

abuso de anfetaminas – amphetamine abuse

Authored by
memjavad

October 25, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *abuso de anfetaminas – amphetamine abuse*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=1502>

Abuso de Anfetaminas

Primary Disciplinary Field(s): Psiquiatría, Farmacología, Salud Pública, Criminología

1. Definición Central y Clasificación

El abuso de anfetaminas se define como el uso indebido o no médico de sustancias pertenecientes a la clase de estimulantes del sistema nervioso central (SNC), incluyendo la anfetamina, la metanfetamina y sus derivados. Este patrón de uso se caracteriza por la autoadministración continua o episódica que resulta en consecuencias adversas significativas, tanto a nivel físico como psicológico, social y ocupacional. Es crucial diferenciar el término "abuso" del "trastorno por consumo de estimulantes" (TCE), el cual es la denominación clínica preferida según el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales](#) (DSM-5), y que engloba la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia, manifestando una pérdida de control sobre el consumo.

Las anfetaminas son agentes simpaticomiméticos que ejercen potentes efectos psicoactivos, generando euforia, aumento de la energía, reducción del apetito y una sensación de alerta intensificada. El abuso se consolida cuando el individuo comienza a priorizar la búsqueda y el consumo de la droga por encima de otras responsabilidades vitales, a pesar de conocer las repercusiones negativas. Este uso no controlado puede llevar rápidamente al desarrollo de una **tolerancia farmacológica**, que requiere dosis progresivamente mayores para alcanzar el efecto deseado, y eventualmente, a la **dependencia física y psicológica**, haciendo que la interrupción del consumo provoque síntomas de abstinencia severos y malestar significativo.

Dentro de la clasificación clínica, el abuso de anfetaminas se incluye en la categoría más amplia de los trastornos relacionados con sustancias y adicciones. El DSM-5 establece criterios diagnósticos específicos para el TCE, que varían en severidad (leve, moderada o grave) en función del número de criterios cumplidos, tales como el deseo persistente de reducir o controlar el uso, el incumplimiento de obligaciones importantes, el uso en situaciones peligrosas (como conducir), y la aparición de problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. La metanfetamina, debido a su mayor potencia y neurotoxicidad, es a menudo tratada como una subcategoría de particular preocupación dentro del espectro del abuso de anfetaminas.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

La historia de las anfetaminas se remonta al siglo XIX. La anfetamina fue sintetizada por primera vez en 1887 por el químico rumano Lazar Edeleanu, aunque su potencial farmacológico no fue reconocido inmediatamente. No fue hasta 1927 que Gordon Alles redescubrió el compuesto y exploró sus propiedades estimulantes. Inicialmente, se comercializó bajo el nombre de

Benzedrine en la década de 1930 como un descongestionante nasal, pero rápidamente se descubrió su utilidad como broncodilatador y estimulante psicomotor, siendo recetado para tratar la narcolepsia y la depresión leve.

El uso y la distribución de las anfetaminas se dispararon dramáticamente durante la Segunda Guerra Mundial. Tanto las fuerzas Aliadas como las del Eje las administraron a sus soldados para combatir la fatiga, aumentar la moral y mantener la vigilancia durante períodos prolongados de combate. Esta práctica masiva normalizó el uso de estimulantes en contextos de alto rendimiento y sentó las bases para el uso recreativo post-guerra. Miles de millones de píldoras fueron distribuidas, y tras el conflicto, grandes excedentes farmacéuticos se filtraron al mercado civil, especialmente en países como Japón y Alemania, donde surgieron las primeras epidemias de abuso de metanfetamina.

Durante las décadas de 1950 y 1960, el uso de anfetaminas se expandió en Occidente, siendo ampliamente recetadas para el control de peso (como "píldoras de dieta") y para combatir la fatiga en profesiones que requerían largas horas de trabajo, como los camioneros. El abuso se hizo endémico en subculturas, lo que llevó a la aparición de la inyección intravenosa de anfetaminas, un método de administración que intensificaba el riesgo de adicción y de transmisión de enfermedades. Esta crisis de salud pública obligó a los gobiernos a tomar medidas regulatorias estrictas. En Estados Unidos, la **Ley de Sustancias Controladas de 1970** (Controlled Substances Act) clasificó la metanfetamina y la anfetamina, limitando drásticamente su disponibilidad y marcando el inicio de la criminalización del uso recreativo.

