatment and Care for Older Drug Users* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010).

condiciones del entorno. Sin embargo, la adolescencia (de 12 a 17 años) se considera en general el período de riesgo crítico para la iniciación en el consumo de sustancias.<sup>286</sup> En los Estados Unidos, un estudio de los consumidores de drogas de 50 a 59 años de edad durante el período 2002-2007 indicó que muy pocos habían empezado a consumir drogas a una edad más avanzada. Aproximadamente el 90 % había comenzado a hacerlo antes de los 30 años, y alrededor del 72 % había empezado a usar fármacos sujetos a prescripción médica con fines no médicos antes de esa edad. Solo el 3 % había iniciado el consumo de drogas, y el 9 % el uso no médico de fármacos sujetos a prescripción médica, a los 50 años o más.<sup>287</sup> Entre los motivos para comenzar a consumir drogas en una etapa más tardía de la vida se mencionó la automedicación de afecciones médicas dolorosas. Las personas de más edad tienen tasas más elevadas de problemas de salud mental como la depresión, y una mayor incidencia de factores de riesgo social para el consumo de drogas como el duelo, el aislamiento social, problemas financieros y un apoyo social deficiente.<sup>288</sup>

Un acontecimiento importante que cambia la vida de las personas de más edad es la jubilación. Los datos sobre los efectos de la jubilación en el consumo de drogas son muy limitados. Sin embargo, en un estudio de 978 personas realizado en los Estados Unidos se examinaron diversas formas de jubilación y su impacto en el consumo de drogas. Se observó que la jubilación completa (es decir, la desvinculación total de la fuerza de trabajo) se relacionaba con un aumento del consumo de drogas, a diferencia de los casos en que se aplazaba la jubilación y se permanecía dentro de la fuerza de trabajo. Sin embargo, esto dependía de la edad en que se pasaba a la jubilación completa, con más problemas de consumo de drogas entre los jubilados más jóvenes que entre los más viejos. Esta relación se invertía entre

quienes habían aplazado la jubilación y seguían empleados en su lugar de trabajo principal. Es decir, los trabajadores más jóvenes en edad de jubilar pero que habían aplazado la jubilación y seguían trabajando comunicaron menos problemas relacionados con las drogas que los trabajadores de más edad en esas mismas condiciones.<sup>289</sup>

### Tratamiento de la drogodependencia entre los consumidores de drogas de más edad

*Con el envejecimiento, los consumidores de drogas tienen que hacer frente a múltiples problemas de salud*

El proceso de envejecimiento físico puede acelerarse por los efectos acumulativos del consumo de drogas, en particular por las experiencias anteriores de sobredosis de drogas y el mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas como la hepatitis C y la infección por el VIH mediante prácticas de inyección inseguras. Los consumidores de drogas de más edad sufren los problemas de salud que normalmente se vuelven más frecuentes con la edad, como los trastornos degenerativos, circulatorios y respiratorios y la diabetes, pero en mayor medida que sus coetáneos que no consumen drogas. Los consumidores de drogas de más edad tienen también mayores problemas de salud mental que el resto de sus coetáneos o que los usuarios de drogas más jóvenes.<sup>290, 291, 292, 293, 294</sup>

### Retos del tratamiento y la atención de la drogodependencia

La aparición de trastornos causados por el consumo de drogas y la drogodependencia son el resultado de una compleja interacción entre la exposición repetida a las drogas, por una parte, y factores

286 Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, "Age of substance use initiation among treatment admissions aged 18 to 30".

287 Han, Gfroerer y Colliver, "An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States".

288 Matthew H. Taylor y George T. Grossberg, "The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review", *Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 14, núm. 4 (2012).

289 Samuel Bacharach y otros, "Retirement and drug abuse: the conditioning role of age and retirement trajectory", *Addictive Behaviors*, vol. 33, núm. 12 (2008), págs. 1610 a 1614.

290 EMCDDA, *Health and Social Responses to Drug Problems: a European Guide* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

291 Selected Issue 2010.

292 Caryl M. Beynon y otros, "Self-reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom", *BMC Geriatrics*, vol. 9, núm. 45 (2009).

