

**DROGAS. SABER + ARRIESGAR-**

**DROGAS**

**SABER +**

**ARRIESGAR -**



**LA GUÍA DE LA JUVENTUD EUROPEA**

**DROGAS**

**SABER +**

**ARRIESGAR -**

## **SABER MÁS DE LAS DROGAS PARA CORRER MENOS RIESGOS**

El consumo de drogas es una conducta practicada por la humanidad desde tiempos inmemoriales. Sin embargo, nunca se habían conocido consumos tan frecuentes como los actuales. Ni habían sido realizados por adolescentes, en plena etapa de maduración. Ni siquiera los contextos del consumo y sus formas tienen nada que ver con estas tradiciones.

Ante la variedad de drogas existentes, las constantes presiones ejercidas para su consumo y la compleja problemática que se deriva de su utilización, sólo una persona informada puede tomar decisiones responsables y autónomas. Una persona que conozca las implicaciones de los diversos consumos y, tras sopesarlas concienzudamente, decida qué hacer.

Este es el objetivo de la Guía que tienes en las manos. Una Guía a disposición de la juventud europea, que pretende dotar a sus lectores de un saber más sólido respecto a las drogas que circulan en nuestra sociedad.

Confiamos en que resulte de utilidad.

# Índice

**Pág. 006** NO EXISTE UNA SOCIEDAD SIN DROGAS

**Pág. 010** USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

**010** DISTINTOS COMPORTAMIENTOS

**013** ¿QUÉ ES EL USO?

**015** ¿QUÉ ES EL ABUSO?

**017** ¿CUÁNDO COMIENZA LA DEPENDENCIA?

**019** EL POLICONSUMO: MULTIPLICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y DE LOS RIESGOS

**Pág. 020** CONOCER MEJOR LAS DROGAS:  
EFECTOS Y RIESGOS

**020** LOS EFECTOS DE LAS DROGAS SOBRE EL CEREBRO

**024** LOS EFECTOS DE LAS DIFERENTES SUSTANCIAS SOBRE EL CEREBRO

**Pág. 028** LAS PRINCIPALES DROGAS

**030** CANNABIS

**038** COCAÍNA

**044** ÉXTASIS Y OTRAS DROGAS DE MODA

**058** HEROÍNA

**070** ALCOHOL

**086** TABACO

**094** DOPAJE

**104** PSICOFÁRMACOS

**Pág. 118. ACTUAR, REACCIONAR, AYUDAR, RECIBIR AYUDA**

- 119 ADOLESCENCIA Y EXPERIMENTACIÓN**
- 120 EL PAPEL DEL ENTORNO**
- 122 DAR REFERENCIAS**
- 123 NO PREJUZGAR CONSUMOS**
- 124 ¿DÓNDE INFORMARSE?**
- 125 PREVENIR E INFORMAR**
- 126 LUGARES PARA HABLAR**
- 127 PARA HABLAR DE UN CONSUMO PROBLEMÁTICO Y RECIBIR AYUDA**
- 129 REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS**

**Pág. 130. INFORMACIÓN Y FUENTES DE LOS DATOS**

- 130 PARA SABER MÁS**
- 131 FUENTES DE LOS DATOS**

**Pág. 134. BIBLIOGRAFÍA**

**Pág. 136. GLOSARIO**

# No existe una sociedad sin drogas

## No existe una sociedad sin drogas

Hoy en día sabemos que todas las “drogas” o “sustancias psicoactivas” actúan sobre el cerebro de un modo similar, ya sean drogas ilícitas, alcohol, tabaco o psicofármacos. No se puede, sin embargo, negar que algunas de estas sustancias son más peligrosas que otras.

También sabemos que los hábitos de consumo de drogas han cambiado profundamente, sobre todo entre los más jóvenes: banalización de los derivados del cannabis, aumento de la frecuencia de embriagueces, estabilización del consumo de tabaco en niveles elevados, descenso del consumo de heroína, consolidación del consumo de drogas de síntesis, toma de conciencia sobre los riesgos asociados a la práctica del dopaje, recurso elevado a psicofármacos, y, sobre todo, combinación de varias sustancias lícitas y/o ilícitas.

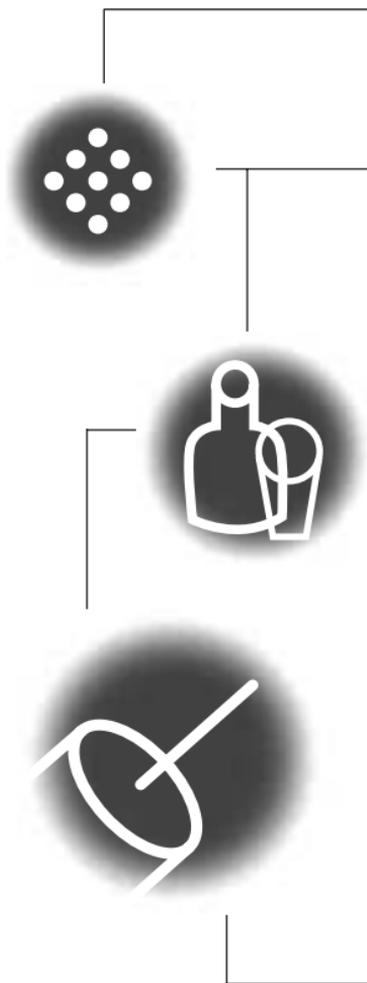
**Hoy sabemos, en fin, que para valorar los riesgos de una situación, los comportamientos y los contextos en los que se realiza el consumo son al menos tan determinantes como las propias sustancias.**

## ¿Por qué es necesario informar?

La política de acción ante las drogas ha sido objeto, desde hace años, de debates ideológicos apasionados. Por otra parte, la información ofrecida al público se ha basado a menudo en mensajes contradictorios e inexactos.

Esta situación ha reforzado los malentendidos, las inquietudes y los miedos, pero sobre todo el sentimiento de impotencia ante los consumidores de drogas. Ha alentado actitudes desmedidas, oscilando entre la indiferencia y el dramatismo.

También es cierto que durante mucho tiempo los conocimientos fueron escasos. Aunque desde hace algunos años disponemos de datos científicos mucho más fiables y abundantes, no siempre han sido puestos a disposición de las personas implicadas. Una situación tanto más preocupante en la medida en que los datos evolucionan con gran rapidez. Por ejemplo, la aparición regular de nuevas drogas exige una actualización permanente de la información.



## ¿Por qué un libro sobre drogas?

La publicación de este libro tiene varios objetivos.

En primer lugar, trata de ofrecer la información actualmente disponible sobre las drogas y la dependencia. Para garantizar la objetividad y la fiabilidad de esta información, se basa en los estudios científicos más recientes y en la experiencia de numerosos especialistas.

**Este libro presenta información sobre las sustancias y sus efectos, pero también sobre los factores de riesgo (aquellos que favorecen su consumo) y sobre los factores de protección (aquellos que lo hacen menos probable).**

Ofrece datos e informaciones útiles sobre los aspectos legales, así como diversas direcciones de interés. Es un objetivo ambicioso, porque sabemos hasta qué punto es difícil transmitir, de manera exacta y comprensible, conocimientos científicamente complejos. Pero deseamos que responda adecuadamente a la demanda existente de informaciones objetivas.

**Queremos igualmente que ayude a iniciar un diálogo útil entre los jóvenes y las personas que les rodean, especialmente padres y madres.**

En efecto, de nada sirve aconsejar a las familias que hablen con sus hijos sobre las drogas si no disponen de los argumentos y los conocimientos necesarios para ello.

**A partir de este conocimiento podrán escuchar las necesidades de sus hijos, tomar conciencia de su vulnerabilidad y de la eventual gravedad de los riesgos que asumen. De esta forma estarán mejor preparados para desempeñar su papel educativo sin tener que recurrir a un especialista.**

No podemos olvidar, de todos modos, que la información, por buena que sea, no es suficiente por sí sola para modificar comportamientos.

No existe una sociedad sin drogas; nunca ha existido.

Tampoco existe una solución milagrosa a este fenómeno.

Pero existen respuestas eficaces que tratan de evitar consumos peligrosos y reducir los riesgos cuando tales consumos se producen.



**Sin poder contestar a todo, este libro permite a cada persona disponer de unas referencias adecuadas que le permitan reconocer la realidad en toda su complejidad, comprenderla y actuar ante la misma de manera inteligente.**



☒ drogas  
Pág. 138

## Distintos comportamientos

Los efectos y los riesgos del consumo de **drogas** ☒ o sustancias psicoactivas varían según las sustancias y el uso que se hace de las mismas.

Las razones que motivan el consumo difieren según la persona, y están ligadas a muy diversos factores, tales como su historia, su entorno familiar y social, etc.

El consumo de drogas puede producir placer o un alivio inmediato a una sensación de malestar:

- Se puede tomar una bebida alcohólica con intención de relajarse, para darse el placer de probar un buen vino, para sentirse mejor o para olvidar una experiencia dolorosa;
- Se puede consumir tabaco para imitar a los demás, por compartir un rato con los amigos o porque la dependencia no permite dejar de fumar;
- Se puede consumir éxtasis con el deseo de alcanzar sensaciones intensas, o de bailar sin freno;
- Se puede consumir de forma abusiva una sustancia para atenuar una sensación de malestar, tratar de olvidar un problema o una realidad considerada como insoportable...

La comunidad científica distingue tres tipos de comportamientos de consumo, independientemente de que la sustancia sea lícita o ilícita: **uso** ☒, **abuso o uso problemático** ☒ y **dependencia** ☒. Los riesgos derivados de estas tres formas de consumo son asimismo diferentes.

**No todos los consumos entrañan los mismos riesgos: éstos también dependen de la vulnerabilidad del consumidor, de la sustancia o sustancias, de la cantidad consumida, de la frecuencia y del contexto del consumo, etc.**



☒ uso

Pág. 13

☒ abuso o uso problemático

Pág. 15

☒ dependencia

Pág. 17

## ¿QUÉ ES UNA SUSTANCIA PSICOACTIVA?

Alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína..., son todas ellas sustancias psicoactivas, que actúan sobre el cerebro:

- Modifican la actividad mental, las sensaciones, los comportamientos. Su consumo entraña riesgos para la salud, y puede tener consecuencias sociales en la vida cotidiana de los consumidores y su entorno; este consumo puede, por otra parte, generar dependencia;
- Provocan efectos muy variados sobre el organismo, según las propiedades de cada droga, sus efectos y su toxicidad.

## TODAS LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ESTÁN SOMETIDAS A UN MARCO LEGAL

**El cannabis, la cocaína, el éxtasis, la heroína son sustancias ilícitas:** el Código Penal prohíbe y sanciona su producción, posesión y venta, dando así cumplimiento a los acuerdos internacionales vigentes; su uso en público está igualmente prohibido y sancionado por legislación administrativa específica.

**Los fármacos psicoactivos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, etc.) son productos lícitos:** son prescritos por un médico para tratar estados de ansiedad, problemas de sueño o de depresión; su producción y su uso están estrictamente controlados. No obstante, su uso inadecuado y la automedicación son frecuentes.

**El alcohol y el tabaco son productos lícitos:** se consumen libremente; su venta está autorizada y controlada, y su uso reglamentado.

## ¿Qué es el uso?

---

**Por uso entendemos aquella modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad, o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no son probables consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o sobre su entorno.**

Esta es la situación más habitual entre los adolescentes y los jóvenes que experimentan con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. En la mayoría de las ocasiones su consumo no llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo de mayor riesgo. Se trata de consumos ocasionales y moderados, como los realizados por una gran mayoría de consumidores de alcohol. Evidentemente, consumos esporádicos pueden ocasionar reacciones de intoxicación aguda grave, aunque no sea lo más frecuente.

Los datos de consumo juvenil de drogas legales y cannabis (hachís y marihuana), indican que prácticamente la mitad de los jóvenes se ha iniciado en el consumo de estas sustancias, una proporción superior a la de generaciones anteriores.



En el caso del alcohol, la proporción de consumidores habituales destaca respecto al resto de sustancias. El consumo está ampliamente extendido entre la población, sobre todo en Europa, con niveles de consumo superiores al cincuenta por ciento de los jóvenes con una edad superior a los 15 años

En el caso del tabaco, el inicio en el consumo, variable entre regiones y países, puede llegar a afectar a dos de cada cinco jóvenes, convirtiéndose en una pauta habitual en aproximadamente uno de cada tres.

Más de las tres cuartas partes de los iniciados en el consumo de alcohol devienen en consumidores habituales, y dos tercios de los iniciados en el consumo de tabaco, en fumadores habituales.

En el caso del cannabis, alrededor de la mitad de quienes se inician en su consumo terminan siendo consumidores habituales de hachís o marihuana.

## ¿Qué es el abuso?

**Se entiende por abuso de drogas su uso inadecuado, susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución de la persona o de su entorno.**

Esta forma de consumo no se refiere únicamente a la cantidad consumida de una sola vez, ni a la repetición de un consumo moderado y controlado de ciertas sustancias.

Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud y con las consecuencias sociales del consumo.

Se trata de un concepto ambiguo, porque se relaciona estrechamente con las costumbres propias de cada cultura. Lo que una sociedad considera normativo en un momento de su historia puede parecer abusivo para otra o para la misma en un momento diferente.

### **Los riesgos para la salud (riesgos sanitarios):**

El consumo de drogas es nocivo cuando provoca el deterioro del estado físico del consumidor, agrava determinados trastornos, e incluso da lugar a muertes prematuras.



[○]

**2 tipos de  
abuso**

### **Los riesgos para la vida cotidiana (los riesgos sociales):**

El consumo de drogas es nocivo en situaciones en que puede acarrear daños para el consumidor y para quienes le rodean.

### **SEÑALES EXTERNAS DEL ABUSO**

**Hablamos de abuso cuando se dan las siguientes circunstancias:**

- La utilización de una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos: por ejemplo, al provocar una pérdida de concentración en la conducción de automóviles, motocicletas, maquinaria pesada, etc.;
- Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia, relacionadas con el consumo de una sustancia (actos violentos o accidentes bajo los efectos de las drogas...);
- La agravación de problemas personales o sociales causados o intensificados por los efectos de una sustancia sobre la conducta (deterioro de las relaciones familiares, problemas económicos...);
- Dificultades y/o incapacidad para cumplir las obligaciones en la vida profesional, la escuela, la familia (ausencias repetidas, déficit de rendimiento en el trabajo, malos resultados, absentismo escolar, exclusión, abandono de responsabilidades...);
- Incapacidad para prescindir de las drogas durante varios días;
- Peligrosidad para la salud y el equilibrio de los demás (los riesgos que puede provocar una mujer embarazada sobre el desarrollo del feto).

## ¿Cuándo comienza la dependencia?

**Hablamos de dependencia en aquellos casos en los que, tras un periodo de consumo variable en función de la sustancia, se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad.**

La vida cotidiana gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia; es entonces cuando puede decirse que una persona es drogodependiente.

Existen dos tipos de dependencia, asociadas o no, que se caracterizan por síntomas generales:

- La imposibilidad de resistirse a la necesidad de consumir;
- El crecimiento de una tensión interna, de una ansiedad ante el consumo habitual;
- El alivio experimentado cuando se produce el consumo;
- El sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo.



[○]

**2 tipos de  
dependencia**

## LA DEPENDENCIA PSÍQUICA

La privación de una droga de la que se es dependiente provoca una sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a la depresión. Una vez que cesa el consumo, el individuo puede tardar en adaptarse a una nueva vida sin la sustancia. Esta interrupción altera sus costumbres, deja un vacío y permite la reaparición del malestar que el consumo intentaba suprimir. Esto explica en gran medida las recaídas, que forman parte del lento proceso que permite consolidar una vida sin relación problemática con las drogas.

## LA DEPENDENCIA FÍSICA

Algunas drogas provocan dependencia física: el organismo reclama la sustancia mediante la aparición de síntomas físicos que traducen un **estado de carencia** (pág. 136)

La privación de algunas drogas tales como los opiáceos, el tabaco, el alcohol y ciertos **psicofármacos** (pág. 104) genera un malestar físico que varía según la sustancia de la que se trate: dolores con los opiáceos, temblores con el alcohol, convulsiones con los barbitúricos y las **benzodiacepinas** (pág. 107), etc. Estos síntomas pueden ir acompañados de alteraciones psicológicas (ansiedad, irritabilidad, angustia, agitación...)

Cuando un individuo dependiente de una droga suspende de manera brusca o progresiva el consumo de la sustancia psicoactiva de la que depende, su organismo inicia un proceso de **desintoxicación** (pág. 137). Para liberar el organismo del deseo de la sustancia, sin que aparezcan los efectos físicos de la abstinencia, las personas drogodependientes pueden encontrar diversas formas de ayuda médica y psicológica. En los recursos asistenciales habilitados para ello, se les propondrá un tratamiento apropiado que incluirá la desintoxicación bajo supervisión médica o, en su caso, un tratamiento de sustitución. El seguimiento y la ayuda psicológica constituyen una ayuda necesaria para superar las dificultades de la privación. Generalmente, este apoyo favorece y refuerza los resultados.