3. Farmacología y Mecanismos de Acción

Las anfetaminas son clasificadas químicamente como aminas simpaticomiméticas. Su mecanismo de acción principal se centra en el aumento de la concentración de ciertos neurotransmisores monoamínicos en la hendidura sináptica del cerebro, principalmente la **dopamina**, la **norepinefrina** y, en menor medida, la serotonina. A diferencia de la cocaína, que principalmente bloquea la recaptación de estos neurotransmisores, las anfetaminas actúan de dos maneras fundamentales para lograr una liberación masiva.

En primer lugar, las anfetaminas ingresan a las neuronas presinápticas y compiten con los neurotransmisores naturales por el transportador de monoaminas (como el DAT para la dopamina). Una vez dentro, interfieren con las vesículas de almacenamiento, forzando la liberación de grandes cantidades de neurotransmisores libres hacia el citoplasma. En segundo lugar, y de manera crucial, las anfetaminas revierten la dirección de los transportadores de recaptación, convirtiéndolos en canales de liberación que "bombean" activamente la dopamina y la norepinefrina fuera de la célula y hacia el espacio sináptico. Este vertido masivo es responsable de la intensa euforia y el poderoso efecto de recompensa que impulsa el patrón de abuso.

El efecto sobre la dopamina es particularmente relevante para la adicción. La liberación exagerada de dopamina en el [núcleo accumbens](#) y otras estructuras del circuito de recompensa, como el área tegmental ventral, sobrepasa la capacidad natural del cerebro para regular estos químicos, lo que lleva a la rápida desensibilización de los receptores. Esta desregulación es la base neurobiológica de la tolerancia y la dependencia, ya que el usuario necesita consumir más droga solo para sentirse "normal" o para evitar los síntomas disfóricos de la abstinencia. La exposición crónica también se asocia con **neurotoxicidad**, particularmente en el caso de la metanfetamina, que puede dañar o destruir terminales nerviosas dopaminérgicas y serotoninérgicas, resultando en déficits cognitivos y motores a largo plazo.

4. Patrones y Vías de Abuso

El patrón de abuso de anfetaminas varía significativamente dependiendo del tipo de droga, su pureza y la vía de administración elegida. Inicialmente, el abuso puede comenzar con el uso oral de medicamentos recetados desviados (como Adderall o Ritalin), utilizados por estudiantes o profesionales para mejorar el rendimiento cognitivo o prolongar la vigilia. Sin embargo, a medida que la tolerancia se desarrolla, los usuarios a menudo escalan a vías de administración más rápidas y potentes para lograr un "subidón" más intenso.

Las vías de administración más comunes en el abuso severo incluyen la inhalación (snorting), la inyección intravenosa y el fumar. La **inyección intravenosa** proporciona la entrada más rápida al cerebro, produciendo un "flash" o euforia instantánea, pero conlleva el riesgo más alto de sobredosis, infecciones sanguíneas (VIH, Hepatitis C) y daño vascular. Fumar metanfetamina cristalina (conocida como "crystal meth") también permite una absorción rápida y una euforia intensa, pero está fuertemente asociado con problemas respiratorios crónicos y un patrón de consumo compulsivo.

Un patrón característico del abuso de estimulantes es el fenómeno conocido como "binge and crash" o "**carrera**" (run). Durante una carrera, el usuario consume la droga repetidamente durante varios días, a menudo sin dormir ni comer, para mantener los efectos estimulantes. Esta fase culmina en un "crash" severo, caracterizado por una fatiga extrema, disforia, depresión profunda y, a menudo, psicosis. Este ciclo de euforia extrema seguida de agotamiento y depresión refuerza la necesidad de volver a consumir la droga para aliviar el malestar del "crash", consolidando el ciclo adictivo de manera muy rápida.