293 Lisa Johnston y otros, "Responding to the needs of ageing drug users" (EMCDDA, 2017).

294 Caryl M. Beynon, "Drug use and ageing".

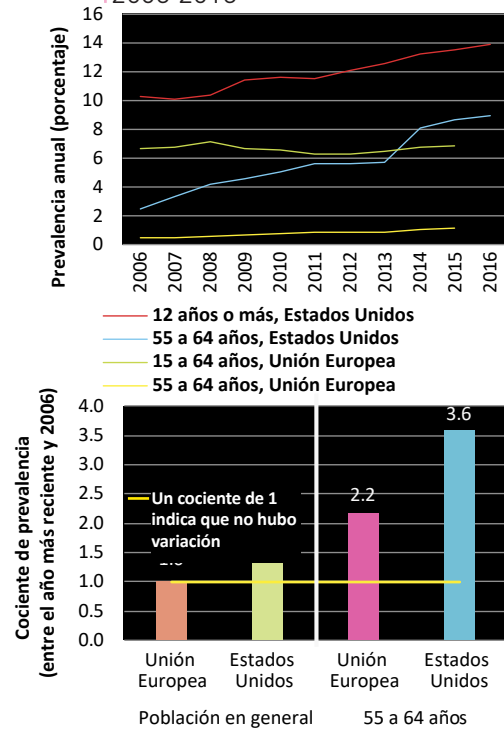
biológicos, psicosociales y sociales, por otra. El tratamiento eficaz de un problema crónico y complejo como la drogodependencia requiere una atención continua y la interacción de muchas disciplinas, como la farmacología, la terapia conductual y el apoyo social.<sup>295</sup> Las intervenciones de tratamiento y la atención del consumo de sustancias destinadas a las personas de más edad plantean numerosas dificultades que son específicas de este grupo de edad, o más pronunciadas que en el caso de los drogodependientes más jóvenes.

Debido a la posible presencia concomitante de una serie de afecciones, las complejas necesidades de salud física de los consumidores de drogas de más edad complican el tratamiento de la drogodependencia en estas personas.<sup>296, 297</sup> Hasta no hace mucho se prestaba poca atención a los trastornos por consumo de sustancias entre las personas de más edad, por lo que no existen suficientes investigaciones ni datos sobre intervenciones de tratamiento, y el debate sobre los servicios de tratamiento adecuado ha sido limitado.<sup>298, 299, 300, 301</sup>

Junto con los problemas médicos y psiquiátricos, los consumidores de drogas de más edad suelen vivir también con las consecuencias sociales negativas del consumo de drogas a largo plazo. Estas son consideraciones importantes en la prestación de un tratamiento eficaz. Los consumidores de drogas de más edad tienen más probabilidades de encontrarse

- 295 UNODC y OMS, "Principles of drug dependence treatment", documento de debate, marzo de 2008.
- 296 Ilana Crome y otros, *Our Invisible Addicts: First Report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists* (Londres, Royal College of Psychiatrists, 2011).
- 297 Nick Doukas, "Older adults in methadone maintenance treatment: a literature review", *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 11, núm. 3 (2011), págs. 230 a 244.
- 298 Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, "Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), págs. 48 a 57.
- 299 Alexis Kuerbis y Paul Sacco, "A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions", *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 7 (2013), págs. 13 a 37.
- 300 Wu y Blazer, "Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review".
- 301 Orion Mowbray y Adam Quinn, "A scoping review of treatments for older adults with substance use problems", *Research on Social Work Practice*, vol. 26, núm. 1 (2016), págs. 74 a 87.

**FIG. 17** Prevalencia anual del consumo de cannabis y variaciones en los Estados Unidos de América y la Unión Europea en la población en general y en las personas de 55 a 64 años de edad, 2006-2016



