

TU GUÍA PARA SABER MÁS, PARA DECIDIR MEJOR.

En esta Guía encontrarás respuestas a muchas preguntas que seguramente te has hecho sobre las drogas: ¿Qué sustancias pueden considerarse drogas? ¿Cuáles son sus efectos? ¿Qué riesgos entraña su uso? ¿Quiénes las toman y por qué? ¿Cómo actuar ante los problemas que generan? ¿Qué hacer para prevenir su consumo?

Para saber más sobre el tema o hacernos llegar tus opiniones nos tienes en: sindrogas.es o en el teléfono 902 16 15 15.

Edita:

 PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Tu Guía

Drogas: más información, menos riesgos

DROGAS: + INFORMACIÓN - RIESGOS

Tu Guía

  PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS





Edita: MINISTERIO DEL INTERIOR
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica

Autores: EDEX, Juan Carlos Melero y Jesús A. Pérez de Arróspide

Diseño y maquetación: Eme & Ka comunicación
Imágenes: ©2001 EDEX

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado
Tirada: 200.000 ejemplares

NIPO: 126-01-022-0
Depósito legal: 24952/2001

Í N D I C E

Presentación	4	—
Saber más para decidir mejor	7	—
Distintas relaciones con las drogas	11	—
¿De qué drogas hablamos y a quiénes les interesan?	21	—
Cannabis	21	—
Cocaína	28	—
Drogas de síntesis: éxtasis	34	—
Anfetaminas	41	—
Alucinógenos	45	—
Heroína	50	—
Alcohol	55	—
Tabaco	62	—
¿Por qué se consumen y qué se puede hacer?	69	—
Situaciones y consumos de especial riesgo	75	—
¿Cómo actuar en presencia de problemas?	79	—
Cuando los problemas los tiene uno mismo	79	—
Cuando los problemas los tienen personas cercanas	81	—
¿Dónde conseguir más información?	83	—

PRESENTACIÓN

La «Estrategia Nacional sobre Drogas. 2000-2008», aprobada por el Gobierno en diciembre de 1999, ha supuesto una auténtica puesta al día de las políticas que venían desarrollando las Administraciones Públicas en nuestro país desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Además, nos ha permitido disponer de un marco de trabajo concreto y bien definido para los próximos años.

Entre las muchas aportaciones de esta Estrategia, la más significativa es, sin duda, haber situado a la prevención en un lugar central y prioritario respecto a todas las posibles medidas que cabe articular frente a las drogas. Pero impulsar la prevención exige la aplicación de grandes esfuerzos, la conjunción de numerosas voluntades y sustentarla en una información objetiva, veraz y rigurosa sobre este complejo fenómeno. De aquí que un objetivo fundamental esté dirigido precisamente a «ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y las otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume».

Bien es verdad que éste no es un objetivo novedoso. Desde hace años, la Delegación del Gobierno y todas las demás entidades que componen el Plan Nacional sobre Drogas, estamos llevando a cabo una serie de actuaciones destinadas a concienciar e informar sobre las consecuencias de los consumos de drogas, tanto a la población general como a determinados sectores específicos, tales como las familias y los jóvenes. Entre estas actuaciones destacan especialmente las campañas de sensibilización que han contado con la participación de la iniciativa social y de muchos medios de comunicación.

La más reciente de estas campañas, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: «Entérate. Drogas: Más información, menos riesgos», se enmarca en una concepción preventiva que va más allá de la simple

emisión de un mensaje. Trata de promover la participación activa de la población a la que se dirige estableciendo un auténtico diálogo entre la Administración y los ciudadanos. Para ello ofrece instrumentos concretos que hagan posible esta comunicación.

Esta guía que tengo el placer de presentar es uno de los instrumentos de la campaña, pero no el único: se incluyen también una página web y un teléfono que permiten la consulta y la relación con todos los servicios que componen la estructura del Plan. Por otra parte, si bien la campaña tiene como destinatarios fundamentales a los jóvenes –por encontrarse en una etapa especialmente vulnerable de su desarrollo vital–, también pretende ser útil a los padres, los educadores, los mediadores sociales y los ciudadanos en general.

La guía presenta información sobre las drogas y sus efectos, los niveles de consumo en nuestro país y la situación legal de cada sustancia. Pero también hace referencia a los factores de riesgo (aquellos que favorecen el consumo) y los factores de protección y ofrece información sobre servicios a los que acudir en caso de necesidad.

Es cierto que la información, por sí sola, no es la solución, pero constituye una condición imprescindible para aprender a evitar las drogas o reducir los riesgos cuando los consumos se producen. Por eso creo que esta guía puede ayudar a superar los mensajes tópicos y erróneos que tan a menudo se manejan sobre las drogas y contribuir a que los ciudadanos tengan una visión más fiable y completa del fenómeno. Sólo de este modo podrán comprenderlo en toda su complejidad y tendrán capacidad para reaccionar ante él con inteligencia y libertad.

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



SABER MÁS PARA DECIDIR MEJOR

¿PODEMOS ACTUAR DE UN MODO MÁS INTELIGENTE EN RELACIÓN CON LAS DROGAS?

Existen pocos asuntos tan llenos de estereotipos y de prejuicios como el consumo de drogas. Una conducta sobre la cual la mayoría de la gente se siente bien informada, aunque en la práctica las "informaciones" de unos choquen, a veces frontalmente, con las de otros. En ocasiones, parecería incluso que, hablando de lo mismo, se está hablando de realidades distintas.

Hay quien piensa que los consumidores de drogas son unos viciosos irresponsables, mientras que otros los ven como unos auténticos vividores. Para algunos, son enfermos necesitados de tratamiento, mientras otros los consideran personas inmaduras que cambiarán con la edad. Algunas opiniones ven en las drogas una amenaza cierta de dependencia, mientras otros ven en su uso el colmo de la libertad individual.

¿Cómo puede un mismo asunto provocar tantas y tan diferentes reacciones? ¿Cómo es posible que una misma conducta dé lugar a tan apasionados posicionamientos?

¿Es posible poner un poco de orden sobre el particular? ¿Podemos acceder a conocimientos científicos que nos ayuden a formarnos una visión más realista del asunto? ¿Es posible una visión que nos ayude a tomar las decisiones más inteligentes?



LA INFORMACIÓN ES PODER... PARA DECIDIR

Algunas personas mantienen un miedo reverencial a la información sobre las drogas. Como si disponer de una información adecuada sobre ellas fuera a aumentar su consumo. Algo similar a lo que, en otros tiempos, se pensó respecto a la educación sexual.

Sin embargo, la realidad es bien otra. La información es un recurso necesario para tomar decisiones inteligentes, informadas, autónomas, ante cualquier desafío (las drogas, en nuestro caso). Los riesgos reales proceden de la ignorancia. No hay elección libre sin un saber adecuado.

Una sociedad más culta, más informada y mejor formada sobre las drogas, será más capaz de convivir en un mundo en el que éstas existen, reduciendo el riesgo de establecer con ellas relaciones conflictivas.

¿QUÉ TAL SI NOS DEJAMOS DE PREJUICIOS E INTENTAMOS ACERCARNOS A UN SABER MÁS CIENTÍFICO?

El fenómeno de las drogodependencias es uno de los asuntos más complicados que vive la humanidad (por su relación con la química, la biología, la historia, la psicología, la filosofía, el arte...). Sin embargo, se despacha en ocasiones con un par de ocurrencias más o menos airadas (ya sea para defender su consumo, ya para condenarlo).