5. Consecuencias Físicas y Psicológicas a Largo Plazo

El abuso crónico de anfetaminas impone una carga devastadora en casi todos los sistemas orgánicos del cuerpo. A nivel cardiovascular, la estimulación continua del sistema nervioso simpático provoca hipertensión, taquicardia, arritmias y, en casos agudos, vasoespasmos

coronarios que pueden resultar en infarto de miocardio, incluso en usuarios jóvenes. Además, el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico se incrementa significativamente debido a la elevación extrema de la presión arterial durante los períodos de consumo.

Otras consecuencias físicas incluyen la malnutrición severa y la pérdida de peso debido a la supresión crónica del apetito. Un signo visible y distintivo del abuso de metanfetamina es la "**boca de metanfetamina**" (meth mouth), que se caracteriza por una caries dental extensa y rápida, atribuida a la combinación de bruxismo inducido por la droga, sequedad bucal severa (xerostomía) y una higiene dental deficiente durante los períodos de consumo prolongado. Las infecciones cutáneas y los abscesos son comunes en usuarios que se inyectan, y la hipertermia (aumento peligroso de la temperatura corporal) es un riesgo grave asociado a la sobredosis aguda.

Las secuelas psicológicas son igualmente graves. El abuso crónico se asocia con el desarrollo de la **psicosis anfetamínica**, un estado indistinguible de la esquizofrenia paranoide, que incluye delirios de persecución, alucinaciones auditivas y visuales, y paranoia intensa. Aunque esta psicosis es a menudo reversible tras la desintoxicación, los episodios recurrentes pueden dejar secuelas permanentes. La depresión, la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo son extremadamente prevalentes durante el síndrome de abstinencia y persisten a menudo en la recuperación temprana, dificultando la adherencia al tratamiento.

Finalmente, la neurotoxicidad mencionada en la sección farmacológica se traduce en déficits cognitivos duraderos. Los usuarios crónicos a menudo muestran deterioro en funciones ejecutivas, como la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la atención sostenida. Este daño cerebral estructural y funcional puede afectar gravemente la capacidad del individuo para reintegrarse social y laboralmente, perpetuando el ciclo de vulnerabilidad.

6. Impacto Sociocultural y Económico

El abuso de anfetaminas, particularmente el de metanfetamina, genera un impacto socioeconómico y de salud pública masivo. Desde una perspectiva de salud, los costos se acumulan debido a la necesidad de servicios de emergencia para tratar sobredosis, el manejo de complicaciones médicas crónicas (cardiopatías, VIH/Hepatitis C), y la provisión de tratamientos de salud mental a largo plazo para la psicosis y la depresión inducidas. Las tasas de hospitalización psiquiátrica son significativamente más altas entre los usuarios de anfetaminas en comparación con la población general.

A nivel social, el abuso está intrínsecamente ligado al aumento de la criminalidad. La paranoia y la agitación asociadas a los estados de intoxicación pueden llevar a comportamientos violentos. Además, el alto costo de mantener el hábito a menudo obliga a los adictos a participar en actividades delictivas (robo, tráfico de drogas) para financiar su consumo. La desintegración familiar es una consecuencia común, con altas tasas de negligencia infantil y la pérdida de la

custodia de los hijos, lo que perpetúa ciclos intergeneracionales de disfunción social y adicción.

El impacto económico se extiende a la pérdida de productividad laboral y al aumento de la carga sobre los sistemas de justicia penal. Los usuarios crónicos experimentan tasas elevadas de desempleo y absentismo. Además, la fabricación ilegal de metanfetamina a través de laboratorios clandestinos (aunque su prevalencia ha disminuido con la regulación de precursores) representa un riesgo medioambiental y de seguridad pública significativo, requiriendo costosas operaciones de limpieza y mitigación de sustancias químicas tóxicas. La estigmatización del usuario de metanfetamina, a menudo representado como violento o irrecuperable, añade una barrera social adicional a la búsqueda de ayuda y tratamiento.