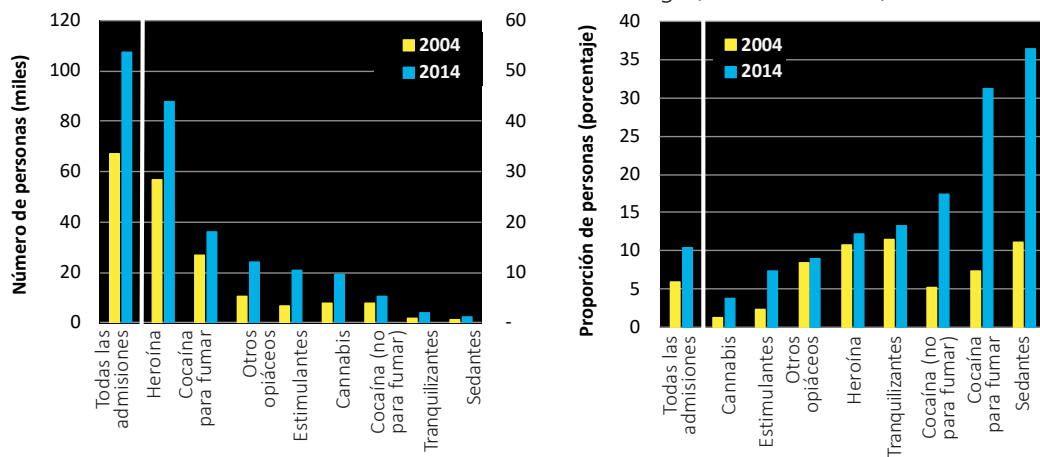
Fuentes: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2016 National Survey on Drug Use and Health, y años anteriores; y EMCDDA, Statistical Bulletin 2017.

Nota: Las tasas de prevalencia de la Unión Europea son los promedios ponderados en función de la población de las estimaciones nacionales. Para los años en que no se disponía de la tasa de un país, se utilizó una estimación obtenida por interpolación lineal entre los años para los que sí se disponía de las tasas nacionales; cuando eso no era posible, se empleó la tasa del año más cercano.

en una situación de desventaja y marginación social y económica, y de haber experimentado la falta de hogar o períodos de encarcelamiento. La exclusión social y el aislamiento de la familia y los amigos y la falta de apoyo social son más frecuentes y más agudos entre los drogodependientes de más edad que entre el resto de sus coetáneos o los consumidores de drogas más jóvenes. La falta de apoyo social es un importante factor predisponente a la recaída.<sup>302, 303, 304</sup>

- 302 Michelle R. Lofwall y otros, "Characteristics of older opioid maintenance patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 28, núm. 3 (2005), págs. 265 a 272.
- 303 Selected Issue 2010.
- 304 Yih-Ing Hser, "Predicting long-term stable recovery from

**FIG. 18** Tendencias del número y la proporción de personas de 50 años o más en las admisiones a tratamiento relacionadas con el consumo de drogas, Estados Unidos, 2004-2014



Fuentes: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1994–2004 – National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-33, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos núm. (SMA) 06-4180 (Rockville, Maryland, 2006); y Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004–2014 – National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, BHSIS Series S-84, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos núm. (SMA) 16-4986 (Rockville, Maryland, 2016).

Nota: En el gráfico de la izquierda, que muestra el número de admisiones a tratamiento, la escala del eje izquierdo corresponde a "Todas las admisiones", mientras que la escala del eje derecho se aplica a las admisiones por tipos de droga.

### Aumenta el tratamiento de la drogodependencia entre los consumidores de drogas de más edad de los Estados Unidos

Algunos de los datos más amplios y detallados que existen sobre el tratamiento proceden de los Estados Unidos. Según los últimos datos disponibles de ese país, el número de admisiones de personas de 50 años o más a los servicios de tratamiento de la drogodependencia aumentó un 59 % durante el período 2004-2014. Este grupo de edad está cada vez más presente en los ingresos a tratamiento, y la proporción que representa se duplicó prácticamente en ese período, llegando al 10,4 % en 2014.<sup>305, 306</sup>

heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, núm. 1 (2007), págs. 51 a 60.

305 Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1994–2004–National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-33, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos núm. SMA 06-4180 (Rockville, Maryland, 2006).