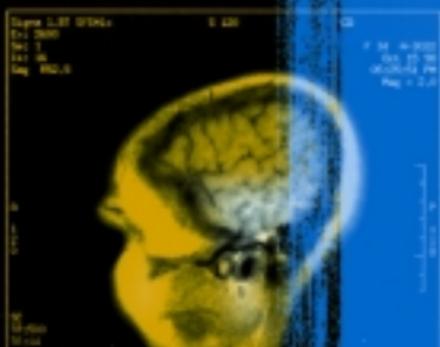
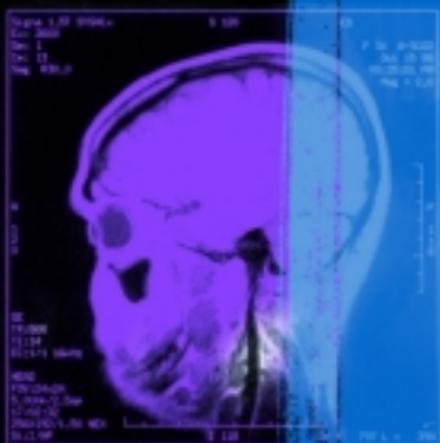
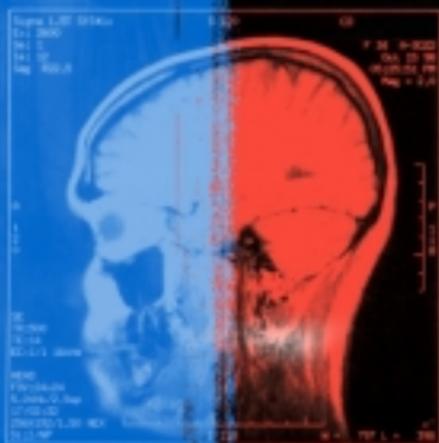
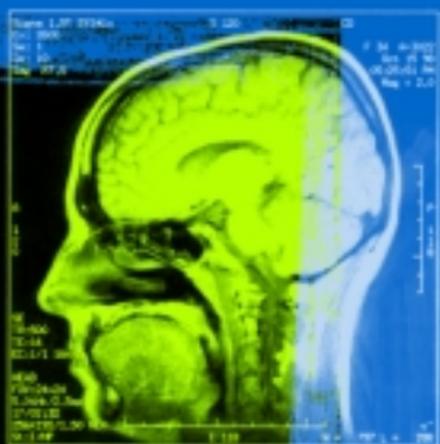
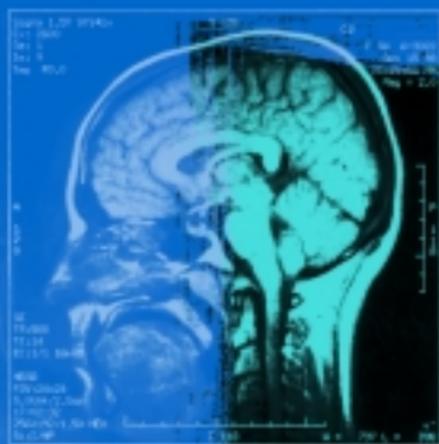
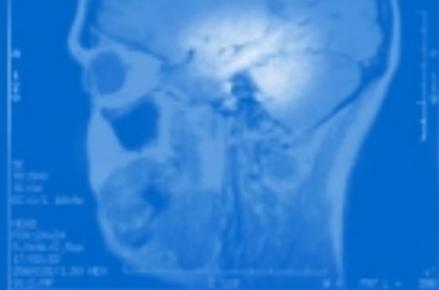
En las páginas que siguen nos proponemos presentar una información objetiva, científica, útil para construir una cultura más racional sobre las drogas; para crear una percepción que ayude a adoptar una actitud autónoma, consciente de los pros y los contras que envuelven cualquier decisión.

Nos proponemos esbozar una información adecuada para los jóvenes que necesitan formarse una postura personal ante las drogas. Una información útil también para ciudadanos



adultos, padres y madres, educadores, etc., que desean disponer de un mayor saber respecto a un fenómeno con el que a menudo se topan en su relación con los jóvenes, y respecto al cual no están seguros de poseer los conocimientos necesarios.

Unos y otros encontrarán en esta publicación algunas claves de reflexión útiles para adoptar actitudes más serenas y racionales ante el consumo de drogas. No nace con vocación de enciclopedia, sino de guía, de brújula capaz de orientar la toma de decisiones en relación a un asunto, el consumo de drogas, ante el que tarde o temprano toda persona tiene que tomar sus propias decisiones.



DISTINTAS RELACIONES CON LAS DROGAS

¿QUÉ ES ESO DE LAS DROGAS?

Aunque el ser humano puede crearse dependencias de una amplia diversidad de objetos y personas, no sirve de nada confundir realidades tan distintas. Hoy en día se habla de dependencia al juego, a Internet, al sexo... Nada que objetar, pero mezclarlo todo con afirmaciones del tipo "también la tele es una droga, y además de las más fuertes", en nada ayuda a comprender ni la dependencia de las drogas ni la dependencia de la televisión, que también puede existir.

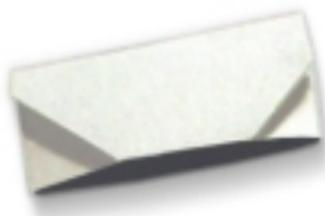
Para centrar la reflexión que proponemos, partimos de una definición básica de lo que cabe entender por "drogas": Se conocen como "drogas" todas aquellas sustancias que reúnen las siguientes características.

- Una vez dentro de nuestro organismo, se dirigen a través de la sangre hacia nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable.
- Su uso regular puede generar procesos conocidos como:
 - Tolerancia: a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos.
 - Dependencia: tras un uso habitual más o menos prolongado, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate:
 - Para no experimentar síntomas de abstinencia, como veremos al hablar de la dependencia física.
 - Para afrontar su vida cotidiana, como veremos al hablar de la dependencia psicológica.

- Su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos:
 - Físicos, cuando, como consecuencia de su toxicidad, dañan el organismo de la persona consumidora: Por ejemplo, una bronquitis crónica causada por el consumo habitual de tabaco.
 - Psicológicos, cuando inciden negativamente sobre la relación de la persona consigo misma o con su entorno afectivo, como ocurre en los conflictos de pareja por abuso de alcohol.
 - Sociales, cuando impactan sobre la comunidad, como ocurre con los accidentes de tráfico provocados por conductores bajo los efectos de las drogas.

NO TODAS LAS DROGAS SON IGUALES

Las drogas no constituyen una realidad única, sino que están caracterizadas por una notable diversidad. Ya ha quedado atrás la mención a "la droga", expresión que no da información ni respecto a sustancias, ni respecto a riesgos, ni respecto a consumidores... Hay tantas y tan variadas sustancias que, en este caso, el genérico traiciona la realidad.



La principal característica que todas las drogas comparten fue bautizada por los científicos como "psicoactividad". Se trata de la capacidad de estas sustancias para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual.

Para hacernos una idea más real del fenómeno, veamos, a modo de apunte, un árbol de clasificación de las diversas sustancias, atendiendo a su principal efecto sobre el cerebro humano.

De acuerdo con este criterio, el árbol de las drogas está formado por tres grandes ramas:

Drogas depresoras del sistema nervioso central

Familia de sustancias que tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes de este grupo son:

- Alcohol
- Opiáceos: heroína, morfina, metadona, etc.
- Tranquilizantes: pastillas para calmar la ansiedad
- Hipnóticos: pastillas para dormir.

Drogas estimulantes del sistema nervioso central

Grupo de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas.

Entre estas drogas, podemos destacar por su relevancia las siguientes:

- Estimulantes mayores: anfetaminas y cocaína
- Estimulantes menores: nicotina
- Xantinas: cafeína, teobromina, etc.

Drogas perturbadoras del sistema nervioso central

Sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.:

- Alucinógenos: LSD, mescalina, etc.
- Derivados del cannabis: hachís, marihuana, etc.
- Drogas de síntesis: éxtasis, Éva, etc.



Las drogas pueden consumirse por diversas vías:

- Fumada (como ocurre con el hachís o el tabaco)
- Ingerida por vía oral (como el alcohol o las drogas de síntesis)
- Aspirada (como la cocaína y el *speed*)
- Inhalada (como los pegamentos)
- Inyectadas (como, en ocasiones, la heroína).

Ya sea una u otra la vía elegida, el destino final de la sustancia siempre será el mismo: el cerebro del consumidor, al que llegará a través de la sangre. Una vez en su destino, cada sustancia producirá alteraciones específicas.

NO TODO CABE EN EL MISMO SACO: APRENDER A MATIZAR

Aunque por comodidad tendamos a percibir como igual todo consumo de drogas, también aquí nos encontramos ante situaciones muy diferentes. Aprender a distinguir nos ayudará a llamar a cada realidad por su nombre, y atribuirle el significado que realmente le corresponde.

Y es que, ni todo consumidor de drogas es un "drogadicto" (término, próximo a lo malsonante, que convendría desterrar de nuestro vocabulario), ni todo consumo de drogas en el que no haya dependencia es por completo inofensivo.

Aunque las relaciones con las drogas sean tantas y tan diversas como consumidores, convengamos al menos en la necesidad de establecer tres tipos básicos: uso, abuso y dependencia. Veámoslos con algún detalle.

Uso

Entendemos por uso aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

En la práctica es muy difícil definir un consumo como "uso", ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para un observador neutral.

Es preciso, por ello, afinar la mirada antes de valorar como "uso" una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia. Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo alguna forma de dependencia.

Tampoco es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico. Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros (por ejemplo, un trabajador de la construcción que fuma hachís minutos antes de subir a un andamio).

No todas las drogas permiten una relación de estas características. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco. Existen personas que sólo fuman de vez en cuando, o que no superan los 2 ó 3 cigarrillos, pero no son precisamente la mayoría.

Abuso

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.





El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuanto esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer alteraciones respiratorias. Por el contrario, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de accidente cerebral. Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Dependencia

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos entender la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

Dependencia física

En este caso, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.

El concepto de dependencia física está muy asociado al de tolerancia que hemos visto. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente aun a dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando al tóxico como medida de protección.