## El policonsumo: multiplicación de las sustancias y de los riesgos

**El consumo de drogas puede complicarse cuando la misma persona consume varias sustancias.**

El consumo de una droga se asocia a menudo con el consumo de otras:

- > Alcohol y tabaco;
- > Cannabis, tabaco y alcohol;
- > Éxtasis y cannabis, ...

**El policonsumo puede manifestarse de dos formas diferentes:**

- *Uso regular de varias drogas en la vida cotidiana.*

Ejemplo: tabaco + alcohol + ansiolíticos, varias veces por semana.

- *Consumo de varias sustancias en un mismo momento.*

Ejemplo: cannabis, alcohol y tabaco en una misma noche.

**En ambos casos se habla de policonsumo. Los riesgos de esta forma de consumo no siempre son bien conocidos. Mezclados, los efectos de los productos pueden multiplicarse, entrañando riesgos mucho más graves para la salud.**

### NOTAS

Entre las pautas de policonsumo juvenil de drogas, destacan las siguientes:

1. Existe una correlación positiva entre el consumo de cannabis y el consumo de otras drogas ilícitas (cocaína, anfetaminas, heroína, etc.)
2. Asimismo, y en relación con el alcohol y tabaco, existe una correlación altamente positiva entre su consumo y el consumo de cannabis y otras drogas ilegales.



**2 tipos de policonsumo**

# Conocer mejor las drogas: efectos y riesgos



☒ sistema de recompensa  
Págs. 22-23

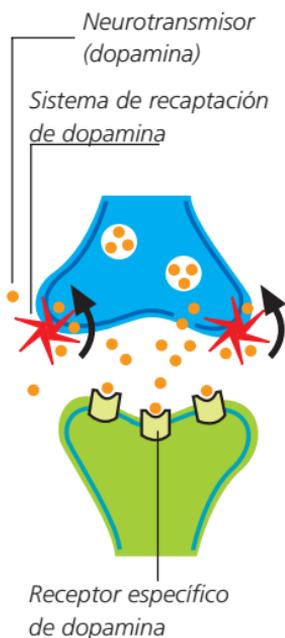
## Los efectos de las drogas sobre el cerebro

Cocaína, éxtasis, tabaco, alcohol, heroína, psicofármacos... Todas las drogas que pueden provocar dependencia tienen una característica común: **aumentan la cantidad de dopamina disponible en una determinada zona del cerebro: el llamado sistema de recompensa**☒.

Una droga cuya estructura molecular se parezca a una sustancia producida de forma natural por el organismo, puede ocupar su lugar en los receptores específicos que el cerebro tiene para tal sustancia.

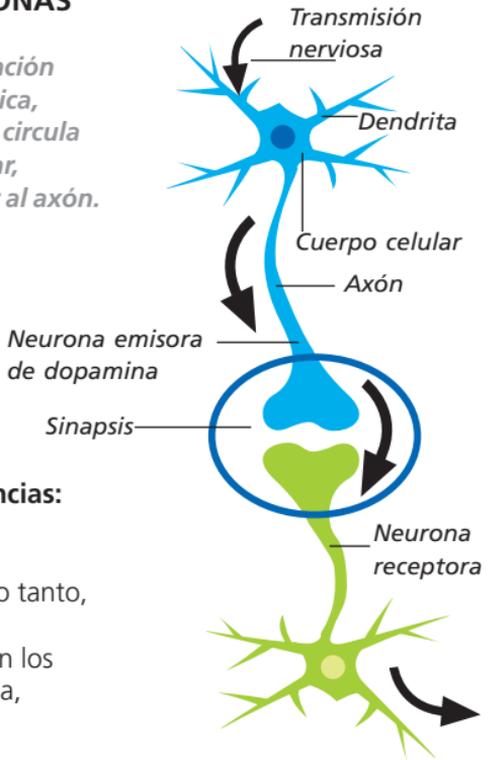
### SINAPSIS

*Para pasar de una neurona a otra, la transmisión nerviosa se transforma en mensajes químicos que toman la forma de una sustancia segregada por la neurona: el neurotransmisor. Existen distintos tipos de neurotransmisores*☒ (pág. 139): la dopamina, la serotonina, la acetilcolina... que se unen en el cerebro a receptores específicos. El neurotransmisor atraviesa el espacio situado entre dos neuronas, llamado sinapsis. En estos procesos, donde actúan las sustancias psicoactivas, provocando interferencias de diversa naturaleza.



## CONEXIÓN ENTRE DOS NEURONAS

*En el interior del cerebro la información circula en forma de actividad eléctrica, llamada transmisión nerviosa; ésta circula desde las dendritas al cuerpo celular, donde son tratadas, antes de pasar al axón.*



**Existen tres modos de actuación sobre los neurotransmisores, según la naturaleza de las sustancias:**

1 Algunas drogas imitan a los neurotransmisores naturales y, por lo tanto, los sustituyen en los receptores: la morfina, por ejemplo, se instala en los receptores de endorfina, y la nicotina, en los receptores de acetilcolina;

2 Otras aumentan la secreción de un neurotransmisor natural: la cocaína, por ejemplo, aumenta la presencia de dopamina en la sinapsis, y el éxtasis la de serotonina y dopamina;

3 Otras, en fin, bloquean un neurotransmisor natural: por ejemplo, el alcohol bloquea los receptores denominados NMDA.

# El cerebro humano, las regiones cerebrales y los circuitos neuronales

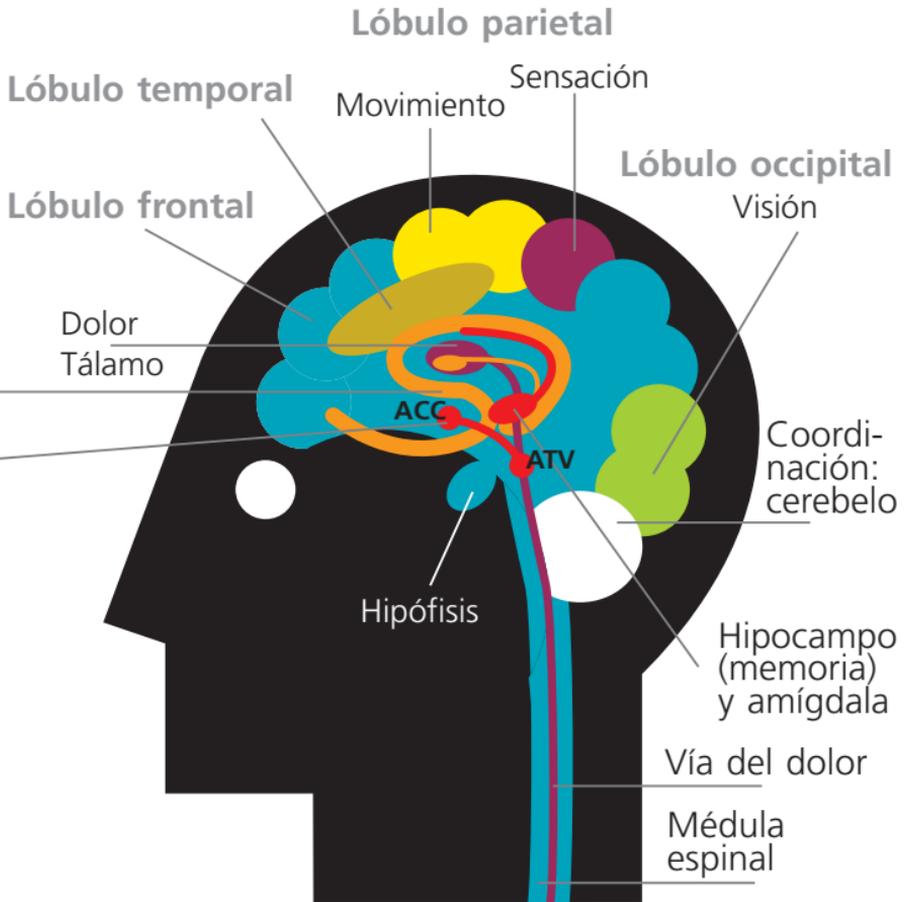
## SISTEMA DE RECOMPENSA

Pertenece también al sistema límbico; abarca el área tegmental ventral, es decir el mesencéfalo, que contiene neuronas de dopamina, y el núcleo caudado, donde se proyectan.

## SISTEMA LÍMBICO

El sistema límbico, o cerebro de las emociones, es el lugar donde nacen nuestras reacciones cerebrales más primarias, al igual que la mayoría de nuestros deseos y necesidades vitales, tales como alimentarse, reaccionar ante una agresión o reproducirse. Por ello, existen en el cerebro circuitos cuya función es premiar estas funciones vitales mediante una sensación agradable o de placer. Este sistema se compone, entre otros elementos, del hipotálamo, del hipocampo y de la amígdala.

# efectos



## Los efectos de las diferentes sustancias sobre el cerebro



**El alcohol** se une a numerosos receptores biológicos como los receptores de glutamato, GABA, serotonina, nicotínico. El alcohol está implicado en el aumento de la liberación de dopamina en el sistema mesocorticolímbico.



**La nicotina**, como todas las demás sustancias psicoactivas que generan dependencia, aumenta la liberación de dopamina por parte de ciertas neuronas. La nicotina imita la acción de un neurotransmisor natural, la acetilcolina. Se une a los receptores nicotínicos del cerebro. La nicotina facilita además la liberación de endorfinas, lo que explicaría en parte su efecto analgésico (contra el dolor).

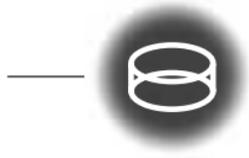


**El cannabis** produce una leve liberación de dopamina, según un mecanismo todavía en estudio. Los receptores cannabinoides están presentes en gran densidad en el sistema límbico (en el núcleo caudado, en el cerebelo, hipocampo y en el córtex).

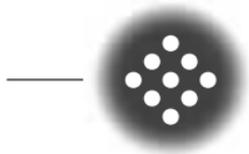
**Las anfetaminas** y sus derivados provocan incrementos importantes e inmediatos de serotonina en la sinapsis, así como de dopamina, seguidos de un agotamiento de las reservas de estos neurotransmisores.



**El éxtasis** aumenta la presencia de serotonina en la sinapsis, bloqueando su recaptación. En menor medida, aumenta también la presencia de dopamina.



**La cocaína** actúa impidiendo la recaptación de dopamina en las sinapsis. De este modo, aumenta la presencia y, por lo tanto, el efecto de la dopamina en la sinapsis del cerebro emocional (sistema límbico).



**La heroína**, al llegar al cerebro, se transforma en morfina. Esta se une a los receptores naturales de opio (receptores de endorfinas). Estimula así mismo al sistema de dopamina, pero indirectamente, disminuyendo el control de las neuronas GABA sobre las neuronas de dopamina.



Un gran número de **antidepresivos** actúan directa o indirectamente sobre la liberación de dopamina.





☒ sistema de  
recompensa  
Pág. 22

**Las sustancias psicoactivas que entrañan un riesgo de dependencia, actúan sobre un circuito del cerebro cuya función es favorecer las funciones vitales (sistema de recompensa☒).**

Este sistema está implicado en la recompensa (placer cerebral) de los comportamientos relacionados con la alimentación y la reproducción de la especie. Las drogas activan anormalmente este circuito natural, generando a largo plazo la posibilidad de su desequilibrio permanente.

**La toxicidad potencial de las sustancias psicoactivas, como la de todo medicamento, está relacionada con la cantidad consumida, y es variable de un producto a otro.** Por lo tanto, cuanto más se consuma un producto a dosis tóxicas, más se sufren sus consecuencias. Por el contrario, cuanto menos se consuma un producto, o en la medida en que se consuma en dosis no tóxicas, menores serán las consecuencias.



## historia

### DE LAS DROGAS A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El uso de buena parte de las sustancias que llamamos drogas no es reciente. En Asia, las hojas de cannabis se utilizan con fines terapéuticos desde hace miles de años.

El alcohol aparece en la Antigüedad. La medicina griega de la Antigüedad utilizaba el opio y ya advertía de sus peligros.

En los siglos XVI y XVII, se usaba el tabaco para curar heridas. En el siglo XIX, los cirujanos empleaban cocaína.

Utilizados para cuidar y curar, estos productos (cuyo uso varía según las tradiciones y las culturas) también se utilizaban en ceremonias sagradas, en fiestas, con la intención de modificar el estado de conciencia y de intensificar las relaciones entre las personas. En otros tiempos, la palabra droga hacía referencia a un “medicamento”, un preparado del boticario (el farmacéutico de entonces) utilizado para aliviar al enfermo de diversas dolencias. Después, ha sido utilizada para denominar las sustancias psicoactivas, sobre todo las ilegales.

**Hoy en día, para nombrar al conjunto de estos productos que actúan sobre el cerebro, modificando su funcionamiento habitual, sea su uso legal o ilícito, se emplea el término “droga” o “sustancia psicoactiva”.**

# Las principales drogas

## Pág. CANNABIS 030

- 030 ¿QUÉ ES EL CANNABIS?
- 031 ASPECTO
- 032 EFECTOS Y RIESGOS
- 034 CANNABIS Y DEPENDENCIA
- 036 TENDENCIAS EN EL CONSUMO

## Pág. COCAÍNA 038

- 038 ¿QUE ES LA COCAÍNA?, ¿QUÉ ASPECTO TIENE?
- 039 EFECTOS Y RIESGOS
- 042 COCAÍNA Y DEPENDENCIA
- 042 TENDENCIAS EN EL CONSUMO

## Pág. ÉXTASIS Y OTRAS DROGAS DE MODA 044

- 044 ¿QUÉ ES EL ÉXTASIS?
- 045 ASPECTO
- 046 EFECTOS Y RIESGOS
- 048 ÉXTASIS Y DEPENDENCIA
- 050 LSD
- 051 ANFETAMINAS O SPEED
- 052 POPPERS
- 053 GHB
- 054 KETAMINA O ESPECIAL K
- 055 ÓXIDO NITROSO
- 057 TENDENCIAS EN EL CONSUMO

## Pág. HEROÍNA 058

- 058 ¿QUÉ ES LA HEROÍNA?
- 058 ASPECTO
- 058 EFECTOS Y RIESGOS
- 062 HEROÍNA Y DEPENDENCIA
- 064 TENDENCIAS EN EL CONSUMO

**Pág. LA LEY**  
**066**

**Pág. ALCOHOL**  
**070**

- 070** ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?
- 071** EFECTOS Y RIESGOS
- 073** CONSEJOS PARA UN USO QUE MINIMICE EL RIESGO
- 076** ALCOHOL Y DEPENDENCIA
- 080** TENDENCIAS EN EL CONSUMO
- 082** CUESTIONES LEGALES

**Pág. TABACO**  
**086**

- 086** ¿QUÉ ES EL TABACO?
- 086** EFECTOS Y RIESGOS
- 088** TABACO Y DEPENDENCIA
- 091** TENDENCIAS EN EL CONSUMO
- 092** CUESTIONES LEGALES

**Pág. DOPAJE**  
**094**

- 094** ¿QUÉ ES EL DOPAJE?
- 094** EL DOPAJE NO ES UN JUEGO
- 096** EL DEPORTE Y LAS SUSTANCIAS DE DOPAJE
- 099** EFECTOS Y RIESGOS DE LOS PRODUCTOS DOPANTES  
CON CAPACIDAD DE GENERAR DEPENDENCIA
- 101** TENDENCIAS EN EL CONSUMO
- 102** CUESTIONES LEGALES

**Pág. PSICOFÁRMACOS**  
**104**

- 104** ¿QUÉ ES UN PSICOFÁRMACO?
- 105** EFECTOS Y RIESGOS
- 111** PSICOFÁRMACOS Y DEPENDENCIA
- 115** TENDENCIAS EN EL CONSUMO
- 116** CUESTIONES LEGALES

# CANNABIS

Cada vez más extendido, el consumo de cannabis afecta tanto a los jóvenes como a los menos jóvenes. ¿Cuáles son sus verdaderos riesgos?



El “porro” de hachís o marihuana es la principal droga ilícita consumida en nuestra sociedad. Hasta tal punto está extendido su consumo que es vivido por determinados colectivos con una apariencia de legalidad. Existe, por otra parte, una notable confusión respecto a sus riesgos reales.

## ¿Qué es el cannabis?

La “Cannabis sativa” es la planta con cuya resina, hojas y flores, se elaboran las sustancias psicoactivas más utilizadas en todo el mundo entre las drogas ilegales: el hachís y la marihuana.