306 Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004–2014–National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, BHSIS Series S-84, publicación del Departa-

La proporción de personas de 50 años o más ingresadas para recibir tratamiento por remisión de un tribunal o del sistema de justicia penal disminuyó ligeramente durante el período 1992-2012, pasando del 29 % al 25 %.<sup>307</sup>

### Tratamiento por consumo de opioides en Europa – una cohorte de consumidores de heroína que envejece

En Europa, los consumidores de opioides, en particular los que se inyectan la droga, representan actualmente una proporción sustancial de la población en tratamiento por drogodependencia, y tradicionalmente han constituido el grupo más numeroso que requiere un tratamiento especializado. Aunque el número de consumidores de opioides que inician un tratamiento va en disminución, la proporción correspondiente a las personas de más de 40 años aumentó de una de cada cinco en 2006

mento de Salud y Servicios Humanos núm. SMA 16-4986 (Rockville, Maryland, 2016).

307 Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR 25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015).

a una de cada tres en 2013. Los datos revelan una gran cohorte de consumidores de opioides que empezaron a inyectarse heroína durante la “epidemia” de esta droga de los años ochenta y noventa y que ahora están envejeciendo; ese grupo ha dado forma y caracterizado a los sistemas de tratamiento especializado y de bajo umbral que existen actualmente en Europa.<sup>308</sup>

*Un problema cada vez mayor que aún carece de respuesta*

El consumo de drogas por las personas de más edad genera problemas de salud particulares y muy variados, especialmente en el caso de las que tienen un historial de trastornos por consumo de drogas y drogodependencia. El tratamiento de la drogodependencia es más complicado debido a esos trastornos de salud física y mental concomitantes. La falta de datos contrastados sobre los tratamientos que funcionan mejor en los consumidores de drogas de más edad también agrava la situación. Este es un fenómeno relativamente reciente y existe cierta preocupación por la falta de infraestructura para hacer frente al creciente número de usuarios de drogas de más edad y sus necesidades sanitarias en los próximos decenios.

En general, el desarrollo de intervenciones o servicios específicos para los consumidores de drogas de más edad aún no se considera prioritario, posiblemente debido a la menor prevalencia del consumo de drogas en las personas de más edad que entre la población más joven. Por ejemplo, no hay referencias explícitas a los consumidores de más edad en las estrategias en materia de drogas elaboradas por los países europeos en 2010, y la situación ha cambiado poco desde entonces. Los programas de tratamiento y atención especializados para consumidores de drogas de más edad son escasos en Europa, donde la mayoría de las iniciativas están dirigidas a los jóvenes.<sup>309, 310</sup>

**Muertes relacionadas con las drogas entre los consumidores de drogas de más edad**

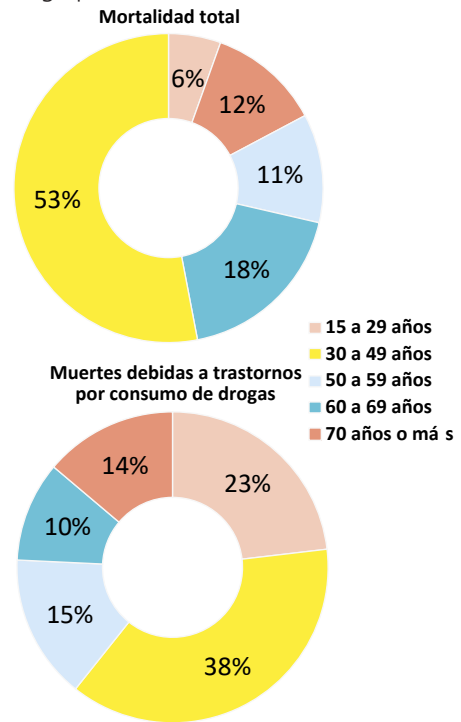
La muerte por consumo de drogas es, sin duda, la

308 Alessandro Pirona y otros, “Ageing and addiction: challenges for treatment systems”, EMCDDA Poster Series (Lisboa, septiembre de 2015).

309 Selected Issue 2010.

310 Johnston y otros, “Responding to the needs of ageing drug users”.

**FIG. 19** Muertes debidas a trastornos por consumo de drogas y mortalidad total, por grupos de edad, en todo el mundo, 2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).