Cuando un drogodependiente abandona el consumo, su tolerancia disminuye. Si pasado un tiempo reanuda el consumo en las dosis anteriores, padecerá una intoxicación aguda que, dependiendo del tipo de droga de que se trate, puede llevarle al coma e incluso a la muerte. Así se explican buena parte de las muertes por sobredosis en sujetos dependientes de la heroína.

Dependencia psíquica

Compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

La dependencia física es relativamente fácil de superar tras un período de desintoxicación que, en función de cada droga, puede prolongarse como máximo durante 15 días.

Es más costoso desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas.

ACERCA DEL POLICONSUMO

Aunque existe, no es frecuente entre consumidores habituales de drogas la utilización de una única sustancia. La pauta más habitual es el consumo combinado de diversas drogas. A menudo, se trata de consumos combinados a lo largo de un mismo período de tiempo. Así, por ejemplo, se pueden beber cantidades



excesivas de alcohol, fumar un paquete de cigarrillos, compartir un par de *porros* y esnifar una rayita de cocaína, todo ello en un mismo fin de semana. Las combinaciones posibles son numerosas.

En otras ocasiones nos encontramos con personas que consumen diversas sustancias, de manera variablemente habitual, aunque no realicen tantas mezclas en un período tan corto. Puede que una noche se emborrachen con cerveza y fumen hachís, mientras que otra noche distinta el hachís deje paso a la cocaína.

En todo caso, se trata de una pauta de consumo que multiplica los riesgos asociados a las diversas sustancias.

LO QUE ES Y LO QUE PARECE

Realidad y percepción social no siempre coinciden en relación con las drogas. De hecho, en muchas ocasiones, por un lado van los consumos reales y las dificultades derivadas de ellos, y por otro va la imagen que la sociedad tiene del asunto.

Este divorcio puede dar lugar a equívocos que acaben situando este asunto de las drogas en el terreno de la ficción. Así, se puede pensar que "drogas" son sólo las sustancias que consumen otros (aunque quien lo diga sea un nicotínomano crónico). Se puede pensar también que las drogas son consumidas sólo por los jóvenes, cuando es evidente que existe un notable abuso de alcohol por parte de la sociedad adulta.

De igual manera, se observa con frecuencia una preocupada y, en ocasiones, preocupante asociación de ciertas drogas a contextos y sujetos marginales, al tiempo que se consideran dentro de la "normalidad" los abusos de otras por parte de amplísimos sectores en contextos de recreación. Es el caso de los consumos de fin de semana (con sustancias como el alcohol, el cannabis, el éxtasis, etc.).

Tal y como hemos visto al definir las drogas, los criterios realmente relevantes son los relativos a la capacidad de las

sustancias para generar problemas de salud y, en su caso, diversas formas de dependencia.

Para que una sociedad responda con madurez al fenómeno de las drogodependencias, es necesario un cambio cultural que incorpore, entre otros, los siguientes elementos:



- No existe "la droga", sino diversas sustancias con diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales, y distintos riesgos asociados.
- Los problemas relacionados con las drogas no están vinculados únicamente a las sustancias consumidas, sino a las circunstancias personales del consumidor y al entorno social en el que tienen lugar dichos consumos.
- También el alcohol y el tabaco son drogas, y de las que más se abusa por cierto, aunque sólo una parte de la sociedad las perciba como tales.
- Los más graves problemas de salud pública asociados al consumo de drogas, no son atribuibles a las sustancias generalmente percibidas como tales, sino a las que gozan de las más diversas coartadas culturales. Así, frente al drama que supone la muerte de alrededor de 470 personas al año a consecuencia de reacciones negativas a la heroína o la cocaína, se estiman en 46.000 las muertes anuales atribuibles en nuestro país al consumo de tabaco, y en 12.000 las que cabe relacionar directamente con el alcohol.
- No es acertada la tendencia a asociar cada droga con un único tipo de consumidor (por ejemplo, *yuppy* con cocaína), sino que para las distintas sustancias hay una considerable variedad de usuarios, con motivos para el consumo de los más diversos.
- Cualquier situación de abuso es reversible si el individuo y su entorno más próximo cuentan con el soporte personal y/o profesional adecuado.



¿DE QUÉ DROGAS HABLAMOS, Y A QUIÉNES LES INTERESAN?

3

CANNABIS ¿QUÉ ES?

El cannabis es una planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (hachís y marihuana) y más utilizadas entre las drogas ilegales.

Su consumo, como el de la mayoría de las drogas de origen botánico, ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales, siendo usada con fines religiosos, medicinales y lúdicos. También se ha utilizado tradicionalmente para la elaboración de fibras textiles.

Con el avance del cristianismo, su uso quedó restringido a determinadas zonas de Asia y África.

En Europa fue redescubierto para uso fundamentalmente lúdico por parte de escritores y artistas como Baudelaire o Delacroix, integrantes del denominado *Club des haschischiens*.

Junto con los alucinógenos, los derivados del cannabis fueron la droga de elección del movimiento *hippy* de los años sesenta y, en general, de los movimientos contraculturales y psicodélicos.

La planta es conocida en botánica como *Cannabis sativa*, y sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos: el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC.

En los últimos tiempos se ha generado una gran confusión en torno al uso terapéutico de los derivados del cannabis. Se ha pretendido, en ocasiones, relacionar la posible capacidad terapéutica de uno de los 60 cannabinoides activos que contiene la marihuana, con la supuesta bondad de su consumo. Sin embargo, nada tiene que ver la investigación médica sobre estos temas (aún en fase inicial) con los consumos recreativos del hachís y marihuana que tantos problemas físicos, psicológicos y sociales generan según las más recientes investigaciones.



Sus derivados más consumidos actualmente son el hachís y la marihuana. En España se consume principalmente hachís, procedente en su mayoría de los cultivos del norte de Marruecos, del valle de Ketama, en la región del Rif.

El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate. Su concentración de THC es superior a la de la marihuana, por lo que su toxicidad potencial es mayor.

La marihuana se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos. Ambos preparados se consumen fumados en un cigarrillo liado con tabaco rubio, cuyas denominaciones más usuales son: *porro*, *canuto*, *peta*, *joint*...

En el año 2000 se incautaron en España 474.504 kgs. de hachís.

EFFECTOS

Al consumirse fumado, es fácilmente absorbido por los pulmones, por lo que llega al cerebro con rapidez. En pocos minutos empiezan a manifestarse sus efectos, que pueden durar entre 2 y 3 horas.

Efectos psicológicos

Inevitablemente, se entremezclan reacciones buscadas por el consumidor con respuestas indeseadas. Los efectos más frecuentes son:

- Relajación
- Desinhibición



- Hilaridad
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo
- Somnolencia
- Alteraciones sensoriales
- Dificultad en el ejercicio de funciones complejas:
 - Expresarse con claridad
 - Memoria inmediata
 - Capacidad de concentración
 - Procesos de aprendizaje.



Efectos fisiológicos

Tras el consumo de cannabis pueden darse diversas reacciones orgánicas, las más frecuentes de las cuales son las siguientes:

- Aumento del apetito
- Sequedad de la boca
- Ojos brillantes y enrojecidos
- Taquicardia
- Sudoración
- Somnolencia
- Descoordinación de movimientos.



RIESGOS

Los riesgos asociados al consumo de derivados del cannabis se explican tanto por las peculiaridades de su principal principio activo, el THC, como por el hecho de que se consume habitualmente fumado.

En el plano psicológico

El THC es particularmente soluble en aceite, por lo que tiende a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, como es el caso del cerebro. Tiene una vida media de una semana, por lo que a los siete días de su consumo aún se mantiene sin eliminar el 50% del principio activo, favoreciendo su acumulación cuando el consumo es regular. Como consecuencia de este proceso existen algunos riesgos a considerar:

- El consumo diario de hachís puede ralentizar el funcionamiento psicológico del usuario, **entorpeciendo sus funciones superiores relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria.**
- Otro tanto cabe decir de la ejecución de tareas complejas que requieran lucidez mental y coordinación psicomotora, como pueden ser conducir un vehículo a motor, tomar decisiones o subir a un andamio.
- Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad.
- En personas predispuestas, puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.

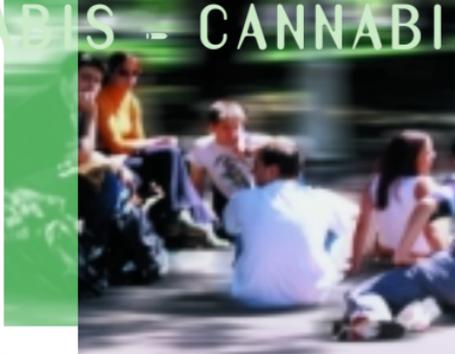
En el plano orgánico

En primer lugar, hay que tener en cuenta que los derivados del cannabis se consumen fumados (con una pauta de inhalación profunda, sin filtro, con retención pulmonar del humo y apurando el cigarrillo al máximo), por lo que su uso habitual puede reforzar los riesgos asociados al consumo de tabaco, favoreciendo la aparición de alteraciones de diversa naturaleza. Entre las principales consecuencias de su uso, hay que citar:

- Respiratorias: tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas.
- Cardiovasculares: empeoramiento de síntomas en personas que padezcan hipertensión o insuficiencia cardiaca.
- Sistema endocrino: altera las hormonas responsables del sistema reproductor y de la maduración sexual.
- Sistema inmunitario: el uso crónico del cannabis reduce la actividad de este sistema.