El principio activo del cannabis responsable de sus efectos psicoactivos es el **THC (tetrahidrocannabinol)**, incluido en la lista de sustancias controladas.

Su concentración varía según cuáles sean los preparados y el origen del producto.

# Ca



El cannabis se presenta de tres formas: hachís, marihuana y aceite.

## Aspecto

### > Hachís

Resina de la planta que se obtiene raspando las hojas y añadiéndole el polvo que proviene de las plantas una vez secas. Se presenta en forma de placas comprimidas, barritas de color verde, marrón o amarillas según su zona de producción. Se fuma habitualmente mezclándolo con tabaco: es lo que se conoce como "porro". El hachís suele cortarse con otras sustancias más o menos tóxicas como la henna, la parafina, el betún...

### > Marihuana

Hojas, tallos y flores, una vez secas. Se fuma habitualmente mezclándolo con tabaco, liado como un cigarrillo de forma cónica (llamado "porro", "peta", "canuto"...), al igual que el hachís.

### > Aceite

Preparado con mayor concentración del principio activo, se consume generalmente en pipa. Actualmente, su consumo está en desuso.



**el cannabis  
es una droga  
ilícita**



☒ Pág. 66

## Efectos y riesgos

Los efectos que produce el consumo de cannabis son variables: leve euforia, acompañada de un sentimiento de sosiego y de ganas espontáneas de reír, y ligera somnolencia. Los usuarios lo consumen generalmente por el placer y la relajación que les produce.

Dosis fuertes dificultan el desempeño de tareas complejas, perturban la percepción del tiempo, la percepción visual y la memoria inmediata, generando una sensación de letargo.



**Estos efectos pueden ser peligrosos si se conduce un vehículo a motor, o se maneja otro tipo de maquinaria.**

Las principales consecuencias físicas que el consumo de cannabis puede provocar, según las características del individuo, la cantidad consumida y la composición del producto, son:

- Aumento del ritmo cardíaco (palpitaciones)
- Disminución de la segregación de saliva (boca seca)
- Dilatación de los vasos sanguíneos (ojos enrojecidos)
- A veces, sensación de náuseas.

Aunque los efectos nocivos del cannabis sobre la salud son, en general, menos importantes que los de otras sustancias psicoactivas, el aparato respiratorio se expone a los riesgos del tabaco (nicotina y alquitranes tóxicos), ya que el *porro* se compone de una mezcla de tabaco y de cannabis. Los riesgos respiratorios se ven aumentados en ciertas condiciones de inhalación (pipas de agua).

**Aunque los consumidores y la población general no suelen ser conscientes de ello, pueden provocar algunos efectos indeseables que evidencian un uso problemático:**

- Dificultades de concentración, dificultades escolares...;
- Dependencia psíquica, a veces constatada tras un consumo regular y frecuente: preocupaciones centradas en obtener el producto;
- Riesgos sociales para el usuario y su entorno relacionados con los contactos con los circuitos ilícitos para obtener la sustancia;
- En el caso de algunas personas más vulnerables, el cannabis puede desencadenar alucinaciones o modificaciones de la percepción y de la conciencia de sí mismas: desdoblamiento de la personalidad, sentimiento de persecución, etc. Estos efectos pueden dar lugar a una ansiedad aguda.



El abuso del cannabis puede favorecer la aparición de trastornos psíquicos.

## Cannabis y dependencia

---

**El uso reiterado y el abuso de cannabis provocan una dependencia psíquica mediana o fuerte según los individuos.**

Por el contrario, los expertos están de acuerdo en considerar que el riesgo de dependencia física es mínimo.

En todo caso, el uso regular, frecuentemente revelador de problemas, es preocupante, sobre todo cuando se trata de consumidores muy jóvenes.



## historia

### **ORIGINARIO DE LAS ESTRIBACIONES DEL HIMALAYA, EL CANNABIS HA SIDO UTILIZADO POR EL SER HUMANO DESDE HACE MILENIOS**

Cultivado por la utilidad de sus fibras para la fabricación de cuerdas y de tejidos, su resina era utilizada como un medicamento para aliviar los espasmos, los trastornos del sueño y el dolor.

Introducido en Europa a principios del siglo XIX por los soldados de Napoleón, y por médicos ingleses que regresaban de las Indias, el cannabis se utilizó en medicina para el tratamiento de migrañas, asma y epilepsia.

Actualmente, los científicos reconocen las propiedades terapéuticas del THC para combatir el dolor y los vómitos (antiemético) en determinados trastornos. En algunos Estados norteamericanos, así como en Gran Bretaña y en otros países europeos, se autoriza su prescripción a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, así como para mejorar el apetito en enfermos de sida.

## Tendencias en el consumo

---



El consumo juvenil de cannabis a escala mundial está aumentando. La extensión del consumo se incrementa entre los adolescentes y alcanza en la actualidad proporciones desconocidas, especialmente entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 20 años, entre los que se encuentra el mayor porcentaje de iniciados en el consumo.

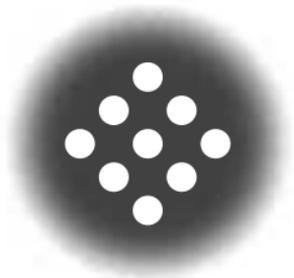
En esta tendencia ascendente, en nuestro país observamos que el inicio del consumo de cannabis llega a afectar prácticamente a uno de cada dos jóvenes. Cuando hablamos de consumo habitual, esta proporción pasa a ser de uno de cada tres jóvenes menores de treinta años.

Para algunos países de la Unión Europea, las encuestas han señalado un claro aumento del consumo de cannabis durante los últimos años, sobre todo entre los jóvenes. Sin embargo, con la entrada en el siglo XXI, esta tendencia parece haberse estabilizado o incluso disminuido, en algunos países como Irlanda, Países Bajos, Finlandia y Noruega.

De cualquier modo, el cannabis es la droga ilegal que más se consume en todo el mundo: entre el 3 y el 4 % de la población mundial de más de 15 años. El incremento es la tendencia general, salvo en algunos países asiáticos y suramericanos, en los que se han observado disminuciones en el consumo.

# COCAÍNA

Con la cocaína todo aumenta.  
Los riesgos también.



## ¿Qué es la cocaína? ¿Qué aspecto tiene?

**La cocaína es una droga psicoestimulante, que se presenta con el aspecto de un fino polvo blanco formado por microcristales.**

Es el resultado de la elaboración de las hojas de coca, previamente dejadas secar. Generalmente se aspira (la raya de coca es "esnifada" > **esnifar**); en ocasiones también se inyecta por vía intravenosa o se fuma.



**esnifar**  
Pág. 138

La cocaína es a menudo adulterada, cortada o mezclada con otras sustancias por los traficantes, lo que incrementa su riesgo y potencia los efectos y las interacciones entre productos cuya composición se desconoce.

# Co

La cocaína se extrae de las hojas de la coca.

## Efectos y riesgos

**El consumo de cocaína provoca una euforia inmediata, un sentimiento de capacidad intelectual y física aumentada, así como indiferencia al dolor y a la fatiga.**

Estos efectos pueden dar lugar posteriormente a un estado depresivo y de ansiedad que algunos consumidores intentarán calmar con una **dosis** de heroína o de psicofármacos tranquilizantes.

### **La cocaína provoca:**

→ **La contracción de los vasos sanguíneos.** Los tejidos, insuficientemente irrigados, se empobrecen y, como consecuencia, se produce su necrosis. Es lo que ocasiona, por ejemplo, la perforación del tabique nasal que padecen algunos consumidores habituales.



**la cocaína  
es una droga  
ilícita**

 **☒ Pág. 66**



**☒ dosis  
Pág. 137**



☒ **delirios  
paranoides**  
Pág. 138

→ **Trastornos del ritmo cardíaco.**

Pueden ser el origen de accidentes cardíacos, sobre todo en personas vulnerables y/o consumidores de fuertes cantidades de tabaco. Tanto el consumo de tabaco, como el de alcohol, tienden a aumentar cuando se toma cocaína.

→ **En algunas personas**, el consumo de cocaína puede provocar trastornos psíquicos, grandes cambios de humor, **delirios paranoides**☒ (sobre todo con el ruido) o ataques de pánico.

→ **Aumento de la actividad psíquica** y, como consecuencia, insomnio, amnesia y fases de excitación.

→ **Otra característica de la cocaína es que desinhibe al consumidor**, lo que favorece la comisión de actos violentos, agresiones sexuales, gastos compulsivos, etc. La sensación de omnipotencia ocasionada por la cocaína favorece la realización de actos insuficientemente meditados.

**Por otra parte, los materiales utilizados para “esnifar” pueden transmitir los virus de las hepatitis A, B y C, si se comparten entre varios consumidores. En caso de consumo inyectado, el material compartido puede transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), responsable del sida.**



## historia

### **ORIGINARIA DE LOS ANDES, LA COCA ES UN ARBUSTO CULTIVADO EN AMÉRICA DEL SUR, INDONESIA Y EL ESTE DE ÁFRICA**

En las sociedades precolombinas, la coca se usaba como planta medicinal, droga estimulante, objeto ritual y tasa impositiva.

En los países andinos, las hojas de coca se mastican durante horas. El aparato digestivo se anestesia y el consumidor deja de sentir hambre.

Algunos han visto en esta práctica la manera de protegerse contra el mal de altura.

A principios del siglo XVI, los españoles administraron este estimulante a los indígenas explotados en las minas.

En 1865, un químico austriaco descubre la fórmula básica de la cocaína; diez años más tarde, los derivados de la cocaína se utilizan como anestésico local. A partir de 1880, la cocaína se vuelve popular en los Estados Unidos. Se administra como tónico.

**DESDE LOS AÑOS 80, EL CONSUMO DE COCAÍNA SE HA IDO INCREMENTANDO, TANTO ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL COMO ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES.**



---

## Cocaína y dependencia

---

Tratándose de un potente estimulante, la cocaína provoca una dependencia psíquica considerable.

Es difícil parar un consumo agudo de cocaína, ya que el ansia por volver a tomarla es muy importante.

La calma, aun consumiendo una sustancia tranquilizante, es difícil de recuperar.

---

## Tendencias en el consumo

---



El uso indebido de cocaína a nivel mundial se estima por los organismos internacionales en tres de cada mil personas. Aproximadamente tres cuartas partes de este consumo se registran en América, y el resto tiene lugar en Europa. En la mayor parte de los países de Europa occidental la tendencia del consumo es ascendente.

En nuestro país, observamos cierta tendencia a la estabilización a pesar de que su consumo ya no se limita a ciertos ambientes sociales acomodados en los que parecía de uso exclusivo en otros tiempos.

Los niveles de consumo para esta sustancia son bastante inferiores a los observados para el caso del alcohol, tabaco y hachís. Sin embargo, se trata de la tercera droga ilegal más consumida por los jóvenes.

### DEMANDA ASISTENCIAL

A pesar de que las demandas de tratamiento por drogodependencias continúan siendo mayoritariamente por consumo de heroína, en los últimos años se detecta una tendencia ascendente en el número de demandas por consumo de cocaína. Respecto al total de demandas asistenciales existentes, el porcentaje de demandas motivadas por abuso de cocaína es cada vez mayor.

# ÉXTASIS y otras drogas de moda

¿Pastillas para ir de fiesta?  
Balance sobre unas sustancias  
cuyos riesgos han sido  
subestimados.



☒ **anfetaminas**  
Pág. 51



☒ **analgésicos**  
Pág. 136



☒ **raves**  
Pág. 140

## ¿Qué es el éxtasis?

El éxtasis es la denominación coloquial de una molécula química, el MDMA (3,4 metilendioxi metanfetamina) responsable de sus efectos psicoactivos.

La composición de una pastilla adquirida como éxtasis es generalmente dudosa; la molécula MDMA no siempre está presente, y puede aparecer mezclada con otras sustancias: **anfetaminas**☒, **analgésicos**☒ (sustancias que disminuyen o suprimen el dolor), alucinógenos, anabolizantes. (El éxtasis puede ser cortado igualmente con cafeína, almidón,...)

Pastilla vendida bajo  
el nombre de éxtasis.

Éx

El éxtasis pertenece a una serie  
de sustancias aparecidas  
con la evolución de la química:  
las drogas de síntesis.

## Aspecto

El éxtasis se presenta bajo la forma  
de pastillas y comprimidos de colores  
y formas diversas, decorados con un  
dibujo.

La aparición masiva de éxtasis se asocia al  
nacimiento del movimiento musical *techno*  
y a la organización de las **raves** ; hoy en  
día, estos productos se consumen en los  
lugares habituales de fiesta, tales como  
discotecas, bares, etc.

Desde la última década del pasado  
siglo veinte, se asiste en Europa al  
desarrollo del consumo del éxtasis.



el éxtasis  
es una droga  
ilícita

  Pág. 66



 raves parties  
Pág. 140

## Efectos y riesgos

---

**Los consumidores de éxtasis buscan la sensación de energía y la desinhibición (los bloqueos, las defensas y las prohibiciones se relajan bajo sus efectos). A la sensación de placer y de excitación se une un sentimiento de libertad en las relaciones con los demás.**

El éxtasis provoca, en primer lugar, una ligera ansiedad, aumento de la presión arterial, aceleración del ritmo cardíaco y contracción de los músculos de la mandíbula; la piel se humedece, la boca se seca. Aparece después una ligera euforia, una sensación de bienestar y de placer. Se acompaña de relajación, un mayor desarrollo de los sentidos y la sensación de comprender y aceptar a los demás (empatía).

El consumo de éxtasis provoca la deshidratación del organismo. De ahí la necesidad de mantener una hidratación adecuada, sobre todo si el consumidor se encuentra en un ambiente cargado (discotecas sin un adecuado sistema de aire acondicionado) y realiza un esfuerzo físico intenso (bailar sin freno durante horas).

A veces, tres o cuatro días después del consumo, el usuario siente vacíos que pueden provocar estados de ansiedad o de depresión que requieren una consulta médica.

Un consumo regular y frecuente provoca en algunas personas adelgazamiento y debilidad; el humor se vuelve inestable, llegando a provocar comportamientos agresivos. Esta forma de consumo puede revelar o provocar trastornos psíquicos serios y duraderos.

**En caso de asociación con otras sustancias, los riesgos se incrementan.**



Los riesgos parecen aumentar según la dosis consumida, la composición del producto y la vulnerabilidad del usuario. Las personas que siguen un tratamiento farmacológico se exponen a graves riesgos como consecuencia de las probables interacciones con los medicamentos, sobre todo con la aspirina, algunos medicamentos contra el VIH y algunos antidepresivos.

**El consumo de éxtasis es especialmente peligroso para personas que sufren trastornos del ritmo cardíaco, asma, epilepsia, problemas renales, diabetes, astenia (fatiga) y problemas psicológicos.**

Las investigaciones científicas sugieren una posible degeneración de las células nerviosas cuya reversibilidad se ignora, y que puede entrañar en un plazo imprevisible enfermedades degenerativas o trastornos responsables de una depresión.

## Éxtasis y dependencia



**En algunos usuarios, el éxtasis puede provocar dependencia psíquica.**

En lo que se refiere a la dependencia física, las estimaciones varían según los expertos.

## Las drogas de síntesis

El éxtasis pertenece a una nueva serie de sustancias que aparecen con la evolución de la química: **las drogas de síntesis. Son fabricadas por medio de síntesis en laboratorios químicos clandestinos.** Durante años, para evitar caer bajo el peso de la ley, estos traficantes crearon productos nuevos modificando ligeramente las moléculas psicoactivas.



### historia

**EL MDMA FUE SINTETIZADO POR LOS LABORATORIOS MERCK EN 1912. EL ÉXTASIS JAMÁS OBTUVO LA AUTORIZACIÓN PARA SER COMERCIALIZADO, COMO CONSECUENCIA DE SUS EFECTOS SECUNDARIOS**

En los años 70, el MDMA se utilizó puntualmente en psiquiatría en California, aunque esta práctica cayó pronto en desuso. A partir de 1970 en los Estados Unidos, y más recientemente en Europa, el MDMA se utiliza con fines recreativos, en fiestas y en **“rave parties”** (pág. 140).



## el LSD, un producto ilícito

  Pág. 66



 **paranoia**  
Pág. 140



## LSD

**El LSD o dietilamida del ácido lisérgico se obtiene a partir del cornezuelo del centeno (hongo parásito del centeno).**

Se presenta bajo la forma de un papel secante, de un "micropunto" (parecido a la punta de un lápiz) o de forma líquida. Un *tripi* o *ácido* contiene entre 50 y 400 microgramos de LSD.

El LSD es un alucinógeno potente. Provoca modificaciones sensoriales intensas, alucinaciones, ataques de risa incontrolables, delirios, etc. Estos efectos, con un impacto psicológico poderoso, varían según los individuos.