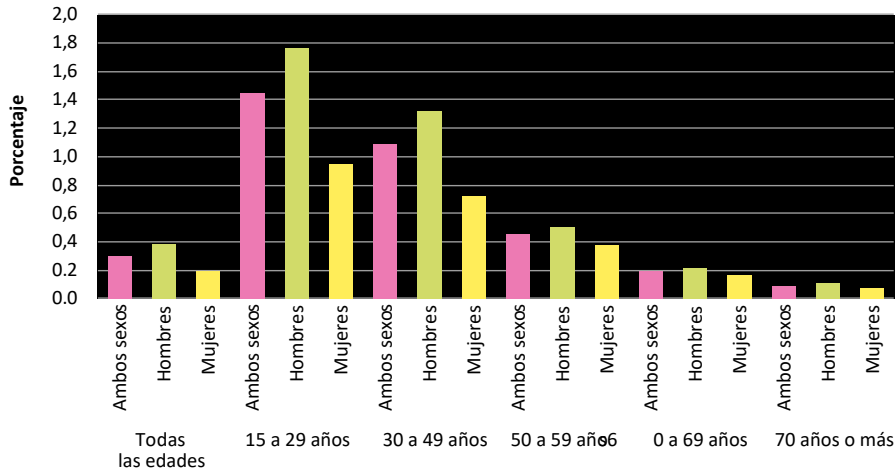
consecuencia más extrema. Aunque las personas que mueren a consecuencia de trastornos por consumo de drogas (muertes directamente causadas por el consumo de drogas) son en su mayoría más jóvenes, la proporción correspondiente a las personas de 50 años o más es considerable. De la mortalidad total (por cualquier causa) registrada en el mundo en 2015, la mayor proporción (el 53 %) correspondió a las personas de 70 años o más. Las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas se producen a una edad relativamente temprana, con casi una cuarta parte (el 23 %) en el grupo de edad de 15 a 29 años y una gran proporción (el 38 %) en el de 30 a 49 años. Sin embargo, la proporción del total mundial de muertes debidas a trastornos por consumo de drogas que corresponde a los drogodependientes de 50 años o más es importante (39 %).

Cabe señalar que en el caso de las personas de 50 años o más, las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas representan una proporción menor de la mortalidad total; las muertes por esos



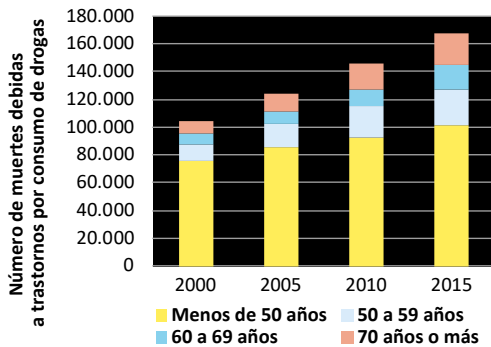


**FIG. 20** Proporción de la mortalidad total correspondiente a las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas, por grupos de edad, en todo el mundo, 2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).

**FIG. 21** Muertes debidas a trastornos por consumo de drogas, por grupos de edad, en todo el mundo, 2000-2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).

trastornos representan una proporción mayor de la mortalidad entre los más jóvenes. A medida que las personas envejecen, aumentan las causas de muerte que se relacionan con la edad.

Sin embargo, durante el período 2000-2015 se registró a nivel mundial un rápido aumento del número de muertes debidas a trastornos por consumo de drogas entre las personas de 50 años o más. Este aumento fue más pronunciado que el observado entre los consumidores de drogas menores de 50 años. En el caso de los menores de 50 años, las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas aumentaron en un tercio, mientras que en el de las

personas de 50 años o más el número se duplicó con creces. Además, las personas de 50 años o más representan una proporción cada vez mayor de las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas: mientras que en 2000 constituyeron el 27 % del total de muertes por esos trastornos, en 2015 esta proporción había aumentado al 39 %.

El aumento del número de muertes causadas por trastornos por consumo de drogas entre las personas de 50 años o más, y de la proporción del total de esas muertes representada por este grupo de edad, es similar en todas las regiones. En particular, en el Pacífico occidental<sup>311</sup> y en América, las muertes causadas por trastornos por consumo de drogas entre las personas de 50 años o más aumentaron a más del triple en el período 2000-2015.