- Los riesgos derivados del consumo de las diversas drogas no pueden aislarse del modo en que son habitualmente consumidas. En el caso del hachís, la pauta más frecuente es su consumo combinado con alcohol, con lo que los efectos se multiplican, pudiendo favorecer la aparición de lipotimias.



ALGUNOS DATOS

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en España y en el conjunto de los países de la Unión Europea. El 19,5% de la población española de entre 15 y 65 años lo ha probado en alguna ocasión. Un porcentaje que sube a casi uno de cada tres (28,2%) si nos centramos en la banda de 15-29 años.

Del total de la población, el 4,2% lo han consumido durante el último mes, en lo que podríamos llamar un consumo regular. Una pauta seguida por el 8,6% de los jóvenes de 15-29 años.

Consumo de cannabis. España, 1999.

	15-65 años	15-29 años
Alguna vez	19,5%	28,2%
Últimos 12 meses	6,8%	14,0%
Últimos 30 días	4,2%	8,6%
Diario últimos 12 meses	1,1%	2,0%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Aunque, en general, en el consumo de drogas ilegales la proporción de hombres es claramente superior a la de mujeres, en el caso del cannabis esa diferencia se va acortando. De hecho, en la banda de 15-17 años, el porcentaje de quienes lo han probado es superior entre las chicas (21,6%) que entre los



chicos (21,1%). A estas edades, el consumo más o menos regular (último mes) se iguala entre chicas (7,8%) y chicos (8%).

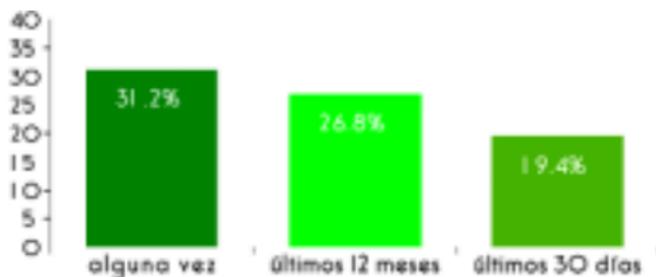
Respecto a años anteriores, esta pauta de consumo desciende entre los chicos y aumenta entre las chicas.

El mayor consumo regular se da en la banda de edad de 20-24 años, con un 11,5% del total (14,7% de los chicos y 8,2% de las chicas).

Consumen hachís habitualmente (1-2 días por semana) 280.000 personas, con un descenso de los chicos en los últimos años y un aumento de las chicas. El consumo diario se ha reducido, a pesar de haber aumentado entre las chicas.

Si nos centramos en los estudiantes de 14-18 años, encontramos los siguientes datos:

Consumo de cannabis, España, 2000. (Población escolar 14 - 18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En las tres categorías (alguna vez, últimos 12 meses, últimos 30 días) se ha producido un aumento desde 1994. Para este colectivo, la edad de inicio se sitúa en los 14,8 años.

Del total de personas en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas en 1999, el 5,3% lo fueron por su consumo de derivados del cannabis, lo que representa un total de 2.825 personas, con una edad media de 23,9 años.

De los 2.141 episodios de urgencia motivados por las drogas durante 1999, 257 fueron debidos al consumo de cannabis, el 12, 2% de los casos.

¿QUÉ DICE LA LEY?

Como ocurre con las demás drogas, el consumo de cannabis "en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico", está contemplado por la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana como "infracción grave". Puede, por tal consideración, ser sancionado con multa de entre 50.000 y 5.000.000 de ptas.

Se prevé la posibilidad de suspender las sanciones "si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, en la forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine".

El Código Penal español no hace referencia al consumo de drogas, ni público ni privado. Contempla únicamente aquellas conductas relacionadas con la comercialización de las drogas y con la seguridad vial.

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia no consideran el cannabis dentro de las "drogas que causan grave daño a la salud". Por tal motivo, la pena mínima para quienes lo cultiven, elaboren, trafiquen, promuevan, favorezcan o faciliten su consumo, o lo posean con tales fines, será de uno a tres años de prisión, y la multa "del tanto al duplo" del valor de la droga.

Respecto a la conducción de vehículos a motor, el Código Penal establece una pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses, así como privación del derecho a conducir de uno a cuatro años, para quien conduzca un vehículo a motor o ciclomotor bajo la influencia de cualquier tipo de droga.



COCAÍNA ¿QUÉ ES?

La cocaína procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxylon coca*. Se cultiva, fundamentalmente, en los países del altiplano andino (Bolivia, Colombia y Perú).

- Tampoco la coca es un hallazgo reciente. En las zonas en las que se cultiva, existe desde hace siglos un consumo tradicional consistente en mascar las hojas procedentes de la planta, para liberar así su principio activo y obtener sus beneficios. Las cantidades absorbidas de este modo son muy reducidas, por lo que apenas se registran consecuencias adversas asociadas a esta forma secular de consumo que aún hoy se mantiene.



Las culturas indígenas de los países productores usaban la coca con carácter ritual y por sus propiedades "energéticas", que les permitían realizar trabajos físicos de excepcional dureza sin sucumbir al cansancio. Las carencias alimenticias eran, asimismo, subsanadas gracias a los efectos inhibidores del apetito que tiene la coca.

Si este uso tradicional hubiera sido el único modo de consumir la coca, probablemente esta sustancia no tendría cabida en una publicación como ésta. Sin embargo, desde que se consiguiera aislar su principio activo a finales del siglo XIX, aparecieron otras formas de uso con un mayor potencial para causar problemas al consumidor.

Durante los primeros años del siglo XX, el principio activo de la coca se utilizó como compuesto en la elaboración de tónicos como el vino Mariani y la propia Coca-Cola.

Las hojas de coca, sometidas a diversos procesos de elaboración química, dan lugar a distintos derivados:

- Clorhidrato de cocaína: la forma principal de consumo en Europa, conocida popularmente como cocaína.
- Sulfato de cocaína (pasta de coca, también conocida como *basuko*), que se fuma mezclada con tabaco o marihuana.
- Cocaína base (*crack*), que se fuma mezclada con tabaco.

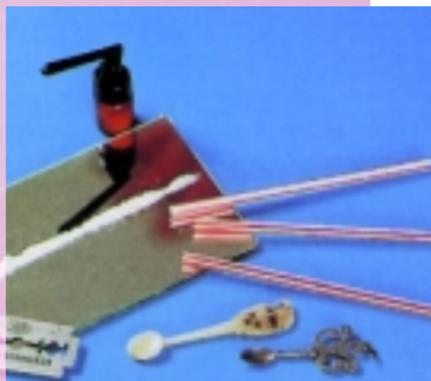
El consumo de las dos últimas es absolutamente minoritario entre nosotros, por lo que no les dedicaremos más espacio y centraremos este capítulo en la cocaína.

La cocaína se consume fundamentalmente esnifada, mediante la aspiración nasal del polvo, colocado a modo de "línea" o "raya", a través de un billete enrollado o una cánula. Su uso es, en gran medida, recreativo. Al igual que ocurre con las anfetaminas, es utilizada con frecuencia para aguantar sin dormir las noches de los fines de semana.

En el año 2000 se incautaron en España 6.164 kgs. de cocaína.

EFFECTOS

La cocaína es una droga psicoestimulante, consumida generalmente por inhalación (esnifado, en el ambiente callejero). Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro, provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo.



Efectos psicológicos

- Euforia
- Locuacidad
- Aumento de la sociabilidad
- Aceleración mental
- Hiperactividad
- Deseo sexual aumentado.



En consumidores crónicos, a medida que desaparecen estos efectos sobreviene un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo.

Efectos fisiológicos

Los más habituales son los siguientes:

- Disminución de la fatiga
- Reducción del sueño
- Inhibición del apetito
- Aumento de la presión arterial.

RIESGOS

En el plano psicológico

Tras años de consumo de cocaína aparentemente sin consecuencias, en la actualidad cabe afirmar que:

- El consumo crónico y abusivo de cocaína puede provocar importantes trastornos psíquicos, similares a los provocados por las anfetaminas, tales como ideas paranoides y depresión.
- La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas.
- La supresión del consumo tras un período prolongado, da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, letargia, etc.

En el plano orgánico

Tanto por su actividad cerebral como por la vía habitual de administración, el consumo crónico de cocaína puede causar:

- Pérdida de apetito
- Insomnio
- Perforación del tabique nasal
- Patología respiratoria: sinusitis e irritación de la mucosa nasal
- Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales
- Cardiopatía isquémica.