Los efectos de un "tripi" duran entre 5 y 12 horas, y a veces incluso más.

**La bajada puede ser muy desagradable; el usuario puede encontrarse en un estado de confusión acompañado de angustia, de crisis de pánico, de **paranoia**, de fobias, de delirios.**

**El uso de LSD puede provocar o desencadenar trastornos psiquiátricos graves y duraderos.**

## Anfetaminas o speed

Las **anfetaminas (speed, ice o cristal)** son sustancias psicoestimulantes muy potentes, con gran capacidad para inhibir el apetito y el sueño.

Se presentan bajo forma de pastillas para **comer** ☒ o de polvo para **esnifar** ☒ (págs. 142, 143). La mayoría de las veces se cortan con otros productos.

La asociación con el alcohol u otras sustancias psicoactivas como el éxtasis (MDMA), acentúa sus riesgos.

Al tratarse de estimulantes físicos, su consumo da la sensación de suprimir la fatiga y la ilusión de ser invencible.

Los efectos duran varias horas.

Su consumo **puede acarrear una alteración del estado general del organismo debido a la desnutrición y al continuo estado de alerta,**

**lo que produce un gran agotamiento, nerviosismo** y, a veces, trastornos psíquicos (psicosis, **paranoia** ☒).

Podemos asistir a la aparición de problemas cutáneos (granos, acné).

**La bajada puede ser difícil,** provocar la contracción de las mandíbulas, crisis de angustia, estados depresivos y riesgo de suicidio.

**Estos productos resultan muy peligrosos en casos de depresión,** de problemas cardiovasculares y de epilepsia.



**anfetaminas,  
un producto  
ilícito**

salvo en caso de  
prescripción médica

 ☒ Pág. 66



☒ **comer**  
Pág. 137



☒ **esnifar**  
Pág. 138



## Los poppers

La venta al público de *poppers* que contienen nitritos de amilo, butilo y de pentilo está prohibida.

## Poppers

Los *poppers* son sustancias vasodilatadoras utilizadas en medicina para tratar ciertas enfermedades cardíacas.

Esnifados con fines no médicos, sus efectos son prácticamente inmediatos: un breve sofoco vertiginoso y estimulante. El usuario tiene una sensación de calor interno y su sensualidad se exagera. Este efecto dura alrededor de dos minutos.

El consumo de *poppers* produce la aparición de placas rojizas en la piel, provoca **vértigos, dolores de cabeza, que pueden ser muy intensos pero de corta duración**, y aumenta la presión interna del ojo.

**En fuertes dosis, los *poppers* pueden crear una depresión respiratoria, así como dañar el tabique nasal.**

**Su consumo regular provoca anemias graves** (cansancio debido a la incapacidad de los glóbulos rojos para fijar el oxígeno), problemas pasajeros de erección, enrojecimiento e hinchazón de la cara, costras amarillentas alrededor de la nariz y de los labios. Concentrados, provocan mareos violentos.

**En asociación con otras sustancias psicoactivas o con medicamentos, estos riesgos se incrementan.**

## GHB

**La Gamma OH es conocida bajo distintos nombres, de los cuales los más corrientes son el "GHB", "GHB2", Éxtasis Líquido...** Se vende en forma de polvo o en gránulos que se disuelven en agua.

Se utiliza en anestesia y más particularmente en obstetricia. Desde principios de los noventa, se utiliza como droga con fines no médicos.

Su uso se ha vuelto recreativo y, en ocasiones, se ha visto asociado a ciertas conductas criminales, de donde procede su denominación "date rape drug" (droga de la violación) a causa de las propiedades de la molécula: amnesia, estado similar a la embriaguez, periodos de acción muy cortos.

**Se han dado casos de coma, en particular cuando ha habido una ingesta simultánea de alcohol.**



**el GHB,  
una sustancia  
ilícita**

  Pág. 66



## Ketamina o especial K

**La ketamina provoca efectos alucinógenos y posee propiedades anestésicas y analgésicas.**

Vendida en forma de comprimidos bajo la etiqueta de "éxtasis", muchas veces se asocia a otras sustancias o medicamentos tales como la efedrina.

Conocida bajo los nombres de: KET, KETTY..., se esnifa por sus efectos alucinógenos en las concentraciones festivas.

La utilización de ketamina es peligrosa a causa de los efectos que produce, entre los que podemos citar:

→ **Pérdida del conocimiento** acompañada por vómitos y riesgos de asfixia por encharcamiento pulmonar al aspirar los vómitos;

→ **Trastornos psíquicos** (ansiedad, ataques de pánico), trastornos neurológicos (parálisis temporales);

→ **Trastornos digestivos** (nauseas, vómitos).

**En caso de sobredosis, existe riesgo de parada respiratoria y de fallo cardíaco.**



## Óxido nitroso o gas hilarante

El óxido nitroso es un gas utilizado en la industria como gas de compresión para los aerosoles alimentarios, o propulsor de aire para la limpieza de piezas mecánicas.

También tiene aplicaciones médicas como anestésico en cirugía. El óxido nitroso es en algunos países objeto de usos recreativos en fiestas nocturnas.

Su consumo provoca modificaciones de la conciencia, euforia, distorsiones visuales y auditivas, efectos sedantes, vértigos, angustia, agitación, y trastornos digestivos (náuseas y vómitos).



Puede provocar riesgos para la salud inmediatos y a largo plazo:

→ **Riesgos inmediatos:** sus efectos, muy rápidos y fugaces, pueden incitar a realizar consumos repetidos, lo que expone al usuario a riesgos de asfixia por falta de oxígeno (sobre todo si el gas es puro) o de encharcamiento de los pulmones por aspiración de los vómitos. Los riesgos se incrementan cuando el óxido nitroso

se asocia con otras drogas (alcohol, cannabis, éxtasis...).

→ **Riesgos a largo plazo:** su utilización crónica (diaria, por ejemplo), puede ocasionar trastornos neurológicos (temblores, descoordinación de los movimientos) vinculados a una carencia de vitamina B12. Puede provocar caídas con posibles traumatismos. Hay que evitar la conducción de vehículos. Además, el gas inflamable puede producir riesgos de explosión en contacto con fumadores.



**Los conocimientos actuales sobre el consumo de GHB, ketamina y óxido nítrico no permiten establecer su extensión que parece, en todo caso, restringida.**

## Tendencias en el consumo

Las drogas de síntesis se convirtieron en un fenómeno mundial durante el último decenio del pasado siglo veinte.

Se extienden entre jóvenes que comparten determinados hábitos de vida, dotadas de una imagen de modernidad y de capacidad para mejorar el rendimiento y facilitar la comunicación.

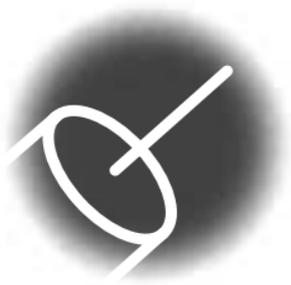
En el caso del éxtasis y alucinógenos, los porcentajes de consumo afectan aproximadamente a uno de cada veinte jóvenes (algo superior en el caso del éxtasis), reduciéndose el consumo habitual a la mitad.

El consumo de las demás drogas mencionadas es más minoritario.



# HEROÍNA

Una droga que se conoce lo suficiente como para no arriesgarse.



☒ **opiáceo**  
Pág. 139

## ¿Qué es la heroína?

La heroína es un **opiáceo** ☒ potente, obtenido a partir de la morfina.

Los opiáceos son sustancias naturales que se encuentran en el látex (opio) que se obtiene de una planta conocida como adormidera.

## Aspecto

La heroína se presenta en forma de polvo. Su consumo tradicional era inyectado por vía intravenosa, después de su disolución y calentamiento. Esta vía de administración ha disminuido de manera notable desde la aparición del sida. La heroína también se esnifa y se fuma.

## Efectos y riesgos

La heroína provoca calma, euforia y una sensación de éxtasis. Actúa como un ansiolítico potente y como un antidepresivo.

# He



La heroína es un opiáceo potente, obtenido a partir de la morfina.

Los opiáceos son sustancias naturales contenidas en el látex de una planta, la adormidera.

El efecto inmediato de la heroína es de tipo "orgásmico". Es un "flash".

Le sigue una sensación de euforia y, posteriormente, de somnolencia, acompañada a veces de vómitos, vértigos y disminución del ritmo cardíaco.

En caso de consumo reiterado, el placer intenso que provocan los primeros consumos desaparece tras algunas semanas. A esta fase le sigue la necesidad de aumentar la cantidad de producto y la frecuencia de las **dosis** . El lugar que ocupa este consumo en la vida del sujeto es tal, que altera considerablemente su vida cotidiana. Aparecen trastornos como la anorexia y el insomnio.

La dependencia se instaura rápidamente en la mayoría de los casos. El heroínómano oscila entre estados de alivio acompañados de euforia (cuando se encuentra bajo los efectos de la heroína) y estados de abstinencia que provocan ansiedad, agitación...



**la heroína,  
una droga  
ilícita**

  Pág. 66



 **dosis**  
Pág. 137



☒ **sobredosis**  
Pág. 141



La dependencia de la heroína entraña riesgos sociales importantes, desencadenando un proceso de marginalización de buena parte de sus usuarios.

La **sobredosis**☒ de heroína puede provocar una insuficiencia respiratoria que lleva a una pérdida del conocimiento y, eventualmente, a la muerte.

La inyección conlleva importantes riesgos de infección (sobre todo por los virus de la inmunodeficiencia humana y de las hepatitis B y C) si el usuario no utiliza material esterilizado, de uso único, y comparte su material de inyección con otros.

**EN CASO DE URGENCIA:** mantener despierta a la persona si todavía está consciente, mientras se espera la llegada de los servicios médicos. En el caso de que la persona esté inconsciente, practicar los primeros auxilios (posición lateral de seguridad, eventualmente reanimación cardiopulmonar...)

**Desde la última década del pasado siglo veinte comenzó a desarrollarse en nuestro país una política de reducción de riesgos orientada inicialmente a evitar el contagio del VIH entre los usuarios de heroína (u otras drogas) por vía inyectada.**

Se han adoptado para ello diferentes medidas:

- Venta libre de jeringuillas;

- Puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas;
- Instalación de distribuidores automáticos y difusión de **kits de prevención** .
- Administración de fármacos de sustitución (metadona y otros).

Esta política ha favorecido una disminución significativa del contagio por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Todos los estudios muestran que el uso compartido de jeringuillas y los nuevos contagios por el VIH han disminuido de forma considerable entre los usuarios de drogas por vía intravenosa. Respecto a la incidencia en nuestro país de casos de sida relacionados con el consumo inyectado de drogas, observamos un descenso sostenido desde el año 1994, en el que se produjo el punto más álgido. Los últimos datos apuntan a un descenso superior al 60%.

## EL CONTEXTO EUROPEO

Desde mediados de los noventa, la prevalencia del VIH y hepatitis B y C entre usuarios de drogas por vía parenteral, es relativamente estable en la mayoría de países de la Unión Europea, a pesar de existir diferencias muy notables entre países.

No obstante se debe destacar que las medidas adoptadas para controlar la



 kits de  
prevención  
Pág. 138



☒desintoxicación  
Pág. 137



☒tratamientos de sustitución  
Pág. 140

transmisión del VIH no han servido para reducir las infecciones por hepatitis C.

**El número de personas contagiadas por el virus de la hepatitis C sigue siendo elevado entre los usuarios de drogas por vía intravenosa.**

## Heroína y dependencia

**El heroínómano que lo desee puede recibir la asistencia adecuada:**

**desintoxicación**☒, abordaje psicosocial, **tratamientos de sustitución**☒.

Los tratamientos con metadona u otros sustitutos opiáceos se administran por vía oral. Se prescriben en centros especializados en drogodependencias o en centros de atención de primera línea, como pueden ser las farmacias.

**Estos tratamientos de sustitución tienen como objetivo estabilizar la dependencia de manera médica y legal.**

**El balance de estos programas de sustitución evidencia una aceptable mejoría en el estado de salud de las personas, lo que favorece su estabilización social y su inserción profesional.**

Las tasas de mortalidad por reacción adversa a las drogas, muestra en los últimos años un claro descenso.

Descenso que se manifiesta tanto en nuestro país como en el resto de Europa, y que puede estar relacionado con la tendencia decreciente del uso de heroína, unos hábitos de consumo de menor riesgo y la progresiva generalización de programas de reducción de riesgos como opción alternativa de tratamiento.



## historia

### **EN 1888, UN QUÍMICO ALEMÁN PROPONE UTILIZAR LA HEROÍNA SINTETIZADA PARA TRATAR LA TUBERCULOSIS**

La heroína es considerada como un fármaco susceptible de sustituir a la morfina en el tratamiento de los dolores y de la tos. Rápidamente, su utilización se vuelve abusiva. En los Estados Unidos, se estimaba que cerca de 500.000 personas dependían de la heroína en vísperas de la Primera Guerra Mundial.

En 1923, la Sociedad de Naciones declara el producto peligroso y de poco interés terapéutico.

En 1924, se prohíbe el uso no médico de la heroína en los Estados Unidos; se prohibirá totalmente en 1956.

**En los últimos años, su prescripción se utiliza en algunos países como Suiza y en Australia, en el ámbito de las políticas de reducción de riesgos dirigidas a los heroínómanos fuertemente dependientes, que han fracasado repetidamente en otras modalidades de atención.**

## Tendencias en el consumo

En nuestro país, la heroína es una droga fuertemente rechazada, sobre todo por los grupos de edad más jóvenes, y la tendencia a la disminución del consumo es evidente.

En los últimos estudios realizados a escala mundial se observa una clara tendencia a la estabilización de su consumo en Europa occidental, así como un aumento en Europa oriental, y diversos países asiáticos.

En América, los informes disponibles señalan una tendencia estable, con niveles relativamente bajos de uso indebido de heroína. En algunos países como Colombia, Canadá, Ecuador, México y El Salvador se han apreciado incrementos en los primeros años del siglo veintiuno.

El nivel de consumo mundial a finales del siglo XX se sitúa en alrededor de veinte de cada mil personas de más de 15 años.



### **Tendencias:**

El consumo de heroína está disminuyendo

## LA REALIDAD EUROPEA

En los países europeos, la experimentación con heroína se mantiene en tasas que rondan el 1 ó 2% de los adultos jóvenes. Los opiáceos siguen siendo la principal “droga problemática”, y representan aproximadamente tres cuartas partes de la demanda global de tratamiento.

## TRATAMIENTOS DE SUSTITUCIÓN: METADONA

Desde que en 1991 se ponen en funcionamiento en nuestro país centros sanitarios que dispensan metadona, esta modalidad asistencial no ha dejado de crecer.

## ¿Qué dice la Ley?

EL CULTIVO Y LA ELABORACIÓN DE DROGAS TÓXICAS, ASÍ COMO EL TRÁFICO Y LA TENENCIA A TALES FINES DE LAS MISMAS, ESTÁN SANCIONADAS POR LA LEY PENAL.

**El vigente Código Penal (1995) prohíbe y penaliza todos aquellos actos de cultivo, elaboración o tráfico que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.** En este sentido, la mera tenencia, posesión o disponibilidad de dichas drogas, con la intención de dedicarlas al tráfico o difundirlas, constituye ya un ilícito penal. Es sancionable, igualmente, la fabricación, el transporte y la distribución, así como la tenencia a tales fines, de los productos catalogados como precursores a sabiendas de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícita de drogas.



☒ **estupefacientes**  
Pág. 138

En nuestro ámbito jurídico penal se atribuye análogo significado a las expresiones **drogas tóxicas, estupefacientes☒ y sustancias psicotrópicas**, y se incluyen, además de las declaradas como tales en el ordenamiento interno, las sustancias contempladas en la Convención Única de 1961 sobre

Estupefacientes (el opio y sus alcaloides y derivados, la coca y los suyos, el cannabis y la resina de cannabis), así como las contenidas en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971 (alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes).

Es esencial entender que en el **ámbito farmacéutico**, cualquier especialidad que contenga un principio activo incluido en las Listas anexas a estos Convenios y demás normativa complementaria, como sustancia psicotrópica o como estupefaciente, queda sometida a un régimen de control riguroso que impide su disposición sin receta facultativa. Y que, igualmente, los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos han de atenerse a lo previsto en la normativa que los regula.



**En relación con la posesión (tenencia) de drogas destinadas al consumo personal**, si bien desde una perspectiva penal, la **impunidad** de la posesión destinada al consumo no plantea dudas –el poseedor consumidor está exento de responsabilidad penal–, administrativamente la situación es distinta. La vigente L.O. 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana regula como **falta grave** y sanciona con multas de hasta treintamil cincuenta euros, entre otros supuestos, el

consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre, claro está, que no constituya infracción penal.