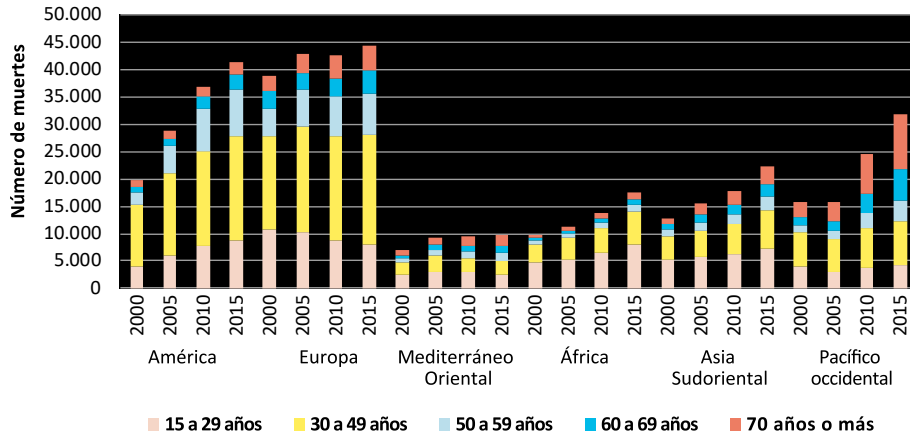
En Europa, el número de muertes por sobredosis creció de 2006 a 2013 entre las personas de 40 años o más, pero disminuyó entre las menores de 40 años, en parte debido al envejecimiento de la población de consumidores de opioides.<sup>312</sup> En el Reino Unido, donde ocurren casi un tercio de las muertes por sobredosis notificadas en Europa,<sup>313</sup> ha habido un

311 En la clasificación de la OMS, la región del Pacífico occidental comprende Camboya, China, Filipinas, el Japón, Malasia, Mongolia, la República de Corea y Viet Nam, así como Australia y Nueva Zelanda y los países insulares del Pacífico.

312 Pirona y otros, “Ageing and addiction”.

313 EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2017* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

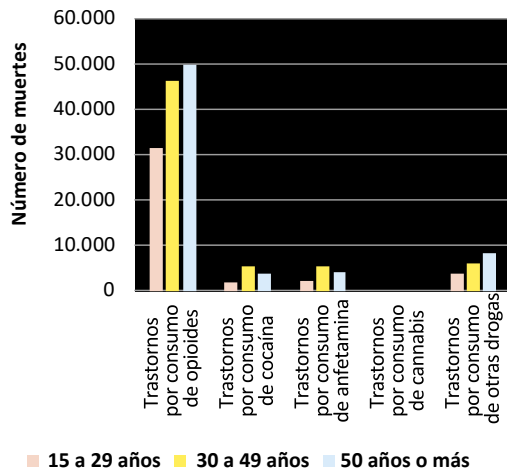
**FIG. 22** | Muertes debidas a trastornos por consumo de drogas, por grupos de edad y regiones, 2000-2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).

Nota: Las regiones corresponden a la clasificación utilizada por la OMS.

**FIG. 23** | Muertes debidas a trastornos por consumo de drogas, por principales categorías de drogas y edad, en todo el mundo, 2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).

marcado aumento del número total de muertes relacionadas con la heroína, la morfina, o ambas, desde 2012. A este aumento han contribuido el envejecimiento de una cohorte de consumidores de heroína, la mayor pureza y disponibilidad de la droga y los cambios en las drogas usadas junto con la heroína o la morfina.<sup>314</sup>

A nivel mundial, las tres cuartas partes de las muertes debidas a trastornos por consumo de drogas entre las personas de 50 años o más tienen que ver con el consumo de opioides. La mortalidad relacionada con trastornos por el consumo de cocaína y con trastornos por el consumo de anfetamina representa alrededor del 6 % en cada caso, y la relacionada con el consumo de otras drogas constituye el 13 % restante<sup>315</sup>. Esta distribución es reflejo de una serie de factores: la capacidad de identificar las diferentes sustancias como causa fundamental de la muerte, los diferentes patrones históricos del consumo de drogas y el tamaño de las poblaciones que consumen las distintas drogas, y la disponibilidad y eficacia de las opciones de tratamiento que pueden prolongar la vida de los consumidores de drogas.