También el consumo esporádico puede ocasionar consecuencias adversas al consumidor.

ALGUNOS DATOS

- La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida, tras el cannabis. El 3,1% de los españoles de 15-65 años han probado cocaína en alguna ocasión, siendo un 0,6% quienes lo hacen de manera regular (manifiestan haberla consumido en el mes anterior a ser encuestados).

Aunque desciende muy ligeramente el porcentaje de quienes la han probado, aumenta el de aquellos que la consumen regularmente.

Evolución del consumo de cocaína. España, 1995-1999. (Población 15-65 años).

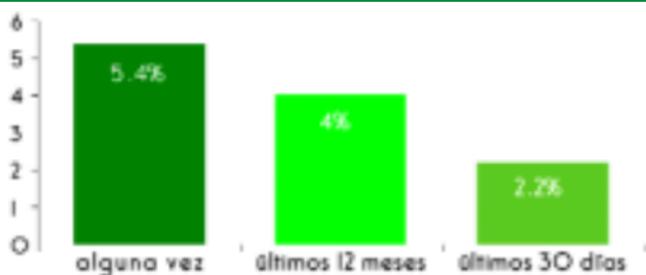
	1995	1997	1999
Alguna vez	3,4%	3,2%	3,1%
Últimos 12 meses	1,8%	1,5%	1,5%
Últimos 30 días	0,4%	0,5%	0,6%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

El mayor consumo durante el último mes se da en la banda de 20-24 años, con un 3,3% de los chicos y un 0,8% de las chicas.

Centrándonos en los estudiantes de 14-18 años, encontramos que el 5,4% la ha probado en alguna ocasión.

Consumo de cocaína. España, 2000. (Población escolar 14 - 18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Durante años se dudó de la capacidad de la cocaína para provocar graves daños entre los usuarios. De hecho, esta droga gozó de una imagen social muy positiva, ligada al éxito y a la diversión. No obstante, tras un período de silencio clínico, las consecuencias se van evidenciando con rapidez: en tan sólo tres años ha pasado del 9 al 31% el número de nuevas admisiones a tratamiento relacionadas con esta sustancia.

La edad media del consumo para este colectivo se sitúa en los 15,7 años.

De los 2.141 episodios de urgencias atendidos en 1999, 1.010 fueron debidos al consumo de cocaína, el 48,1% de los casos. Supera de hecho, a las urgencias por heroína que en el mismo año representaron el 41,9%.

¿QUÉ DICE LA LEY?

Como ya hemos visto al hablar del cannabis, el consumo público de todas las drogas está sancionado administrativamente. Del mismo modo, la sanción puede ser sustituida por el tratamiento de deshabituación adecuado.

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia consideran la cocaína entre las drogas "que causan grave daño a la salud". Por ello, las conductas señaladas al hablar del cannabis (cultivo, tráfico, etc.), están penalizadas con un mínimo de 3 a 9 años de prisión y multa "del tanto al triple" del valor de las drogas.

Respecto a la conducción de vehículos a motor y ciclomotores, la pena es la ya señalada en el caso del cannabis: una pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses, así como privación del derecho a conducir de uno a cuatro años.





DROGAS DE SÍNTESIS: ÉXTASIS ¿QUÉ SON?

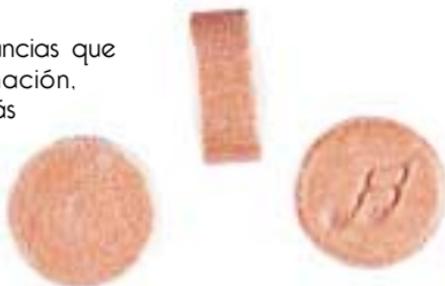
Es el término científico para referirse a una serie de sustancias que, aunque existentes hace décadas, se popularizaron a finales del siglo XX bajo la equívoca denominación de "drogas de diseño". Se trata de sustancias producidas por síntesis química (sin componentes naturales, como ocurre con el hachís o el tabaco), en laboratorios clandestinos.

Generalmente se trata de compuestos anfetamínicos a los que se añade algún componente de efectos más o menos alucinógenos.

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos. De ahí que hayan sido bautizadas en el argot callejero como *pastis* o *pirulas*, entre otros nombres. Sobre su superficie se graban diversos dibujos que sirven como elemento de identificación.

En algunos casos se trata del redescubrimiento con fines recreativos de sustancias abandonadas por la investigación farmacéutica por sus efectos secundarios. Es el caso del éxtasis, descubierto en 1912 por la industria farmacéutica Merck mientras buscaba un fármaco inhibidor del apetito, y abandonada por sus efectos psicoactivos.

Aunque son varias las sustancias que entran en esta denominación, vamos a referirnos a la más usual, la conocida como éxtasis o MDMA. Junto con otras sustancias de la misma familia química (Eva, píldora del amor, etc.),



contribuyó a popularizar la química psicoactiva, abriendo un camino por el que después se colaron otras sustancias: ketamina, GHB, etc., las cuales, a pesar del tratamiento mediático recibido, no parecen estar teniendo especial arraigo en nuestro país.

El éxtasis fue investigado en la década de los cincuenta por el ejército norteamericano a la búsqueda de un fármaco que facilitara la desinhibición. Posteriormente, en plena ebullición de los movimientos contraculturales y psicodélicos, fue objeto de experimentación por algunos psicólogos y psiquiatras norteamericanos que hipotetizaban su capacidad para levantar algunas de las represiones de sus pacientes.

La década de los ochenta conoce un cierto auge de ésta y otras sustancias con las que comparte parentesco químico, de la mano de la música *house*. Estados Unidos (Detroit, Chicago, etc.), Australia y Europa (Reino Unido, Holanda y Alemania en un primer momento, para extenderse después a prácticamente toda la Unión Europea), conocen desde mediados de los ochenta la irrupción del consumo de estas drogas que, con la entrada en el siglo XXI, parecen haber frenado su penetración, e incluso estar retrocediendo en algunos lugares.

Cada droga tiene su mitología. En el caso de las drogas de síntesis, durante años se divulgó la idea de que sus consumidores se abstendrían del consumo de otras drogas, limitándose a acompañar sus pastillas con cantidades generosas de agua.



DROGAS DE SÍNTESIS - DROGAS DE SÍNTESIS



Una conducta que pudo ser cierta en los primeros momentos de uso elitista, pero que desapareció a medida que el consumo de pastillas se popularizó. Investigaciones españolas y europeas muestran cómo los consumidores de estas drogas tienen un perfil psicoactivo alto, entendiendo por tal el hábito de consumir de manera combinada diversas sustancias, además de las pastillas, entre las que alcohol, tabaco, hachís y, en no pocas ocasiones, cocaína, están presentes.

En el año 2000 se incautaron en España 891.562 pastillas de éxtasis.

EFFECTOS

Dan lugar a una experiencia mixta entre la estimulación y la percepción alterada, por lo que se las ha comparado con una mezcla de anfetaminas y un alucinógeno llamado mescalina. Al consumirse en forma de pastillas, su absorción por el aparato digestivo para ser distribuido al torrente sanguíneo, es más lenta que en el caso de otras vías de administración.

Efectos psicológicos

Cuando comenzó a derivarse al mercado negro, se planteó comercializarla con el nombre de *empathy*, finalmente desechado por cuestiones de mercadotecnia. En todo caso, es una muestra de cuáles son sus principales efectos:



- Sociabilidad
- Empatía
- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Desinhibición
- Deseo sexual aumentado
- Locuacidad
- Inquietud
- Confusión
- Agobio.



Efectos fisiológicos

Los efectos más frecuentes de estas drogas son los siguientes:

- Taquicardia, arritmia e hipertensión
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Contracción de la mandíbula
- Temblores
- Deshidratación
- Aumento de la temperatura corporal (hipertermia).

RIESGOS

Casi todas las drogas son presentadas en el momento de su comercialización como compuestos completamente inofensivos, como ocurrió en el caso del tabaco. Tras un período de consumo, esta apariencia de inocuidad hay que matizarla para dar cabida a datos inicialmente inexistentes.

Es también el caso del éxtasis, defendido por sus promotores

Mientras no existieron investigaciones científicas, se trató de presentar el éxtasis como droga limpia e inocua. Sin embargo, los daños producidos en algunos consumidores, y los estudios realizados desde finales de los 90, revelan riesgos sobre la salud y específicamente sobre el sistema nervioso, de imprevisibles consecuencias.

como sustancia sin ningún tipo de riesgo. La investigación, aún incipiente, permite presentar algunos riesgos a tener en cuenta:

En el plano psicológico

Los riesgos más severos en este campo son:

- Crisis de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Alteraciones psicóticas.

En el plano orgánico

Riesgos asociados al consumo de éxtasis en los ambientes congestionados en los que a menudo tiene lugar, y bajo las condiciones de baile intenso a las que se asocia:

- Aumento severo de la temperatura corporal (hipertermia maligna)
- Arritmia
- Convulsiones
- Insuficiencia renal
- Rabdomiólisis
- Coagulopatía
- Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales
- Insuficiencia hepática.