No obstante, la propia norma contempla la posibilidad de que las sanciones impuestas por dichas infracciones sean suspendidas en el caso de que el infractor se someta a un **tratamiento de deshabitación** en un centro acreditado.

En el momento de establecer las penas que corresponden al tipo básico del delito de tráfico de drogas, el vigente Código Penal diferencia y penaliza con mayor rigor cuando se trata de sustancias o productos que causan grave daño a la salud. Atendiendo a los dictámenes periciales sobre los efectos de las diversas sustancias sobre el organismo, el Tribunal Supremo viene considerando como sustancias que causan grave daño a la salud: **la heroína, la morfina, la metadona, el LSD, las anfetaminas, las drogas de síntesis, la mescalina, el trilitate y el halcion**. Para estos supuestos, y siempre que no concurren circunstancias de agravamiento del tipo, se establecen penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triple del valor de la droga objeto del delito (Arts. 368 y ss.).

El tratamiento penal del delito de tráfico de drogas se cierra con la previsión de circunstancias de **exención y atenuación** de la responsabilidad criminal cuando el infractor estuviera en estado de intoxicación por consumo de drogas o bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, y la regulación de varias formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad.

## USO DE DROGAS Y SEGURIDAD VIAL

El Código Penal vigente establece igualmente como **delito contra la Seguridad del Tráfico** la conducción de un vehículo de motor o un ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas. El conductor que, requerido por la autoridad, se negara a someterse a las **pruebas legalmente establecidas** para la comprobación de estos hechos, comete un delito de desobediencia grave.

En el terreno de las disposiciones administrativas, son principales normas reguladoras la ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, y el Reglamento General de Circulación. En ellas se establece la obligación genérica de sometimiento a las pruebas de detección, y las condiciones de su realización, así como las **tasas máximas** permitidas en sangre y aire espirado.



# ALCOHOL

Placer, violencia, fiestas, accidentes.  
El abuso de alcohol origina  
graves consecuencias.



## ¿Qué es el alcohol?

El alcohol se obtiene de la fermentación de vegetales ricos en azúcar, o por destilación, e interviene en la composición de las bebidas alcohólicas: vino, sidra, cerveza, aperitivos, licores, etc.

Nuestro país se caracteriza por un importante consumo que nos sitúa en cabeza de los países de la Unión Europea. Aunque globalmente considerado este consumo desciende de forma regular desde los años ochenta, nos encontramos entre los primeros lugares europeos por su consumo.

*\* El alcohol puro es el volumen de alcohol contenido en una determinada bebida, expresado en tanto por ciento; un litro de alcohol puro equivale aproximadamente a 8 litros de vino de 12°.*

[○]

El alcohol nos sitúa entre los primeros países europeos por su consumo

# AI



El alcohol se obtiene por la fermentación de vegetales ricos en azúcar, o por destilación, e interviene en la composición de bebidas alcohólicas: vino, sidra, cerveza, aperitivos, licores, etc.

## Efectos y riesgos

---

**El alcohol no se digiere, sino que pasa directamente del tubo digestivo a los vasos sanguíneos. En unos minutos, la sangre lo transporta a todo el organismo.**

El alcohol relaja y desinhibe. A corto plazo, y cuando se consume en dosis importantes, provoca estados de embriaguez y puede ocasionar trastornos digestivos, náuseas, vómitos...

### → Riesgos sociales:

- Disminución del estado de alerta, a menudo responsable de los accidentes de circulación y de los accidentes laborales;
- Pérdida de autocontrol, que puede conducir a comportamientos violentos, agresiones sexuales, suicidio, homicidio;



**el alcohol  
es un producto  
lícito**

Su producción,  
venta y consumo  
están reglamentados

  **Pág. 82**

- Exposición a agresiones por causa de una actitud a veces provocadora, o por el simple hecho de que una persona en estado de embriaguez no es capaz de defenderse.

#### → Riesgos sanitarios:

A largo plazo, la persona que abusa crónicamente del alcohol corre el riesgo de desarrollar numerosas patologías: cáncer (de boca, garganta, esófago, entre otros), enfermedades del hígado (cirrosis) y del páncreas, trastornos cardiovasculares, enfermedades del sistema nervioso y trastornos psíquicos (ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento).

El consumo excesivo de alcohol es responsable de **accidentes de tráfico, suicidios, diversos tipos de cáncer** (de hígado, de páncreas, de colon), **enfermedades cardíacas**, etc.

El alcohol está igualmente relacionado con una proporción importante de los homicidios, alrededor de **1/3 de los accidentes mortales de la carretera y 1/5 de los accidentes domésticos**.

## Consejos para un uso que minimice el riesgo

Cuando se bebe alcohol, cuanto más se sobrepasan determinados límites (relacionados con la cantidad y frecuencia del consumo), mayor es el riesgo.

### CONSUMOS OCASIONALES:

**No consumir más de 4 unidades en una misma ocasión.**

Tras el segundo vaso se sobrepasa la tasa de alcoholemia autorizada; no se pueden conducir vehículos a motor, ni maquinaria de otro tipo. Asociada con medicamentos o con otras drogas, una dosis de alcohol, incluso pequeña, puede tener consecuencias graves inmediatas.

### CONSUMOS REGULARES:

- **Para las mujeres:** no más de dos unidades por día.
- **Para los hombres:** no más de tres unidades por día.
- Al menos un día a la semana **no debe** consumirse ninguna bebida alcohólica.



1 unidad  
=  
10 gramos de  
alcohol



## NO DEBE CONSUMIRSE ALCOHOL:

- 1 Durante la **infancia** y la adolescencia;
- 2 Durante un **embarazo**;
- 3 **Cuando se conduce** un vehículo a motor o se maneja otro tipo de maquinaria;
- 4 Cuando se ejercen **responsabilidades que requieren atención**;
- 5 Cuando se toman **medicamentos**.

1



2



3



4



5





## DESIGUALES FRENTE AL ALCOHOL

- Frente al consumo de alcohol, cada persona reacciona de forma distinta según su corpulencia, su estado de salud física y psíquica, el género al que pertenece y el momento del consumo.
- Este umbral de consumo depende, por lo tanto, de la persona y del contexto. Cuando el consumo se lleva a cabo mientras se está bajo los efectos de otras sustancias (medicamentos u otras drogas), esta noción de umbral carece de valor.
- Beber una gran cantidad de alcohol en poco tiempo provoca una subida aguda de la tasa de alcoholemia. Sólo el paso del tiempo permitirá que baje. Se estima que hace falta cerca de una hora para eliminar cada unidad consumida.
- Retrasar el momento de conducir un coche o manejar otro tipo de maquinaria. Según el estado de cansancio y el estado psicológico (ansiedad, agitación...), descansar, dormir, comer o dejar que conduzcan los demás.
- Si se bebe sin comer, el alcohol pasa directamente a la sangre y sus efectos son más intensos.

**UNA SOLA DOSIS, INCLUSO PEQUEÑA, PUEDE TENER CONSECUENCIAS NEGATIVAS INMEDIATAS.**

## Alcohol y dependencia

---

**Algunas personas corren el riesgo de pasar de un consumo recreativo controlado, (“uso”), a un consumo excesivo no controlado (“abuso” o “uso problemático”).**

Los trastornos relacionados con el consumo excesivo de alcohol aparecen en momentos muy variables según los individuos. Algunas personas vivirán estados reiterados de embriaguez sin por ello hacerse dependientes. Este tipo de consumo constituye una forma de consumo problemático.

Un consumidor excesivo puede evolucionar hacia la dependencia alcohólica en tres etapas:

**Fase 1: no aparece ningún daño.**

Las actividades profesionales, sociales y familiares siguen conservándose. La salud mental y física no se ve alterada de forma significativa.

**Fase 2: aparecen dificultades de orden relacional, social, profesional e incluso judicial.**

Alteraciones de salud física y mental llevan a veces a las personas a reducir o dejar el

consumo de forma momentánea (abstinencia).

**Fase 3:** la persona es incapaz de reducir o eliminar su consumo, a pesar de la persistencia de los daños.

Aparecen numerosos síntomas: temblores, calambres, anorexia, trastornos del comportamiento. El consumidor se convierte en **alcoholdependiente** ☒.



☒ alcohol-  
dependiente  
Pág. 17

### SERVIDOS EN UN BAR O EN UN RESTAURANTE,

un vaso de vino, una caña de cerveza, una copa de champán, 1/2 copa de whisky, contienen prácticamente la misma cantidad de alcohol. Son lo que llamamos "unidad", y contienen alrededor de 10 gramos de alcohol.

### EN CASA, LAS DOSIS SON VARIABLES:

los vasos no son todos del mismo tamaño y se pueden llenar más o menos.



1 unidad  
=  
10 gramos de  
alcohol

**POR LO TANTO, ES NECESARIO SABER CUÁNTAS UNIDADES CONTIENE CADA BOTELLA.**



Botella = 75 cl de 12°  
de alcohol  
**7,5 unidades o copas**

Botella = 75 cl de 12°  
de alcohol  
**7,5 unidades**

Caña de 25 cl =  
**una unidad (5°)**  
Lata de 33 cl =  
**1,32 unidades (5°)**

¡No se trata de las cervezas de alta graduación alcohólica que han aparecido recientemente en el mercado!

Botella = 70 cl de 40°  
de alcohol  
**23 unidades**

Botella = 70 cl de 40°  
de alcohol  
**23 unidades**

## CHAMPÁN

10 cl



## VINO

10 cl



## CERVEZA

25 cl



33 cl



## WHISKY

3 cl



## COÑAC

3 cl





## historia

### **EL CONSUMO DE ALCOHOL SE REMONTA A LA ANTIGÜEDAD. A LO LARGO DE LA HISTORIA SE HAN PRODUCIDO CONSUMOS RITUALES, SAGRADOS, SOCIALES O FESTIVOS**

El alcohol también se utilizó como remedio. En los Estados Unidos, durante la prohibición, sólo los médicos podían prescribirlo. En el siglo XIX, durante la revolución industrial, aparece la noción de alcoholismo.

En la mayoría de los países occidentales, en épocas distintas según los contextos económicos, políticos y religiosos, aparece el alcoholismo de masas. En 1871 aparecen en la escuela las primeras medidas de prevención. Después de la Primera Guerra Mundial, el discurso evoluciona: se recomienda desde la más temprana edad el uso moderado de las bebidas fermentadas, desaconsejando a la vez las bebidas destiladas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se consagra la sobriedad. Aparecen leyes que prohíben el vino en los comedores, la publicidad y la venta de alcohol en los estadios, etc.

**Hoy, el consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo constituyen una fuente importante de problemas en numerosos países.**



## Tendencias en el consumo

---

En la actualidad asistimos a una tendencia general descendente del consumo de bebidas alcohólicas, que se encuentra, en todo caso, en proporciones elevadísimas. Para todos los sectores de población, excluida la infancia, es más fácil encontrar un consumidor que una persona abstemia.

Se ha producido un descenso en el consumo de vino y de cerveza, incrementándose el consumo de combinados y alcoholes de alta graduación.

Tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de edad coincide con un aumento significativo en la proporción de consumidores habituales de alcohol. La tasa más elevada de consumos habituales entre hombres y mujeres se produce entre los 18 y los 25 años.

El consumo juvenil de alcohol, frente al estilo adulto, se ha ido concentrando en las tardes-noches de los fines de semana, en los que el consumo se hace con facilidad abusivo como consecuencia de beber durante varias horas seguidas.

## MORTALIDAD ANUAL

La Organización Mundial de la Salud estima en 55.000 los jóvenes que mueren cada año en Europa como consecuencia del abuso de alcohol.



## CONSUMO FEMENINO

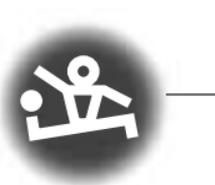
En nuestro país, la evolución experimentada por el consumo femenino de alcohol muestra una tendencia a la igualación con el consumo masculino. Los chicos siguen, en todo caso, emborrachándose con más frecuencia y de manera más intensa.



## Cuestiones legales

EL ALCOHOL ES UN PRODUCTO LÍCITO. CONTROL DE LA PUBLICIDAD, PROMOCIÓN, VENTA Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Aunque el alcohol es un producto de comercio lícito y con fuerte arraigo en nuestra sociedad, la protección de la salud de las personas en general y de los jóvenes en particular obliga a una especial consideración de la publicidad y la promoción de las bebidas alcohólicas, así como de su venta y consumo.



### LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES

La **Ley de Seguridad Ciudadana prohíbe** en nuestro país la venta de bebidas alcohólicas a los menores.

Las Comunidades Autónomas que disponen de legislación específica sobre drogodependencias han señalado una edad mínima variable para la venta de bebidas alcohólicas (y tabaco), que oscila entre los 16 y los 18 años.



### LA SEGURIDAD VIAL

El art. 12 de la **Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y**

**Seguridad Vial** establece para todos los conductores la obligación genérica de sometimiento a las pruebas para la detección de posibles intoxicaciones alcohólicas. En su desarrollo, y tras la modificación introducida por el RD 2282/1998, el art. 20 del Reglamento General de Circulación, fija los límites siguientes:



- No puede circular por la vía pública el conductor de vehículos con una tasa de alcohol en sangre superior a **0,5** gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a **0,25** miligramos por litro.
- Si se trata de vehículos destinados al transporte de mercancías, transporte de viajeros o de servicio público, transporte escolar o de menores, al de mercancías peligrosas o de servicio de urgencia o transportes especiales, los conductores no podrán hacerlo con una tasa de alcohol en sangre superior a **0,3** gramos por litro, o de alcohol en aire espirado a **0,15** miligramos por litro.
- Los conductores de cualquier vehículo no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de **0,3** gramos por litro, ni alcohol en aire espirado de **0,15** miligramos por litro, durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilite para conducir.

- Las infracciones de estos preceptos tienen la consideración de graves y son sancionables con multa y suspensión del permiso o licencia de conducir. Todo ello, sin olvidar, además, que dichas infracciones pueden rebasar el ámbito administrativo y constituir algún ilícito penal (Arts. 379 y s. del Código Penal. Delitos contra la Seguridad del Tráfico), en cuyo caso, se verá agravada notoriamente su penalidad.



## PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

De acuerdo con la **Ley General de Publicidad** de Noviembre de 1998, se prohíbe la publicidad de tabaco y la de bebidas con graduación alcohólica superior a 20 grados centesimales, por parte de la televisión. Queda prohibida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los lugares en que esté prohibida su venta. La forma, contenido y condiciones de la publicidad de tabaco y bebidas alcohólicas se limitará reglamentariamente a fin de proteger la salud y seguridad de las personas, teniendo en cuenta los sujetos destinatarios, la no inducción directa o indirecta a su consumo indiscriminado y en atención a los ámbitos educativos, sanitarios y deportivos.

Deberán respetarse además los siguientes principios, incorporados a la legislación española a partir de las directivas europeas:

a) la publicidad de bebidas alcohólicas no podrá dirigirse a **menores de edad**, ni presentarles consumiendo dichas bebidas;

b) no debe asociarse el consumo de alcohol a la mejora del **rendimiento físico** o a la conducción de vehículos, ni dar la impresión de que el consumo de alcohol contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que las bebidas alcohólicas tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituyen un medio para resolver conflictos;

c) la publicidad no deberá **estimular el consumo inmoderado** de bebidas alcohólicas o presentar una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva su alto contenido alcohólico.

# TABACO

Negro o rubio, light o superlight, liado, en cigarrillo o en pipa, el tabaco provoca enfermedad y muerte a buena parte de sus consumidores.



Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 el tabaco provocó la muerte de 4 millones de personas en todo el mundo, una cifra que se estima en diez millones para el año 2030. De ellos, 7 millones corresponderán a países en vías de desarrollo.

## ¿Qué es el tabaco?

**El tabaco es una planta cultivada en el mundo entero. Una vez secas, las hojas se ponen a fermentar para obtener un sabor específico.**

Las hojas de tabaco son clasificadas según su variedad o su modo de secado.

El tabaco negro se seca al aire y al fuego; el tabaco rubio se seca al aire caliente; los tabacos claros ("sabor americano") se secan al aire o al sol.

El tabaco se presenta al consumo bajo la forma de cigarrillos, cigarros, o a granel en forma de tabaco para liar o para pipa.

## Efectos y riesgos

El tabaco contiene nicotina (que posee un efecto ansiolítico e inhibidor del apetito). Los productos del tabaco (cigarrillos, para liar...) están compuestos de aditivos (humidificante, olor, sabor...).

# Ta



El tabaco es una planta cultivada en el mundo entero.

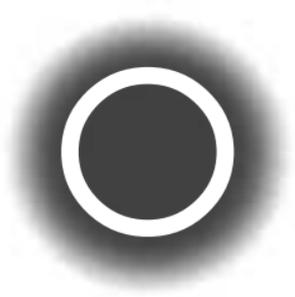
Después de su secado, las hojas se ponen a fermentar con el fin de obtener un sabor específico.