314 Reino Unido, Oficina de Estadísticas Nacionales, “Deaths related to drug poisoning in England and Wales, 2015 registrations”, Statistical Bulletin (septiembre de 2016).

315 OMS, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015 (Ginebra, 2016).



## GLOSARIO

**Anfetaminas** — Grupo de estimulantes de tipo anfetamínico que incluye la anfetamina y la metanfetamina.  
**Cocaína crack** — Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar.

**Consumidores de drogas problemáticos** — Personas que consumen drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo, las que se inyectan drogas, las que las consumen diariamente o las que padecen trastornos por consumo de drogas (uso nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de los criterios clínicos contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association, o en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud.

**Consumo de drogas/uso de drogas** — Uso de sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización para fines no médicos y no científicos, a menos que se indique otra cosa.

**Dependencia** — Concepto definido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima revisión) como un conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento en que el consumo de una sustancia o una clase de sustancias adquiere para una persona una prioridad mucho mayor que otros comportamientos que antes tenían más valor. Una característica descriptiva central del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo intenso, a veces abrumador) de ingerir drogas psicoactivas.

**Estimulantes de tipo anfetamínico** — Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos sometidos a fiscalización internacional con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y que pertenecen al grupo de sustancias denominadas anfetaminas, que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA) y sus análogos).

**Nuevas sustancias psicoactivas** — Sustancias objeto de abuso, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o al Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere necesariamente a que sean invenciones nuevas, sino a que han empezado a circular recientemente.

**Opiáceos** — Subconjunto de los opioides integrado por

los diversos productos derivados de la planta de adormidera, que incluye el opio, la morfina y la heroína.

**Opioides** — Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera (opiáceos), sus análogos sintéticos (principalmente opioides farmacéuticos o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

**Pasta de coca (o base de coca)** — Extracto de las hojas del arbusto de coca. La purificación de la pasta de coca produce cocaína (cocaína base y clorhidrato de cocaína).

**Personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas/personas con trastornos por consumo de drogas** — Subconjunto de las personas que consumen drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento, atención sanitaria, asistencia social y rehabilitación. El uso nocivo de sustancias y la dependencia son características de los trastornos por consumo de drogas.

**Prevalencia anual** — Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una determinada droga por lo menos una vez en el último año, dividido por el número de personas de ese grupo de edad expresado como porcentaje.

**Prevención del consumo de drogas y tratamiento de los trastornos por consumo de drogas** — El objetivo de la “prevención del consumo de drogas” es evitar o retrasar la iniciación en el uso de drogas, así como la aparición de trastornos derivados de ese consumo. Una vez que aparece un trastorno por consumo de drogas, la persona necesita tratamiento, atención y rehabilitación.

**Sal de cocaína** — Clorhidrato de cocaína.

**Trastornos por consumo de sustancias o drogas** — El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association también describe el trastorno por consumo de sustancias o drogas como un conjunto de síntomas causado por el uso continuado de una sustancia a pesar de los problemas que produce. Según el número de síntomas detectados, el trastorno por consumo de sustancias puede variar de moderado a grave.

**Uso nocivo de sustancias** — Concepto definido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima revisión) como un patrón de consumo que causa daño a la salud física o mental.



## AGRUPACIONES REGIONALES

En el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan varias denominaciones regionales y subregionales. Esas denominaciones no revisten carácter oficial y se definen como sigue:

- África Oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia y Uganda
- África Septentrional: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Sudán del Sur y Túnez
- África Meridional: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe
- África Occidental y Central: Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo
- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermudas, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago
- Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá
- América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México
- América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)
- Asia Central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán
- Asia Oriental y Sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Tailandia, Timor-Leste y Viet Nam
- Asia Sudoccidental: Afganistán, Irán (República Islámica del) y Pakistán
- Cercano Oriente y Oriente Medio: Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Estado de Palestina, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen
- Asia Meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka
- Europa Oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania
- Europa Sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía
- Europa Occidental y Central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chequia, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, San Marino, Suecia y Suiza
- Oceanía: Australia, Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y pequeños territorios insulares