Se investiga actualmente la capacidad del éxtasis para provocar en humanos la **neurotoxicidad** detectada en animales de laboratorio, existiendo evidencias respecto a su impacto negativo sobre la memoria.

ALGUNOS DATOS

Las drogas de síntesis han consolidado su presencia en el amplio menú psicoactivo a disposición de los jóvenes españoles las noches de los fines de semana. Tras un primer momento de "lanzamiento" y consiguiente auge, el consumo de estas sustancias se ha ido estabilizando desde mediados de los años noventa.

DROGAS DE SÍNTESIS - DROGAS DE SÍNTESIS

- El 2.4% de los españoles de 15-65 años declara haber probado pastillas al menos una vez en su vida. Durante el mes anterior a ser encuestados, este consumo es del 0.2%. Entre los jóvenes de 15-29 años, estos porcentajes son, respectivamente, del 4.7% y el 0.6%.

Evolución del consumo de éxtasis. España, 1997-1999.

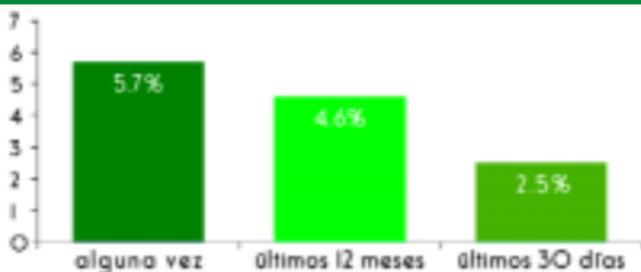
	1997		1999	
	15-65	15-29	15-65	15-29
Alguna vez	2.5%	5.6%	2.4%	4.7%
Últimos 12 meses	1.0%	2.5%	0.8%	1.9%
Últimos 30 días	0.2%	0.6%	0.2%	0.6%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).



Si nos centramos en los estudiantes españoles de 14-18 años, los datos de consumo de esta droga son los siguientes:

Consumo de éxtasis. España, 2000.
(Población escolar 14-18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

La edad media de inicio para este colectivo de estudiantes es de 15.6 años.

¿QUÉ DICE LA LEY?

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia las incluyen entre las "drogas que causan grave daño a la salud", por tal motivo, la pena mínima para quienes las elaboren, trafiquen, promuevan o favorezcan su consumo o las posean con tales fines, será de 3 a 9 años de prisión y multa "del tanto al triplo" del valor de la droga.

Respecto a la conducción bajo su influencia, reciben el mismo tratamiento que el resto de las drogas: una pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses, así como privación del derecho a conducir de uno a cuatro años, para quien conduzca un vehículo a motor o ciclomotor bajo la influencia de cualquier tipo de droga.

Como ocurre con las demás drogas, la sanción impuesta por su consumo en público puede ser sustituida por el adecuado tratamiento de deshabitación.



ANFETAMINAS ¿QUÉ SON?

Psicoestimulantes producidos sintéticamente en laboratorios químicos a finales del siglo XIX. Fueron objeto de distintos usos, entre los que cabe destacar su profusa utilización en los conflictos bélicos del siglo XX para vencer el cansancio de los soldados y mejorar su entrega durante las batallas.

Su uso médico ha sido variado, considerándose actualmente indicadas para el tratamiento de algunos trastornos, entre los que cabe citar los siguientes:

- Narcolepsia, o forma severa de somnolencia diurna
- Hiperactividad infantil, respecto a la que actúa con un efecto paradjico.

Aunque pueden presentarse de otro modo, su consumo habitual se produce en forma de pastillas o comprimidos, y a menudo son una de las sustancias con las que se cortan (mezclan) las drogas de síntesis.

Hasta que en 1.983 se reguló su venta en farmacias, el consumo de anfetaminas fue considerable en nuestro país, particularmente entre los diversos colectivos que las utilizaban para permanecer despiertos y activos durante prolongados períodos de tiempo.



Su consumo esporádico y en contextos muy determinados, hicieron de ellas unas sustancias muy toleradas durante años en nuestro país (a la anfetamina llegó a denominársela "la española"). Tras un período de estricto control, han comenzado a ser objeto de un consumo recreativo en combinación con otros psicoestimulantes y alcohol.

En la actualidad, las anfetaminas con destino al mercado negro se producen en laboratorios químicos clandestinos.

Una de las anfetaminas más frecuente en el mundo de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido en lenguaje callejero como *speed* (del inglés velocidad). Generalmente se presenta en forma de polvo, y se consume por inhalación, como la cocaína, con la que comparte los riesgos asociados a esta vía de administración (daños sobre la mucosa nasal). También puede presentarse, como el resto de las anfetaminas, en forma de comprimido.

EFFECTOS

Los efectos provocados por el consumo de anfetaminas recuerdan en gran medida a los producidos por la cocaína.

Efectos psicológicos

Entre los más frecuentes se encuentran:

- Agitación
- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Verborrea
- Alerta y vigilancia constantes
- Agresividad.



Efectos fisiológicos

Los efectos sobre el organismo del consumidor son, en esencia:

- Falta de apetito
- Taquicardia
- Insomnio
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Incremento de la tensión arterial
- Contracción de la mandíbula.



En el plano psicológico

Su consumo crónico puede dar lugar a:

- Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones
- Depresión reactiva
- Delirios paranoides
- Intensa dependencia psicológica.

En el plano orgánico

Tras un consumo prolongado, además de un intenso agotamiento puede dar lugar a las siguientes alteraciones:

- Hipertensión
- Arritmia
- Colapso circulatorio
- Trastornos digestivos.

ALGUNOS DATOS

Las anfetaminas y el *speed* han sido consumidos en alguna ocasión por el 2,2% de la población española, siendo su consumo regular (último mes) del 0,2%. En los últimos años se detecta una tendencia ligeramente descendente en el consumo de estas sustancias.

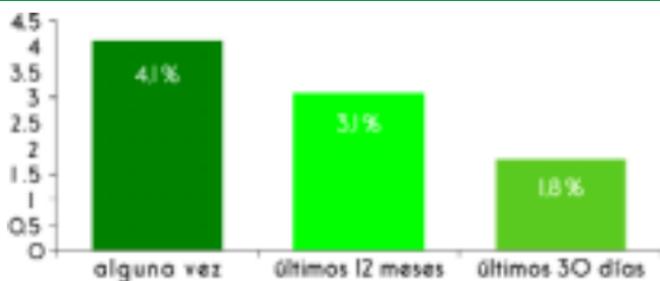
**Evolución del consumo de anfetaminas/speed. España, 1997-1999.
(Población 15-65 años).**

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Anfetaminas/Speed	2.5%	2.2%	0.9%	0.7%	0.2%	0.2%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Si nos centramos en los estudiantes españoles de 14-18 años, los datos de consumo de estas drogas son los siguientes:

Consumo de anfetaminas/speed. España, 2000.
(Población escolar 14-18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Para este colectivo, la edad media de inicio en el consumo de estas drogas se sitúa en los 15.5 años.

¿QUÉ DICE LA LEY?

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia incluyen las anfetaminas entre las drogas que pueden causar "grave daño a la salud"; y prevén penas mínimas de prisión de 3 a 9 años y multa "del tanto al triplo" del valor de la droga.

La conducción bajo la influencia de estas drogas, como de cualquier otra, está contemplada en el Código Penal en los términos ya mencionados al hablar de las demás drogas: una pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses, así como privación del derecho a conducir de uno a cuatro años, para quien conduzca un vehículo a motor o ciclomotor bajo la influencia de cualquier tipo de droga.

La sanción impuesta por su consumo en público puede ser sustituida por el adecuado tratamiento de deshabituación.





ALUCINÓGENOS ¿QUÉ SON?

Las drogas alucinógenas integran lo que hemos llamado sustancias perturbadoras del sistema nervioso central. Se trata de drogas que, al llegar al cerebro, provocan alteraciones en su funcionamiento neuroquímico que afectan particularmente a la manera de percibir la realidad, pudiendo dar lugar a trastornos sensoriales severos e incluso auténticas alucinaciones.

La modificación de la conciencia que provocan era considerada por parte de distintas civilizaciones como una vía efectiva para entrar en contacto con la divinidad, y de ahí su relevancia en rituales de corte sagrado.

La mayoría de las drogas de esta familia proceden de hongos cultivados en países latinoamericanos y africanos, como es el caso del *Peyote* mexicano, del que se extrae la mescalina, del colombiano *Yagé*, o de la planta procedente de Gabón conocida como *Tabernanthe iboga*, de la que se extrae la ibogaína. Aquí en Europa, es clásica la utilización de la *Amanita muscaria*, seta alucinógena utilizada con carácter ritual.