La combustión de estos productos crea nuevos componentes (monóxido de carbono, alquitranes...) nocivos para la salud.

### **El conjunto de estos componentes actúa en particular sobre:**

→ **La función cardiovascular:** el tabaco aumenta la presión arterial, acelera el ritmo cardíaco y deteriora las arterias. Los riesgos coronarios y las muertes por infarto de miocardio son dos veces más elevadas entre los fumadores que entre los no fumadores. Estos riesgos vasculares afectan también a las arterias del cerebro y de los miembros inferiores. El tabaco tiene efectos nocivos sobre el embarazo (parto prematuro, peso inferior al nacer).

→ **La función respiratoria:** los fumadores se exponen a trastornos de todo el aparato respiratorio, incluyendo cáncer de pulmón.



## **el tabaco es un producto lícito**

Su producción, venta y uso están reglamentados

  **Pág. 92**

→ **La función digestiva:** la nicotina aumenta la secreción de los ácidos gástricos y actúa sobre el sistema nervioso central.

### **El tabaco limita el aporte de oxígeno al cerebro y a los músculos.**

Es responsable de dolores de cabeza, vértigos y disminución de la resistencia cuando se practica algún ejercicio.



### **Del conjunto de los cánceres, uno de cada cuatro está asociado al tabaco.**

El tabaco puede causar cáncer de los bronquios, el pulmón, la cavidad bucal, el esófago, la vejiga, el cuello del útero y el estómago.



**☒ carencia**  
Pág. 136

## **Tabaco y dependencia**

**La dependencia física del tabaco es evidente en la mayoría de los fumadores. La dependencia psíquica tiene además un efecto intenso en sus vidas.**



El fumador regular al que se le priva bruscamente de su dosis, experimenta una sensación de **carencia**☒.

Puede encontrarse tenso, nervioso, irritable, angustiado, incluso deprimido.

Puede temblar, sudar y le resulta difícil reprimir el deseo de encender de nuevo un cigarrillo.

Es posible **dejar de fumar** sin ayuda específica. No obstante, es posible encontrar consejos y ayudas diversas para dejar de fumar por parte del médico de familia o en una consulta especializada. Los numerosos métodos para dejar de fumar pueden utilizarse bajo control médico:

→ **sustitutivos de la nicotina**

(**parches** , chicles, vendidos en farmacias) que permiten la desintoxicación progresiva de la nicotina y reducen los efectos de abstinencia en los fumadores dependientes;

→ **ayuda psicológica**, individual o grupal, en la que pueden incluirse relajación y técnicas respiratorias, dietética, etc.



 **parches**  
Pág. 140



## historia

El tabaco es traído a Europa en el siglo XV por parte de los marineros españoles que participaron en la **colonización de América**.

La planta de tabaco (llamada “nicotiana” en honor a su descubridor, un diplomático francés destinado en Lisboa de nombre **Jean Nicot**) se utiliza en la Corte para curar todo tipo de dolencias.

Rápidamente aparece la oposición a su uso: en Inglaterra, en los países musulmanes, en Rusia donde el fumador se exponía a la pena de muerte.

El uso del tabaco fue popular (**se masticaba**☒, se inhalaba (pág. 139), se fumaba en pipa), y a la vez signo de refinamiento burgués.

## Tendencias en el consumo

---

A escala mundial, asistimos a un lento pero paulatino descenso del consumo de tabaco. Actualmente fuma, aproximadamente, entre el 30% y el 40% de la población mundial. Entre cuatro y cinco de cada diez jóvenes han probado el tabaco. El consumo habitual es inferior, situándose en torno a uno de cada tres jóvenes.





## Cuestiones legales

EL TABACO ES UN PRODUCTO LÍCITO. CONTROL DE LA PUBLICIDAD, PROMOCIÓN, VENTA Y CONSUMO DE TABACO.

### PUBLICIDAD Y PATROCINIO

La normativa vigente establece la prohibición de la publicidad de tabaco por medio de la televisión, así como en todos aquellos lugares donde esté prohibida su venta o consumo. Una directiva comunitaria prohíbe toda forma de publicidad, a partir de 2005, en toda la Unión Europea.

### ETIQUETADO Y CALIFICACIÓN

La normativa fija:

- Los **límites máximos de nicotina** y alquitrán en las labores de cigarrillos.
- La prohibición de los tabacos de **uso oral**.
- La obligación de **advertir de los riesgos de su consumo**: Fumar perjudica seriamente la salud; Fumar provoca enfermedades cardiovasculares, Fumar provoca cáncer, Fumar en el embarazo daña al futuro hijo.

### VENTA Y SUMINISTRO DE TABACO

La aprobación en 2003 del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, eleva la edad mínima para comprar tabaco a los 18 años.

## CONSUMO DE TABACO

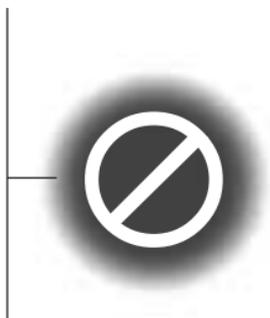
Existe una prohibición absoluta de fumar en:

- los **transportes públicos** (urbanos e interurbanos), el transporte escolar (menores de 18 años) y transporte de enfermos.
- las **áreas laborales** donde trabajen mujeres embarazadas y lugares donde existe un mayor riesgo por combinarse la nocividad del tabaco con el contaminante industrial.

Tampoco se permite fumar en:

- Centros sanitarios, docentes y de servicios sociales.
- Jardines de infancia y centros de atención social en menores.
- Dependencias de las Administraciones Públicas.
- Locales de elaboración, manipulación y venta de alimentos.
- Salas de uso público general y locales comerciales cerrados.
- Salas de teatro, cines. Espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.
- Ascensores y elevadores.

**La ley establece** la habilitación de zonas diferenciadas para fumadores, pero, allí donde no sea posible establecerlas, se mantiene la prohibición de fumar.



# DOPAJE

¡Más lejos, más arriba, más fuerte!,  
pero ¿a qué precio?

## ¿Qué es el dopaje?

Se habla de dopaje cuando una persona se autoadministra determinadas sustancias, bien para afrontar un obstáculo (real o vivido como tal), bien para mejorar sus actuaciones (competición deportiva, examen, entrevista de trabajo, hablar en público, situaciones profesionales o sociales difíciles).

En el mundo deportivo, en el que vamos a centrarnos, esta práctica se conoce con el nombre de *doping*.

## El dopaje no es un juego

**Son numerosos los factores que favorecen el dopaje:**

→ **El género:** por término medio, encontramos un mayor número de casos de dopaje entre los chicos que entre las chicas.



# Do

Se habla de conducta dopante cuando una persona consume determinadas sustancias para afrontar un obstáculo, real o vivido como tal, o para mejorar sus actuaciones.

- **La edad:** el número de usuarios aumenta a lo largo de la adolescencia.
- **El entorno familiar:** el comportamiento de los mayores ante las sustancias psicoactivas es una influencia destacada.
- **La obligación de obtener resultados.**
- **El aislamiento social:** alejamiento del domicilio, de los lugares de estudio, de trabajo o de entrenamiento deportivo.
- **La competitividad** en el medio deportivo y la búsqueda de notoriedad.
- **El entorno familiar:** la presión o el desinterés del entorno ante los resultados.
- **Los amigos, los compañeros de trabajo:** la necesidad de integrarse.



## El deporte y las sustancias de dopaje



Se entiende como dopaje “la promoción, incitación, consumo o utilización de las sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y de los métodos no reglamentarios destinados a aumentar las capacidades físicas de los deportistas o modificar los resultados de las competiciones en las que participan”.

Es difícil conocer con exactitud la incidencia real del consumo de sustancias no autorizadas en el ámbito deportivo. Con todo, los datos de estos últimos años parecen indicar un descenso en la incidencia de los controles positivos.



La vigente **Ley del Deporte** (Ley 15 de octubre de 1990, núm. 10/1990) regula la creación de una Comisión Nacional Antidopaje bajo dependencia directa del Consejo Superior de Deportes, órgano al que corresponde elaborar la lista de sustancias y métodos prohibidos.

La Resolución de 21 de marzo de 2000 del Consejo Superior de Deportes actualiza dicha lista de sustancias, grupos farmacológicos, métodos de dopaje

y manipulaciones prohibidas en el deporte, organizándola en secciones:

## Sección I

Sustancias y grupos farmacológicos prohibidos:

- Estimulantes (tipo A).
- Analgésicos narcóticos.
- Anestésicos locales.
- Cannabis y sus derivados.
- Alcohol.
- Bloqueantes beta o adrenérgicos.

## Sección II

Sustancias y grupos farmacológicos prohibidos:

- Estimulantes (tipo B).
- Anabolizantes.
- Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogos.
- Glucocorticoides.

## Sección III

Métodos de dopaje prohibidos:

- Dopaje sanguíneo.
- Administración de transportadores artificiales de oxígeno o expansores de plasma.
- Manipulaciones farmacológicas, físicas y/o químicas.

Ocasionalmente (en particular, con los anestésicos locales y los corticosteroides) es admisible el uso de determinados productos de esta Lista, bajo prescripción



facultativa, y siempre que la utilización se justifique y comunique, en plazo y forma, ante el órgano competente. En otros supuestos (por ejemplo, cannabis o sus derivados y alcohol) la prohibición se remite al juicio de la correspondiente Federación deportiva.

Atendiendo a sus efectos sobre la salud de las personas, las sustancias prohibidas pueden integrarse en dos grupos básicos:

- 1) *sustancias que actúan sobre el sistema de recompensa del cerebro* (estimulantes, narcóticos, anabolizantes, corticosteroides, betabloqueantes), y
- 2) *sustancias cuyo uso no comporta modificación de la conciencia, ni dependencia psíquica, pero con riesgo para la salud* (diuréticos, hormonas de crecimiento, EPO, anestésicos locales).

### **Acceso a las sustancias de dopaje**

Existe un **mercado negro** de sustancias de dopaje que se nutre tanto de medicamentos, frecuentemente obtenidos bajo prescripción médica, que son desviados del circuito farmacéutico legal, como de aquellos otros de incierta naturaleza y calidad, que son obtenidos a través de laboratorios clandestinos o importaciones fraudulentas.

## Efectos y riesgos de los productos dopantes con capacidad para generar dependencia

### LOS ESTIMULANTES

**Las anfetaminas, la cocaína, la efedrina y los productos derivados de las mismas son los más utilizados.**

Los estimulantes se consumen para incrementar la concentración y la atención, y reducir la sensación de cansancio. Aumentan la agresividad y ayudan a perder peso.

Estas sustancias interfieren en el sistema cardiovascular y neurológico. Su consumo puede ocasionar trastornos psiquiátricos.

El desbordamiento del umbral fisiológico del cansancio ocasionado por el uso de estas sustancias, puede provocar **estados de debilidad** que conduzcan al usuario hasta el agotamiento e incluso la muerte.



### LOS ANABOLIZANTES

**En su mayoría son derivados de la testosterona, la hormona sexual masculina.**

Estos productos desarrollan los tejidos del organismo: los músculos, la sangre... Permiten aumentar la fuerza, la potencia,

la resistencia, la agresividad, la recuperación después de una herida. Algunos anabolizantes disminuyen los dolores, sobre todo los articulares.

Dependiendo de las dosis consumidas, estos productos pueden provocar tendinitis, acné, dolores de cabeza, hemorragias nasales, desgarros musculares, trastornos del hígado y trastornos cardiovasculares que puedan ocasionar la muerte, e incluso formas diversas de cáncer.

**Los anabolizantes pueden provocar dependencia física.**

## LOS CORTICOSTEROIDES

**Estas sustancias antifatiga tienen una acción psicoestimulante y antiinflamatoria. Aumentan la tolerancia al dolor y permiten mantener un esfuerzo que sería insoportable en condiciones normales.**

El consumo de corticosteroides ocasiona en particular una fragilidad de los tendones, desgarramientos musculares, infecciones locales y generales. Los síntomas van desde el simple cansancio crónico, con una caída de las marcas conseguidas hasta entonces, hasta un fallo cardiovascular que puede conducir a la muerte.

**Los corticosteroides pueden provocar dependencia física.**

## LOS NARCÓTICOS

### **Estas sustancias adormecen y abotargan la sensibilidad.**

Se utilizan para suprimir o atenuar la sensibilidad al dolor, y provocan una sensación de bienestar.

Provocan efectos nocivos: riesgos de depresión respiratoria, de dependencia física, disminución de la concentración y de la capacidad de coordinación.

## LOS BETABLOQUEANTES

### **Estos fármacos regulan y reducen el ritmo de la frecuencia cardíaca.**

Permiten una disminución de los temblores y tienen igualmente un efecto antiestrés.

Entre sus efectos nocivos destaca una sensación de fatiga permanente, descenso de la tensión arterial, calambres musculares, un riesgo de depresión psíquica e impotencia sexual en el caso de un consumo habitual y reiterado.

## Tendencias en el consumo

---

Aunque los datos de consumo real no son muy bien conocidos, los acontecimientos deportivos de los últimos años, relacionados con el doping en el ciclismo y otros deportes, ponen de manifiesto la relevante presencia de esta práctica.





## Cuestiones legales

**El recurso a diferentes productos con el objeto de mejorar el rendimiento en las pruebas, ha sido una constante en la historia del deporte competitivo. La preocupación internacional sobre sus efectos para la salud es algo más reciente.**

Partiendo de Resoluciones previas sobre esta misma cuestión, el Consejo de Europa impulsó el conocido como **Convenio contra el Dopaje**, firmado finalmente en Estrasburgo el 16 de noviembre de 1989, y ratificado por el Estado español el 20 de mayo de 1992. En síntesis, dicho Convenio alienta la toma de medidas para limitar la utilización de sustancias y métodos de dopaje, tratando de armonizar las reglamentaciones antidopaje de los diferentes estados firmantes.

De conformidad con lo dispuesto en éste y otros Convenios internacionales suscritos por el Estado español, la vigente **Ley del Deporte** (Ley 10/1990, de 15 de octubre) presta una singular atención al control de las sustancias y de los métodos prohibidos en el deporte. Se crea una Comisión Nacional Antidopaje, bajo la dependencia del Consejo Superior de Deportes, y se le

asignan amplias funciones de prevención, coordinación y control de las sustancias; particularmente, la de determinar periódicamente tanto la **Lista de sustancias prohibidas**, como los procedimientos de control de las mismas.

Los objetivos de la Ley 10/90 son los siguientes:

- La ordenación del deporte.
- La protección de la salud de los deportistas.
- La determinación de la lista de sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y de métodos no reglamentarios de dopaje.
- La articulación de un sistema de controles y la homologación de los laboratorios.
- El establecimiento de un régimen propio de infracciones y sanciones contra el dopaje.

# PSICOFÁRMACOS

Del buen y del mal uso de estos fármacos que no hay que tomar a la ligera.



## ¿Qué es un psicofármaco?

Prescrito y utilizado adecuadamente, un psicofármaco permite atenuar o eliminar diversas formas de sufrimiento psíquico: ansiedad, depresión, enfermedad maniaco-depresiva, trastornos delirantes...

**Un psicofármaco debe ser prescrito por un médico.**

Después de una rigurosa evaluación, éste establece un diagnóstico y, si lo estima necesario, determina el tratamiento adaptado al estado del paciente.

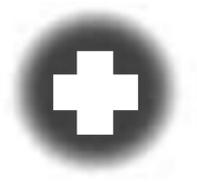
Un gran número de personas utilizan, con o sin prescripción, medicamentos para afrontar los trastornos provocados por sus dificultades cotidianas. Entre ellos, se puede citar a los ancianos que se enfrentan a la soledad, las personas sometidas a un exceso de responsabilidades, a estrés o a un acontecimiento traumático.

# Ps



Prescrito y utilizado adecuadamente, un psicofármaco permite atenuar o eliminar ciertas formas de sufrimiento psíquico.

Los trastornos del sueño son un motivo frecuente de consulta médica. Pueden ser transitorios u ocasionales, y volverse crónicos. Las causas pueden ser orgánicas, psíquicas, o debidas simplemente a condiciones ambientales poco propicias para el sueño.



Del mismo modo que en el caso del alcohol o del tabaco, un consumo excesivo de psicofármacos por parte de los padres puede influir negativamente sobre los consumos de los hijos.

## Efectos y riesgos

**Los efectos de los psicofármacos varían según su composición química, las dosis administradas y la sensibilidad individual del paciente.**

Asociar este tipo de medicamentos a otras sustancias psicoactivas conlleva importantes riesgos, sobre todo porque los efectos de ciertas interacciones no son

bien conocidos. La mezcla con alcohol, por ejemplo, potencia o anula los efectos de cada una de las sustancias absorbidas.