7. Tratamiento y Estrategias de Prevención

El tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes es complejo y multifacético, generalmente requiriendo un enfoque integral que aborde tanto la desintoxicación aguda como la rehabilitación conductual a largo plazo. La fase inicial de desintoxicación se enfoca en el manejo de los síntomas de abstinencia, que, aunque raramente son potencialmente mortales (a diferencia de la abstinencia de alcohol o benzodiazepinas), son extremadamente incómodos, incluyendo depresión severa, fatiga extrema, anhedonia e ideación suicida, lo que a menudo requiere hospitalización psiquiátrica.

Actualmente, no existe un medicamento aprobado por la [Administración de Alimentos y Medicamentos](#) (FDA) de EE. UU. específicamente para el tratamiento de la dependencia de anfetaminas. Los tratamientos farmacológicos se limitan a abordar las comorbilidades psiquiátricas subyacentes (como la depresión o la ansiedad) o a la exploración de terapias de sustitución, utilizando otros estimulantes de liberación lenta (como el bupropión o la metilfenidato) para reducir los antojos, aunque la evidencia de su eficacia a largo plazo es mixta.

Por lo tanto, el pilar del tratamiento reside en las **terapias conductuales**. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ayuda a los pacientes a identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales y a desarrollar habilidades de afrontamiento para manejar los desencadenantes y prevenir las recaídas. La **Gestión de Contingencias** (Contingency Management o CM) ha demostrado ser particularmente efectiva, utilizando incentivos tangibles (como vales o pequeños premios) para reforzar el comportamiento de abstinencia, demostrado mediante pruebas de orina negativas para la droga. Además, los programas de apoyo de 12 pasos y los grupos de pares ofrecen apoyo social crucial para la recuperación sostenida.

Las estrategias de prevención primaria se centran en la educación pública sobre los riesgos de los estimulantes y la regulación estricta de los precursores químicos. La prevención secundaria y terciaria se enfoca en la detección temprana en entornos médicos y escolares, y en la reducción de daños (harm reduction) para usuarios activos, incluyendo la provisión de agujas limpias y la

educación sobre prácticas de inyección seguras para mitigar la propagación de enfermedades infecciosas.

8. Debates y Desafíos Regulatorios

Uno de los principales debates en torno a las anfetaminas gira en torno a la tensión entre su uso terapéutico legítimo y el potencial de abuso. Fármacos como la dextroanfetamina y el metilfenidato son tratamientos esenciales y altamente efectivos para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia. Sin embargo, su estricta clasificación como sustancias controladas refleja el riesgo inherente de **desvío farmacéutico**, donde las recetas se venden o se comparten ilegalmente para uso recreativo o mejora del rendimiento cognitivo no médico.

El desafío regulatorio se centra en cómo garantizar el acceso a los pacientes que legítimamente necesitan estos medicamentos sin facilitar su desvío. Esto ha llevado a la implementación de programas de seguimiento de recetas y bases de datos de medicamentos controlados (PDMPs) para monitorear a los pacientes y a los prescriptores en busca de patrones de uso sospechosos. No obstante, la sobre-regulación puede, paradójicamente, obstaculizar el tratamiento adecuado para pacientes con TDAH legítimo.

Otro debate significativo concierne a la política de drogas. Mientras que algunos abogan por un enfoque de estricta aplicación de la ley y criminalización para reducir la oferta, muchos expertos en salud pública sostienen que el abuso de anfetaminas debe tratarse fundamentalmente como un problema de salud, priorizando la inversión en tratamiento, rehabilitación y reducción de daños, en lugar de la encarcelación. Este cambio de paradigma busca reducir el estigma y facilitar que los individuos busquen ayuda sin temor a repercusiones legales.

Further Reading (Lecturas Adicionales)

[Anfetamina - Wikipedia](#)

[National Institute on Drug Abuse \(NIDA\) - Methamphetamine Research Report](#)

[Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\) - Estimulantes](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\) - Léxico de Términos de Alcohol y Drogas](#)