El movimiento *hippy* descubre los alucinógenos al ver en ellos una vía de autoexploración que permitiría al consumidor (convertido así en psiconauta), de acuerdo con su filosofía mística, entrar en contacto directo con las galerías subterráneas del inconsciente al que en condiciones normales sería imposible acceder.





Abandonadas estas creencias, que aún se mantienen en determinados colectivos vagamente marginales, los alucinógenos, como la mayoría de las drogas, conocen un momento de vulgarización que los convierte en sustancias recreativas consumidas sobre todo las noches de los fines de semana.

El alucinógeno más utilizado en Europa es la dietilamida del ácido lisérgico, LSD (conocido en el argot de la calle como *ácido* o *tripi*-del inglés *trip*: viaje-), de la que en los años 60 se hizo un importante consumo y promoción por parte de

algunos gurús de la contracultura norteamericana.

La LSD fue descubierta casualmente en 1938 por el químico de la empresa Sandoz, Albert Hoffman, cuando investigaba con el cornezuelo de centeno. Su ingesta accidental le sumió en un estado alucinatorio que posteriormente investigó hasta aislar el principio activo responsable de tal reacción.

La LSD se consume por vía oral en diversas formas: micropuntos, hojas de papel absorbente con diversos motivos gráficos, terrones de azúcar impregnados, etc.

EFFECTOS

Una de las características principales de la LSD es su potente efecto a dosis mínimas. A la media hora de su consumo, empiezan a manifestarse sus efectos que duran alrededor de ocho horas.



Efectos psicológicos

Podría decirse que el consumo de alucinógenos disloca el funcionamiento del cerebro humano, diluyendo los límites entre el sujeto y la realidad. Las principales manifestaciones de este proceso son las siguientes:



- Alteración de la percepción, incluyendo la propia autoimagen
- Hipersensibilidad sensorial
- Deformación de la percepción del tiempo y el espacio
- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Euforia
- Confusión mental
- Verborrea
- Hiperactividad
- Experiencia mística.

Efectos fisiológicos

Tras su consumo, el usuario experimenta los siguientes efectos:

- Taquicardia
- Hipertermia
- Hipotensión
- Dilatación de la pupila
- Descoordinación motora.

RIESGOS

En el plano psicológico

Las consecuencias más severas del consumo de LSD pueden ser:

- Reacciones de pánico (*bad trip*: mal viaje)
- Intentos de suicidio

- Reacciones psicóticas
- Reparaciones espontáneas de la experiencia alucinógena sin consumo de la sustancia (*flash-back*).

Una de las principales características de la LSD es su capacidad de producir el llamado *flash-back*, esto es, el riesgo de revivir la experiencia alucinógena sin que tenga lugar un nuevo consumo. Este efecto tan negativo, destaca entre los exconsumidores como uno de los principales motivos para abandonar su consumo.



En el plano orgánico

Dado lo esporádico de su consumo, no existen pruebas de daños físicos, siendo en la esfera psicológica donde se manifiesta la mayor probabilidad de consecuencias adversas.

ALGUNOS DATOS

Los alucinógenos son drogas de consumo marcadamente minoritario, que conocen además una tendencia descendente. El 1,9% de la población española de 15-65 años los ha consumido en alguna ocasión, siendo el 0,2% quienes los han consumido durante el último mes.



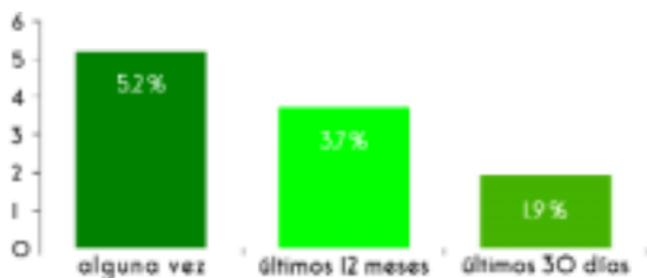
Evolución del consumo de alucinógenos. España, 1997-1999.
(Población 15-65 años).

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Alucinógenos	2,6%	1,9%	0,9%	0,6%	0,2%	0,2%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Si nos centramos en los estudiantes de 14-18 años, los datos de consumo de esta droga son los que señalamos a continuación:

Consumo de alucinógenos. España, 2000.
(Población escolar 14 a 18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

La edad media de inicio en el consumo de drogas alucinógenas para este colectivo de estudiantes se sitúa en los 15.4 años.

¿QUÉ DICE LA LEY?

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia consideran los alucinógenos "drogas que causan grave daño a la salud", y por tal motivo, quienes los elaboren, trafiquen, promuevan, favorezcan o faciliten su consumo, o los posean con tales fines serán castigados con una pena mínima de 3 a 9 años de prisión y multa "del tanto al triplo" del valor de las drogas.

Asimismo, como el resto de las drogas, la conducción bajo su influencia está penalizada.

La sanción impuesta por su consumo en público puede ser sustituida por el adecuado tratamiento de deshabituación.





HEROÍNA ¿QUÉ ES?

Se conoce con el nombre de opiáceos a una familia de sustancias que tienen en común su emparentamiento con el opio, bien porque derivan de él, como es el caso de la morfina, bien porque se elaboran mediante síntesis química a partir de la propia morfina, como es el caso de la heroína (químicamente diacetilmorfina).

El opio se extrae de las cápsulas de una planta conocida botánicamente como *Papaver somniferum*. Es utilizado por la humanidad desde la Antigüedad, existiendo referencias a su consumo que datan de 4000 años antes de Cristo.

El opio se consumió por vía fumada en diversas zonas de Asia, aunque su gran poder nace a partir del aislamiento de sus diversos alcaloides. Es el caso, por ejemplo, de la morfina, un potente analgésico obtenido a partir del opio, aislado por químicos alemanes en 1806, y utilizado profusamente en la actualidad en contextos médicos. Debe su nombre a Morfeo, dios griego del sueño.

La heroína, conocida como *caballo* en el argot callejero, ha acaparado durante años los titulares referidos a las drogas de los medios de comunicación de nuestro país, y la atención de la ciudadanía. En 1973 irrumpió en contextos universitarios españoles, para ir poco a poco extendiéndose hacia colectivos sociales diversos, hasta acabar limitada a ambientes sociales marginales.

En la actualidad es una droga en desuso, sin atractivo para los jóvenes, que no se interesan por ella. Es objeto de consumo por parte de heroinómanos veteranos, con edades en torno a los treinta

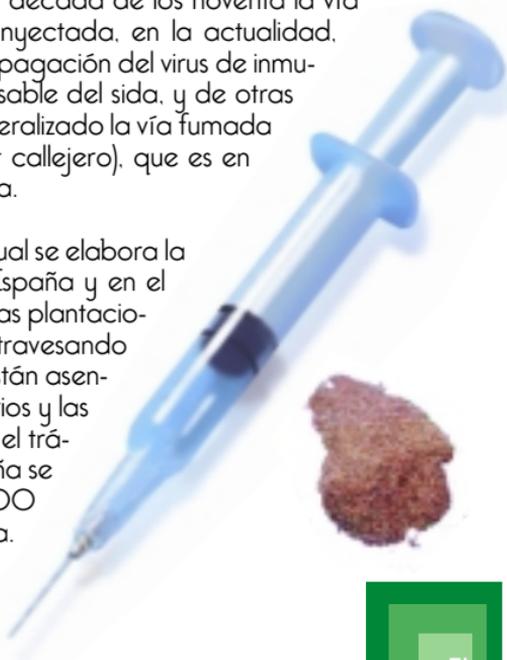
años, en situación de elevado deterioro orgánico, psicológico y social.

La heroína fue sintetizada a finales del siglo XIX por la industria farmacéutica Bayer, en busca de un fármaco que tuviera la capacidad analgésica de la morfina, pero sin su potencial adictivo. Se utilizó inicialmente como terapia frente a la morfinomanía, aunque este uso pronto se abandonó al no mostrar los resultados deseados.

Como ocurre con casi todas las drogas, fue también la contracultura norteamericana la que contribuyó a ensalzar sus efectos, y el estilo de vida característico del *yonqui*, término actualmente despectivo que dio título en 1959 a la novela del escritor *beat* William Burroughs.

Aunque hasta mediados de la década de los noventa la vía habitual de consumo era la inyectada, en la actualidad, como consecuencia de la propagación del virus de inmunodeficiencia humana responsable del sida, y de otras muchas infecciones, se ha generalizado la vía fumada (*hacerse un chino*, en el argot callejero), que es en España claramente mayoritaria.

El cultivo de opio a partir del cual se elabora la heroína que se consume en España y en el resto de Europa, procede de las plantaciones de Afganistán y Pakistán. Atravesando Irán, llega a Turquía, donde están asentados los principales laboratorios y las organizaciones que controlan el tráfico ilícito de heroína. En España se incautaron durante el año 2000 un total de 484 kg. de heroína.



EFFECTOS

- Durante el primer tiempo de consumo, los efectos principales de la administración de heroína son los siguientes:

Efectos psicológicos

- Euforia
- Sensación de bienestar
- Placer.