**Los efectos de un psicofármaco difieren según la categoría a la cual pertenecen, a saber:**

- Los tranquilizantes o ansiolíticos;
- Los somníferos o hipnóticos;
- Los neurolépticos o antipsicóticos;
- Los antidepresivos.

## LAS BENZODIACEPINAS

Ansiolíticos o hipnóticos, son psicofármacos prescritos para calmar las manifestaciones de angustia o ansiedad, por sus cualidades sedantes y para facilitar la relajación muscular.

Pueden ocasionar pérdida de la memoria respecto a los hechos recientes, disminución del estado de alerta, somnolencia, disminución de los reflejos. Estos trastornos pueden resultar peligrosos para conducir un vehículo a motor o manejar otro tipo de maquinaria.

La administración de alcohol en el transcurso de un tratamiento es nociva, ya que aumenta el **efecto sedante** (pág. 140) de estos psicofármacos. La asociación de las benzodiazepinas con tratamientos de sustitución de la heroína a base de buprenorfina o de metadona, exponen al paciente a un riesgo de depresión respiratoria que puede llegar a ocasionarle la muerte.

Las benzodiazepinas pueden generar dependencia física y psíquica, favorecidas por la duración del tratamiento, la dosis administrada, los antecedentes de otras dependencias y la asociación con el alcohol. La dependencia psíquica y física se traduce, cuando se interrumpe bruscamente el tratamiento, en un fenómeno de **privación** (pág. 136), siendo los principales síntomas de abstinencia el insomnio, los dolores musculares, la ansiedad, la irritabilidad y la agitación.

**LA RETIRADA PROGRESIVA DEL FÁRMACO EVITA ESTOS TRASTORNOS.**



☒ benzodiazepinas  
Pág. 107



## LOS TRANQUILIZANTES O ANSIOLÍTICOS

**Disminuyen la angustia y las manifestaciones de ansiedad (insomnio, tensión muscular...).**

No están indicados para trastornos concretos, sino para responder a un estado de ansiedad general. Sin embargo, cualquier estado de este tipo no requiere necesariamente la prescripción de fármacos.

Los tranquilizantes más recetados, sobre todo para períodos largos, pertenecen a la familia de las **benzodiazepinas**☒, que conllevan un riesgo de dependencia física y psíquica. Los tranquilizantes se utilizan a veces en dosis masivas o asociados con otras drogas.

## LOS SOMNÍFEROS O HIPNÓTICOS

**Están destinados a provocar y/o mantener el sueño. De hecho, pueden disminuir el estado de alerta mientras se está despierto.**

Los somníferos más recetados, sobre todo para períodos largos, pertenecen a la familia de las benzodiazepinas. Los somníferos se utilizan a veces como una forma de conducta drogodependiente, en dosis masivas o asociados con otras drogas.



### ALGUNOS CONSEJOS

- Tranquilizantes o somníferos **pueden ser** recetados temporalmente sin consecuencias negativas para la salud.
- Los psicofármacos **no deben** reutilizarse sin una **nueva indicación** médica, y no deben recomendarse a otras personas: la prescripción ha de ser personalizada.
- Una consulta médica **no se termina obligatoriamente extendiendo una receta**, sobre todo de tranquilizantes o de somníferos.
- Un **estado de ansiedad** no requiere necesariamente la prescripción de tranquilizantes. El médico sabrá si se trata de una enfermedad o de dificultades pasajeras, y propondrá entonces las soluciones más adecuadas.
- El paciente **debe seguir estrictamente** las indicaciones del médico.



## LOS NEUROLÉPTICOS

**Son fármacos usados en psiquiatría, sobre todo para el tratamiento de las psicosis** (enfermedades mentales que afectan al comportamiento, a las emociones, a la identidad, y cuyo carácter patológico no es reconocido por el enfermo).

En el tratamiento de estas enfermedades, a menudo prolongadas, la cobertura psicológica y social del paciente es tan importante como el tratamiento médico.

Como para todo tratamiento farmacológico, su interrupción está particularmente desaconsejada sin la opinión del médico.

**Estos productos no entrañan riesgo de dependencia.**



## LOS ANTIDEPRESIVOS

**Están indicados en el tratamiento de las depresiones**, cuyos síntomas son: disminución acentuada del interés o del placer de vivir, trastornos del sueño, agitación o apatía, sensación de fatiga o pérdida de energía inexplicables, sentimiento de desvalorización o de culpabilidad excesiva, disminución de la aptitud para pensar y de concentrarse.

Los antidepresivos pueden ocasionar efectos indeseables: pérdida de la vigilancia, somnolencia, excitación.

Se deben reservar estos medicamentos para las depresiones diagnosticadas por el médico y no se pueden recetar para dificultades pasajeras.

### No entrañan dependencia física.

No obstante, la disminución de la administración debe ser progresiva para evitar síntomas tales como náuseas o sensaciones de vértigo en caso de dejarlo de forma brusca.

## Psicofármacos y dependencia

Aunque algunos fármacos psicoactivos no generan dependencia física, en cambio la dependencia psíquica es posible, dependiendo de cada individuo y cada sustancia.

Las **benzodiacepinas** pueden generar dependencia física y psíquica.

Cuando se altera o aumenta el consumo de un psicofármaco al margen de la prescripción del médico, podemos encontrarnos ante una situación de **dependencia psicofarmacológica**.

Los fármacos a los que nos referimos son numerosos: psicotrópicos, **opiáceos**, barbitúricos, anfetaminas, benzodiazepinas.



benzodiazepinas  
Pág. 107



opiáceos  
Pág. 139





☒ **antiálgicos**  
Pág. 136

Se utilizan igualmente los analgésicos, los anorexígenos, los estimulantes, los jarabes antitusivos, los **antiálgicos**☒ y los laxantes.

**Distinguimos tres tipos de dependencia psicofarmacológica.**

### LA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA

**Concierno a todo tipo de fármacos, siendo frecuentes las asociaciones de distintos medicamentos.**



☒ **¿cuándo comienza la dependencia?**  
Pág. 17

Esta práctica de consumo se asimila a la dependencia (**¿cuándo comienza la dependencia?**☒): la vida del usuario se centra en su consumo.

Se constata la alternancia entre momentos de consumo controlado y momentos de consumo excesivo. A veces es difícil distinguir las motivaciones: el deseo de olvidar, la necesidad de dormir, el alivio de la ansiedad, la búsqueda de sensaciones voluptuosas, el placer de funcionar en un "segundo estado", incluso la autoanulación.

### LA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA ENTRE LOS DROGODEPENDIENTES



☒ **sedantes**  
Pág. 140

Los psicofármacos aportan sensaciones nuevas, o modulan los efectos **sedantes**☒ o excitantes de las sustancias psicoactivas consumidas por otros motivos.

Según los efectos deseados o los productos de los que disponen, los usuarios dosifican sus mezclas con mayor o menor precisión, o totalmente al azar.

## LA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA DESCONOCIDA

**Los fármacos se toman generalmente tras una prescripción médica y, si se mantienen las dificultades o aparecen nuevos síntomas, puede instalarse una escalada medicamentosa.**

En efecto, el usuario busca siempre el producto que le curará, y el médico, a la vez que percibe la legitimidad de esta demanda, prescribe nuevos medicamentos y /o aumenta la **dosis** ☒.

La situación se complica cuando es el mismo paciente quien realiza las mezclas o asocia distintas recetas de uno o de varios médicos.

En este caso, el paciente, dependiente de sus recetas, de las cuales no acepta que se suprima ningún producto, consume reiteradamente cantidades excesivas de comprimidos, pastillas, etc.

En esta conducta, es difícil distinguir la dependencia física y/o psíquica, del miedo al síntoma y del deseo del medicamento.



☒ dosis  
Pág. 137



## historia

### **LAS PLANTAS HAN SIDO LA BASE DE LA MAYORÍA DE LOS TRATAMIENTOS**

La farmacopea (conjunto de medicamentos) de los Mesopotámicos incluía ya cerca de 250 especies de plantas curativas.

A partir del Renacimiento, llegan los vegetales de origen tropical. El aislamiento de los principios activos de las plantas o de las sustancias de origen vegetal se produce a principios del siglo XIX, gracias a los progresos de la química.

Las sustancias de origen animal son menos frecuentes y antiguas. Eran utilizados venenos de distintas especies animales.

Las sustancias de origen mineral se emplean desde siempre con fines terapéuticos. Los antiguos egipcios utilizaban el carbonato de calcio para curar la acidez del aparato digestivo, y los romanos el óxido de hierro para detener las hemorragias.

Hoy, ciertos minerales intervienen por ejemplo en los tratamientos de las carencias de oligoelementos (hierro, cobre, manganeso, yodo, calcio, magnesio...) o en el tratamiento de psicosis maniaco-depresivas (litio).

**Hay que esperar al siglo XIX para que la ciencia se apoye sobre bases racionales.**

## Tendencias en el consumo

---

Los últimos estudios realizados en nuestro país, observan un incremento de casi 10 puntos en el consumo de tranquilizantes. Respecto a los neurolépticos y los antidepresivos, también se revela un fuerte incremento de la venta de sus envases que aumenta en 60 puntos para los primeros y en prácticamente 27 para los segundos.





## Cuestiones legales

### MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS SU ELABORACIÓN, AUTORIZACIÓN Y PRESCRIPCIÓN ESTÁN ESTRICTAMENTE REGLAMENTADAS

La vigente **Ley 25/1990 del Medicamento** establece que ningún medicamento podrá ser puesto en el mercado sin la previa autorización sanitaria de la Administración del Estado e inscripción simultánea en el Registro de Especialidades Farmacéuticas.

Los medicamentos **sólo serán dispensados con receta, por un farmacéutico o bajo su supervisión.**

Hay, además, requisitos especiales para la prescripción de los medicamentos estupefacientes, psicotropos y otros que por su naturaleza lo requieren:

- La prescripción de medicamentos incluidos en la Lista I de la **Convención Única sobre Estupefacientes** de 1961 y posteriores modificaciones, ha de ser realizada por medio de recetas oficiales que son distribuidas por los Servicios de Salud bajo rigurosas condiciones de identificación de uso. Dichas recetas tienen una validez máxima de 10 días desde el momento de la prescripción y amparan una medicación para un máximo de 30 días, sin poder superar en ningún caso 4 envases.

- En el caso de las especialidades farmacéuticas que contienen sustancias estupefacientes de las Listas II y III de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, o psicotrópicas incluidas en las Listas II, III y IV del Anexo I del RD 2829/1967, el farmacéutico debe igualmente **comprobar la identidad de la persona**, anotando al dorso de la receta su DNI.
- Los **tratamientos con opiáceos de personas** dependientes de los mismos. Los RD 75/1990 y 5/1996 regulan el tratamiento con determinados principios activos (Metadona, Morfina, Laam,...), cuando se prescriben en pautas cuya duración excede de veintiún días y respecto a personas de las que se acredita previamente diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos. En estos supuestos, la elaboración y dispensación de la medicación, además de por los correspondientes servicios farmacéuticos de los centros autorizados, podrá ser efectuada por las oficinas de farmacia acreditadas al efecto.
- El RD 1416/1994, de 25 de junio, que traspone la Directiva europea 92/28/CEE sobre publicidad de medicamentos de uso humano, prohíbe la publicidad de los medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes.

# Actuar, reaccionar, ayudar, recibir ayuda

LA VIDA ES UNA SUMA DE EXPERIENCIAS:  
UNA BÚSQUEDA DE EMOCIONES  
Y DE CONOCIMIENTOS NUEVOS  
QUE APORTAN ÉXITOS PERO TAMBIÉN  
FRACASOS.



**Entre la libertad y la responsabilidad, el niño y el adolescente aprenden progresivamente a ser autónomos. Este aprendizaje individual le lleva, una vez convertido en adulto, a conocer sus obligaciones y a saber tomar decisiones, en su vida personal, sentimental, profesional y social.**

Si la adolescencia es un período de evolución particularmente importante, el cambio no cesa al entrar en la vida adulta. El equilibrio se ajusta a lo largo de la vida, más allá de los retos, los éxitos, las alegrías, las rupturas y las penas.



**El uso, el abuso y la dependencia conciernen mucho más a los adultos que a los adolescentes o a los jóvenes. Pero la mayoría de los consumos problemáticos comienzan antes de los 20 años.**

## Adolescencia y experimentación

**Primer cigarrillo, primera borrachera, primer amor, primera relación sexual: la adolescencia es el tiempo de las experiencias.**

Estas pruebas se manifiestan a menudo en forma de conductas percibidas por los adultos como excesos. Ya sean "ruidosas" (actitudes provocadoras) o "silenciosas" (ensimismamiento), estas manifestaciones no significan a priori que el adolescente se encuentre en dificultades.

Este período de ensayos y de dudas, de búsqueda de autonomía o mantenimiento de los vínculos de dependencia con respecto a los padres, es a veces complicado para el adolescente y para su entorno.

Para los adultos, padres y madres en particular, el desafío es mantener y afirmar los valores que consideran importantes en la educación de sus hijos.

A la vez que dosifican sus intervenciones y la afirmación de su autoridad, es

**indispensable que los adultos marquen los límites y adviertan al adolescente sobre los riesgos a los que se expone.**

Por otro lado, también es necesario **valorarle, animarle**, y favorecer sus contactos con el exterior.



☒ **los lugares de ayuda y de cuidados**  
Págs. 124-126

Ayudar a un adolescente a desarrollar sus competencias personales es tan esencial para él como conocer los límites. En particular, si manifiesta una actitud de ensimismamiento, si necesita una dosis importante de confianza y carece de una sólida autoestima.

## El papel del entorno

**Cada persona establece una relación única con el otro y con el mundo, desarrollando estrategias personales para sentir placer o para no sufrir.**

El consumo de sustancias psicoactivas ocupa un lugar importante entre esas estrategias. No existe, pues, receta alguna para evitar que un individuo, y en particular una persona joven, haga uso de sustancias psicoactivas.

La adolescencia es la edad en la que todo parece posible, la edad de las experiencias y de los encuentros.

**Las vivencias de un momento particular pueden no tener un carácter definitivo, por lo que de nada sirve dramatizar un ensayo o un error.**

En un período de crisis, el adulto deberá encontrar el momento idóneo para hacerse entender y adoptar una actitud apropiada. Si no lo logra, puede buscar el apoyo de personas competentes **(los lugares de ayuda y de cuidados)**☒.



## ¿QUÉ PREGUNTAS HACERSE FRENTE AL USO DE UNA DROGA?

- ¿Cuál (es) es (son) la (s) sustancia (s) consumida (s)?
- ¿El consumo es esporádico o habitual?
- ¿Bajo qué circunstancias consume esta persona, sola o en grupo?
- ¿Se han producido consecuencias nocivas?
- ¿Qué importancia da el consumidor a este consumo?
- ¿Consume drogas para divertirse de vez en cuando?
- ¿Las consume para actuar como los demás?
- ¿Lo hace por que lo considera indispensable para su bienestar?

**Hacerse preguntas, hablar con toda confianza sobre el consumo, sea cual sea, es necesario.**

La mayoría de los consumos desaparecerán sin consecuencias graves si existe diálogo. A pesar de todo, en ciertas situaciones, es necesario hacerse ayudar. Aceptarlo es, a menudo, encontrar soluciones a situaciones juzgadas insoportables.

**BUSCAR CONSEJO Y ASISTENCIA NO ES UNA SEÑAL DE DEBILIDAD O UNA TRAICIÓN.**



***Retrasar lo más posible la experimentación con tabaco y alcohol puede reducir el riesgo de un comportamiento de abuso o de una dependencia posterior.***

---

## **Dar referencias**

---

**Huir de los conflictos no resuelve los problemas.** Decir no a un joven que se prepara para hacer algo arriesgado o prohibido, decir no a un adolescente, sin miedo a ejercer la autoridad, son actitudes educativas tan esenciales para él como aquellas que consisten en abrir su mente a conocimientos nuevos.

Diversos estudios confirman el papel educativo de las prohibiciones en los consumos de los más jóvenes. Animar al adolescente a retrasar lo más posible la experimentación con el tabaco y el alcohol puede reducir el riesgo de un comportamiento de abuso o de una dependencia posterior respecto a estas y otras drogas.

Por otra parte, la investigación confirma el papel positivo desempeñado por el diálogo entre padres y adolescentes en la conducta de los jóvenes. Los adolescentes que declaran tener una comunicación fluida con sus padres, son menos fumadores que aquellos que afirman que es difícil hablar con sus padres de las cosas que realmente les preocupan.

## No prejuizar consumos

**Al igual que un vaso de vino no hace a una persona alcohólica, ni un cigarrillo la convierte en fumadora, un adolescente que fuma ocasionalmente "porros" no es un drogodependiente.**

Este consumo no le llevará forzosamente hacia productos o formas de consumo cada vez más peligrosos. La familia y los amigos pueden ayudarle a tomar conciencia de los riesgos, facilitándole informaciones básicas, claras y precisas que ayuden a **evaluar sus debilidades y sus puntos fuertes**. Frente a la oferta de productos y la influencia del entorno, es más fácil escoger opciones responsables.

Los consumos abusivos y las dependencias forman parte a menudo de un conjunto de comportamientos de riesgo o de síntomas que reflejan dificultades pasajeras más profundas, de las que se es preciso ser consciente.



***Un adolescente que fuma ocasionalmente porros no es un drogodependiente.***



## ¿Dónde informarse?

En los centros de documentación especializada, los centros de información juvenil, los servicios de prevención de los ayuntamientos.

Para encontrar direcciones útiles, consultar:



> En **Internet:**

[www.euskadi.net/asuntossociales](http://www.euskadi.net/asuntossociales)

[www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com)

[www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)

[www.sindrogas.es](http://www.sindrogas.es)

[www.fvsd.org](http://www.fvsd.org)

[www.edex.es](http://www.edex.es)



> Por **teléfono:**

Dirección de Drogodependencias  
del Gobierno Vasco:  
945 01 81 04

Plan Nacional sobre Drogas:  
902 16 15 15

Fundación Vivir sin Drogas:  
944 41 85 82

## Prevenir e informar

---

Los organismos públicos y las asociaciones desarrollan acciones de prevención dirigidas a los jóvenes y a las familias, en colaboración con especialistas, profesionales de la comunidad educativa, profesionales de la salud, etc.

Estas acciones pueden desarrollarse:

- **en el entorno escolar**, tanto en los centros de Educación Primaria como en los de Secundaria,
- **en el marco de las actividades deportivas o culturales;**
- **en los lugares donde se reúnen jóvenes;**
- **en los recintos festivos** (raves, festivales, conciertos...), se desarrollan acciones de información y de reducción de riesgos dirigidas a evitar, por ejemplo, la conducción bajo los efectos de una droga o el consumo combinado de sustancias psicoactivas.



## Lugares para hablar

Para encontrar interlocutores con los que reflexionar sobre los riesgos asociados al abuso de drogas, y los estilos de vida preventivos, puede contactarse con alguno de los siguientes recursos:

### > Oficinas de Información sobre Drogodependencias:

Con una denominación u otra, la mayor parte de los ayuntamientos disponen de un equipo especializado en drogodependencias que atiende las inquietudes de la ciudadanía, jóvenes y adultos, en la oficina en la que el **Plan Municipal de Drogodependencias** se ubica.

### > ONG especializadas:

Existen asimismo, un amplio abanico de **ONG especializadas** en el **campo de las drogodependencias** a las que puede acudir en busca de asesoramiento ([www.unad.org](http://www.unad.org)).



## Para hablar de un consumo problemático y recibir ayuda

Un primer contacto con un **médico general o eventualmente un especialista (psicólogo, psiquiatra)** puede ayudar a encontrar atención adecuada, sobre todo si el consumo de sustancias psicoactivas se asocia con dificultades psicológicas o de comportamiento general.

**En los centros de salud y de servicios sociales,** se puede dar asesoramiento y cuidado a todos los ciudadanos que lo soliciten.

Existen **numerosos centros de atención especializada** que proponen acompañar y tratar al consumidor y/o su entorno, dependiendo de las características de cada caso.

**Centros de Atención a Drogodependientes,** que reciben diversos nombres, acogen a toda persona que padece problemas por su relación con las drogas ofreciendo una gran variedad de programas de diversa naturaleza (médicos, psicológicos, sociales, educativos, etc.).



La sanidad pública de nuestro país incluye el abordaje de las drogodependencias entre las prestaciones sanitarias a las que por ley está obligada.

### Comunidades Terapéuticas

Existen en nuestro país **decenas de Comunidades Terapéuticas**, que atienden a miles de drogodependientes. Éstos son derivados allí por los profesionales de su centro de referencia. La estancia en la comunidad, variable, pero próxima a los 6 meses, permite iniciar la reconstrucción de un proyecto de vida alternativo al abuso de drogas.

Tras la Comunidad Terapéutica, **se plantean a cada sujeto** diversas opciones orientadas a su inclusión social: pisos de acogida, puestos de trabajo, apoyo educativo y, en definitiva, medidas de soporte social susceptibles de favorecer una normalización progresiva.

**En el mundo penitenciario** también se desarrollan diversos programas orientados a reducir el riesgo de infecciones y a favorecer el inicio de un proceso terapéutico que pueda continuarse a la salida en contacto con los recursos comunitarios.

### Tratamiento del alcoholismo

Nuestro sistema sanitario y de servicios sociales atienden a las personas alcohólicas, generalmente en régimen **ambulatorio** , y con la posibilidad de hospitalización cuando la gravedad de la situación lo requiera.



 **ambulatorio**  
Pág. 136

### Deshabitación tabáquica

Existen múltiples dispositivos que ofrecen apoyo profesional a las personas motivadas para dejar el tabaco. Abordaje individual o grupal, psicológico y/o farmacológico, adaptado en cada caso a las necesidades de cada persona.



## Reducción de riesgos y daños

A partir de los años 80 se toman diversas medidas para favorecer el acceso al material de inyección estéril de uso único por parte de los usuarios de drogas por vía intravenosa, **con el fin de evitar la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el de la hepatitis C** (venta libre de jeringuillas, programa de intercambio de jeringuillas).

Así mismo se han **desarrollado centros** de acogida donde los usuarios de drogas en mayor dificultad encuentran ayuda, una persona que les escuche y cuidados de primera urgencia.





## Para saber más

### LAS WEB

Informaciones para la población general, y para los profesionales, sobre las drogas y las dependencias;

[www.euskadi.net/asuntossociales](http://www.euskadi.net/asuntossociales)

[www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com)

[www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)

[www.sindrogas.es](http://www.sindrogas.es)

[www.fvsd.org](http://www.fvsd.org)

[www.edex.es](http://www.edex.es)

[www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)

[www.euskalnet.net/osasunekintza](http://www.euskalnet.net/osasunekintza)

[www.gizakia.org](http://www.gizakia.org)

[www.lasdrogas.net](http://www.lasdrogas.net)

[www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

## Fuentes de los datos

---

Los datos presentados en los diversos capítulos del libro proceden de las siguientes publicaciones:

→ **COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.** Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Glosa Ediciones. Barcelona, 1998.

→ **EUROBAROMETER.** Attitudes and Opinions of Young People in the European Union on Drugs; EORG, The European Opinión Research Group; October 2002.

→ **EUSKADI Y DROGAS 2000.** Psicofármacos y drogas ilegales. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **JÓVENES Y DROGAS EN EUSKADI 2001.** Análisis epidemiológico del consumo de drogas; Mikel Marañón; Secretaría de Drogodependencias, Gobierno Vasco, 2001.

→ **JÓVENES Y DROGAS EN EUSKADI 2001.** Drogas ilegales, Juan Gamella y M.<sup>a</sup> Luisa Jiménez; Secretaría de Drogodependencias, Gobierno Vasco, 2001.

---

→ **OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS.** Informe N.º 1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1998.

→ **OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS.** Informe N.º 3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.

→ **OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS.** Informe N.º 5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2002

→ **OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS.** Informe Anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega, 2002.

→ **OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS.** Informe N.º 4 2001. Indicadores sociológicos. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS.** Informe N.º 4 2001. Indicadores Tratamiento. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS.** Informe N.º 4 2001. Indicadores mortalidad. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS.** Informe N.º 4 2001. Indicadores SIDA. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS.** Informe 3. 2000. Introducción e indicadores de consumo. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

→ **ODCCP.** Tendencias Mundiales de las drogas ilícitas 2001.

→ **PANTOJA, L.; MEANA, J.L.** (eds.). Nuevas interpretaciones y nuevos abordajes del alcoholismo. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao, 2000.

→ **PORTELLA, E. y cols.** El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Panamericana. Madrid, 1998.

# Bibliografía



→ **COMAS, D.** No es oro todo lo que dicen que reluce. ¿Qué hace la juventud el fin de semana? Revista de Estudios de Juventud. N1/4 37. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud. Madrid, 1996.

→ **ELZO, J. y cols.** Jóvenes españoles 99. Fundación Santa María. Madrid, 1999.

→ **FAD.** Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. Fundación La Caixa, 2000.

→ **FERNANDO CONDE.** Los hijos de la desregulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas. Fundación CREFAT. Monografías, 6. Madrid, 1999.

→ **FUNES, J.** Nosotros, los adolescentes y las drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1990.

→ **FUNDACIÓN VIVIR SIN DROGAS.** Drogas. Guía para padres y madres. Bilbao, 2000.

→ **GAMELLA, J.F.; ÁLVAREZ, A.** Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Ariel. Barcelona, 1999.

→ **PNSD.** Actuar es posible. El profesional de atención primaria ante los problemas derivados del consumo de drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1992.

→ **PNSD.** Actuar es posible. El consumo de drogas y la comunidad escolar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1996.

→ **PNSD.** Actuar es posible. La prevención del consumo de drogas en la familia.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1997.

→ **PNSD.** Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencias.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.

→ **PNSD.** Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.





## → **AMBULATORIO**

Tratamiento efectuado fuera de las estructuras de hospitalización o de internamiento. Este tratamiento permite al paciente seguir con sus ocupaciones habituales.

## → **ANALGÉSICO**

Fármaco que elimina o atenúa la sensibilidad al dolor.

## → **ANOREXÍGENO**

Fármaco que elimina la sensación de hambre.

## → **ANTIÁLGICO**

Fármaco que calma el dolor.

## → **CARENCIA**

Término empleado para describir la sensación que ocasiona la falta de una droga de la que se es dependiente. Se ha asociado especialmente a la dependencia de opiáceos (morfina, heroína). La privación del producto genera un malestar físico (sudores, agotamiento o agujetas, temblores, náuseas, insomnio, agitación) y psicológico (ansiedad, irritabilidad, angustia). La falta de opiáceos, por dolorosa y espectacular que sea, no provoca la muerte. Sin embargo, la abstinencia provocada por la privación brusca de alcohol a una

persona dependiente puede provocar un delirium tremens, que podría llevar a la muerte.

#### → **COMER (UN COMPRIMIDO DE ÉXTASIS)**

Tomar una pastilla.

#### → **DESPENALIZACIÓN**

Eliminación de las sanciones penales por el uso de un producto prohibido.

#### → **DESINTOXICACIÓN**

Es el cese de la toma de una sustancia psicoactiva de manera brusca o progresiva. Para liberar al organismo de la necesidad de la droga sin sentir los efectos físicos de la abstinencia, las personas drogodependientes pueden ser desintoxicadas bajo asistencia y control médico.

La desintoxicación de los barbitúricos (somniaferos utilizados ocasionalmente) o reacciones graves debidas a la privación de alcohol (delirium tremens, trastornos psíquicos) precisan hospitalización.

#### → **DOPAMINA**

Ver neurotransmisor.

#### → **DOSIS**

Cantidad de una droga administrada en cada ocasión de consumo.



#### → DROGA

Término usual para designar cualquier sustancia psicoactiva con riesgo de abuso y que puede ocasionar una dependencia.

#### → ESNIFAR

Inhalar, aspirar por la nariz. Se esnifa una raya de coca, por ejemplo.

#### → ESTUPEFACIENTE

Sustancia susceptible de inducir abuso o dependencia, inscrita en las listas I, II y III de estupefacientes establecidas por la Convención Única de 1961.

#### → EPISODIO O DELIRIO PARANOICO

Crisis durante la cual un individuo es objeto de delirios que recuerdan la paranoia.

#### → KIT DE PREVENCIÓN

Estuche de prevención destinado a los usuarios de drogas que se inyectan por vía intravenosa. Contiene: dos jeringuillas, dos ampollas de agua destilada, dos tapones impregnados de alcohol, dos tapones secos, dos recipientes para diluir y calentar, dos filtros, un preservativo y mensajes de prevención. Las subvenciones públicas permiten que este estuche se venda a un precio moderado en farmacias.

### → LEGALIZACIÓN DE UNA DROGA

Es la autorización para la distribución de un producto hasta entonces prohibido. Esta legalización puede acompañarse de una restricción de la difusión: lugares específicos de venta, prohibición de venta a menores, producción controlada (por ejemplo, la producción y la venta de tabaco y de alcohol están sometidos a un control ejercido por la Administración).

### → MANIACO-DEPRESIVO

Relativo a la psicosis maniaco-depresiva. Esta enfermedad se manifiesta en ataques de sobreexcitación (manía) que se alternan con períodos de melancolía (depresión).

### → MASCAR

Masticar (tabaco, hoja de coca).

### → NEUROCIENCIAS

Conjunto de conocimientos e investigaciones científicas que se refieren al cerebro.

### → NEUROTRANSMISORES

Sustancias químicas que aseguran la transmisión nerviosa a través de las sinapsis. Los principales neurotransmisores son la dopamina y la serotonina.

### → OPIÁCEO

Derivado del opio.





#### → PARANOIA

Trastornos psiquiátricos caracterizados por delirios y reacciones agresivas.

#### → PARCHES

Pegatina adhesiva que se pone sobre la piel con el fin de liberar el fármaco que contiene.

#### → POLICONSUMO

Comportamiento de uso caracterizado por asociar el consumo de varias sustancias psicoactivas.

#### → RAVE

Una fiesta *rave* es una concentración multitudinaria que se organiza alrededor de la música *techno*. Los participantes o *ravers* valoran que tenga lugar en sitios insólitos (en pleno campo, en edificios industriales en desuso).

#### → SEDANTE

Producto destinado a calmar un estado de agitación o de nerviosismo.

#### → SUSTITUCIÓN (TRATAMIENTO DE)

Estos tratamientos de sustitución tienen como objetivo estabilizar la dependencia de forma médica y legal. Es el caso, por ejemplo, de la metadona administrada a heroinómanos.

**→ SOBREDOSIS**

El usuario de heroína utiliza una dosis demasiado fuerte en comparación con la que su organismo está acostumbrado a soportar. Estos accidentes ocurren a menudo cuando el usuario utiliza la misma dosis que otro, o cuando utiliza sin saberlo un producto que no está lo suficientemente diluido o cortado, o cuando toma varios productos cuyos efectos se refuerzan. Los riesgos de sobredosis aparecen sobre todo después de un paro prolongado del consumo, cuando el organismo ha perdido la tolerancia a la dosis habitual.

**→ SINAPSIS**

Zona de unión entre dos neuronas o entre una neurona y otra célula.



*Este libro fue realizado por el Comité Francés de Educación para la Salud (CFES) y la Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía (MILDT). Traducido y adaptado a nuestra realidad por la Fundación Vivir sin Drogas.*

**MILDT (Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía)**

*Ubicada bajo la autoridad del Primer Ministro, esta Misión dinamiza y coordina la acción de 17 ministerios implicados en la lucha contra la droga y la prevención de las drogodependencias, especialmente en los campos de la prevención, la atención sociosanitaria, la represión, la formación, la comunicación, la investigación y la cooperación internacional. La Misión prepara y pone en marcha la decisión del Comité Interministerial de Lucha contra la droga y de prevención de drogodependencias, cuyas competencias conciernen, desde el 16 de junio de 1999, tanto a los consumos de drogas ilícitas como al abuso de alcohol, de tabaco y de psicofármacos.*

**CFES (Comité Francés de Educación para la Salud)**

*El CFES es una institución de salud situada bajo la tutela del ministro encargado de la salud. Su misión es ayudar a la población a adoptar comportamientos favorables a la salud. Pone en marcha programas nacionales de prevención y de comunicación en relación a numerosos temas (campañas de televisión, radio y prensa escrita, realización y distribución de folletos y otros materiales...). Cada año, publica estudios sobre los comportamientos de los franceses relacionados con la salud. 117 comités departamentales y regionales desarrollan acciones de educación para la salud, y constituyen una red nacional dinamizada por el CFES.*

© **de la presente edición:** Fundación Vivir sin Drogas, 2003

© **de la publicación original:** CFES, 2000

© **traducción y adaptación:** EDEX, 2002

**Título original:** Drogues. Savoir plus risquer moins

**Autores:** CFES - MILDT

**Edita:** Fundación Vivir Sin Drogas

**Diseño:** Álvaro Pérez Benavente

**Tirada:** 25.000

**ISBN:** 84-9726-099-6

**Depósito Legal:** BI-385-03

Todos los derechos de la presente edición quedan reservados a la Fundación Vivir sin Drogas, sin cuyo permiso previo, por escrito, queda prohibida su reproducción total o parcial.

#gazteplana#  
- 2002-2005 -



KULTURA SAILA

*Gazteria eta Gizarte Ekintza Zuzendaritza*

DEPARTAMENTO DE CULTURA

*Dirección de Juventud y Acción  
Comunitaria*