Efectos fisiológicos

- Analgesia: falta de sensibilidad al dolor
- En los primeros consumos no son raras las náuseas y vómitos
- Inhibición del apetito.

RIESGOS

Es probablemente, junto con el alcohol, la droga mejor conocida entre nosotros, como consecuencia de que la mayor parte de las personas en tratamiento por problemas asociados al consumo de drogas ilícitas, hayan sido hasta ahora consumidores de heroína. Sus riesgos más frecuentes son los siguientes:

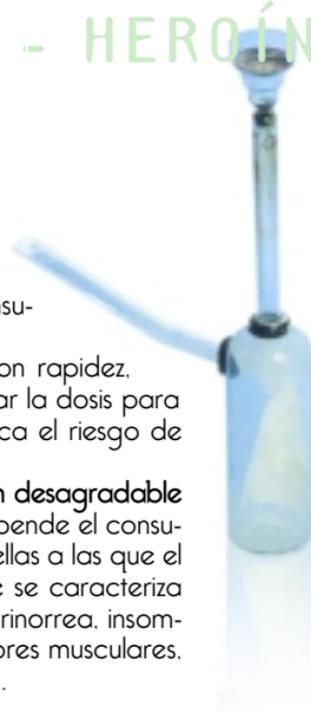
En el plano psicológico

- Alteraciones de la personalidad
- Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria
- Trastorno de ansiedad y depresión
- Dependencia psicológica, que hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a la sustancia.

En el plano orgánico

- Adelgazamiento
- Estreñimiento
- Caries
- Anemia

- Insomnio
- Inhibición del deseo sexual
- Pérdida de la menstruación
- Infecciones diversas (hepatitis, endocarditis, etc.) asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias en que tiene lugar el consumo, y al estilo de vida del consumidor.
- Su consumo habitual genera tolerancia con rapidez, por lo que el consumidor necesita aumentar la dosis para experimentar los mismos efectos. Ello explica el riesgo de sobredosis tras un período de abstinencia.
- **Elevada dependencia, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia (el mono)** si se suspende el consumo, o se administran dosis inferiores a aquellas a las que el organismo se ha habituado. Éste síndrome se caracteriza por síntomas como: lacrimo, sudoración, rinorrea, insomnio, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre, dolores musculares, etc., acompañados de una fuerte ansiedad.



ALGUNOS DATOS

El consumo de heroína es en la actualidad absolutamente minoritario, y experimenta desde mediados de la década de los noventa una clara tendencia descendente. Este proceso tiene su confirmación en el envejecimiento progresivo de la población heroinómana que contacta con el sistema sanitario.

Hoy en día, sólo cuatro de cada mil españoles se interesan por probar esta droga, siendo una proporción aún menor la de quienes la consumen de manera regular.

Aunque la heroína sigue polarizando la mayoría de las preocupaciones de los ciudadanos en relación con las drogas, la realidad es que el consumo de heroína se reduce de manera constante desde 1995, concentrándose en un colectivo de heroinómanos veteranos que, por su propia dependencia, o por sus estilos de vida, no han conseguido abandonar el consumo. Tal vez esta visión tan sesgada del problema esté impidiendo una comprensión más adecuada de un fenómeno mucho más complejo.



Evolución del consumo de heroína. España, 1995-1999.
(Población 15-65 años).

	1995	1997	1999
Alguna vez	1%	0,5%	0,4%
Últimos 12 meses	0,5%	0,22%	0,1%
Últimos 30 días	0,3%	0,17%	0,04%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

A pesar de su bajo consumo actual, continúa siendo la droga que más trabajo da a los recursos de asistencia a drogodependientes, por tratarse de un colectivo de usuarios crónicos con variadas patologías y carencias sociales. En el año 1999 fueron admitidos a tratamiento por su dependencia a la heroína un total de 37.417 personas (el 73% del total de las personas atendidas por problemas relacionados con las drogas).

De los 2.141 episodios de urgencias atendidos en 1999, un total de 880 fueron debidos al consumo de heroína lo que representa el 41,9% de los casos.

¿QUÉ DICE LA LEY?

En interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia consideran los opiáceos dentro de las "drogas que causan grave daño a la salud", y por tal motivo, quienes los cultiven, elaboren, trafiquen, promuevan, favorezcan o faciliten su consumo, o lo posean con tales fines serán penalizados con una pena mínima de 3 a 9 años de prisión y multa "del tanto al triple" del valor de la droga.

La conducción bajo su influencia está, asimismo, penalizada.

Además de su consumo en público, el abandono en vía pública del instrumental usado para el consumo de esta droga, está sancionado administrativamente por la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana. Estas sanciones pueden ser sustituidas por el adecuado tratamiento de deshabituación.



ALCOHOL ¿QUÉ ES?

El alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (accidentes de tráfico y laborales, malos tratos, problemas de salud, alcoholismo, etc.).

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree; la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibitoria se produce sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol.

Las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos, en función de su proceso de elaboración:

- **Bebidas fermentadas:** Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas, etc.) Son características de este grupo la cerveza, la sidra y el vino. Su graduación alcohólica oscila entre 4° y 12°. Su descubrimiento fue casual, como resultado de la putrefacción natural de frutas almacenadas.
- **Bebidas destiladas:** Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el vodka, la ginebra o el ron, y oscilan entre 40° y 50°. La destilación fue inventada en el siglo VII por los alquimistas árabes, de quienes procede el nombre de la sustancia, *al-kohl*.





En los años noventa aparecieron en el Reino Unido unas nuevas bebidas conocidas como *alcopops*, consistentes en refrescos a los que se ha añadido alcohol. Su contenido alcohólico va de los 4° a los 15°. Actualmente extendidos por toda Europa, en España se comercializan con nombres como John Lemon.

La graduación de una bebida indica el volumen de alcohol etílico que contiene. Así, una botella de vino de 12° contiene un 12% de alcohol puro.

En España mueren cada año 12.000 personas a causa de enfermedades o accidentes ocasionados o favorecidos por el consumo de bebidas alcohólicas. En Europa, el abuso de alcohol es responsable de una de cada cuatro muertes entre jóvenes varones de 15 a 29 años, fundamentalmente en accidentes de tráfico ocasionados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol. Por esta causa mueren cada año en Europa 57.000 jóvenes.

En términos generales, el consumo de alcohol está disminuyendo en la población española desde la década de los ochenta, gracias, entre otras razones, a una percepción social más clara sobre sus repercusiones sanitarias.

EFFECTOS

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

- La edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando, es especialmente nocivo)
- El peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal)
- El sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina)



- La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación)
- La ingestión simultánea de comida (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación)
- La combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-Cola, etc.) que aceleran la intoxicación.

Efectos psicológicos

En función de la dosis, pueden experimentarse diversos efectos:

- Desinhibición
- Euforia
- Relajación
- Aumento de la sociabilidad
- Dificultades para hablar
- Dificultad para asociar ideas
- Descoordinación motora.

Efectos fisiológicos

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre):

- 0,5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos
- 1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos
- 1,5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores
- 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble
- 3 g/l: estado de apatía y somnolencia
- 4 g/l: coma
- 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.



RIESGOS

Se llama "unidad de bebida estandar" (UBE) a la cantidad de alcohol contenida en un vaso de vino o en una caña de cerveza (alrededor de 12,5 centímetros cúbicos de alcohol puro). La investigación ha establecido un número de UBE's a partir del cual existe evidencia de riesgo para la salud. A lo largo de una semana, tales cantidades son las siguientes: 35 unidades para los hombres y 20 para mujeres. Se recomienda no pasar de 21 unidades a los hombres y de 14 a las mujeres.

En el plano psicológico

Además de una **intensa dependencia psicológica**, sentida como necesidad apremiante de beber alcohol, el abuso regular puede provocar:

- Pérdida de memoria
- Dificultades cognitivas
- Demencia alcohólica.

En el plano orgánico

El abuso crónico de alcohol está asociado a diversos problemas de salud:

- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías
- Tolerancia y dependencia física, con un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardia e hipertensión, que puede desembocar en un *delirium tremens* si no se recibe tratamiento adecuado.

ALGUNOS DATOS

Según datos de 1999, el 87,1% de los españoles de 15 a 65 años ha bebido alcohol alguna vez, casi el 62% lo ha consumido durante el mes anterior a ser encuestado y alrededor de 14 de cada 100 lo consumen a diario.

Evolución temporal del consumo de alcohol. España, 1995-1999.
(Población 15-65 años).

	1995	1997	1999
Alguna vez en la vida	-----	89.9%	87.1%
Últimos 12 meses	68.2%	77.8%	74.6%
Últimos 30 días	53.0%	60.7%	61.7%
Última semana	38.9%	48.5%	46.7%
Consumo diario	14.6%	12.9%	13.7%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Los jóvenes de 20 a 24 años son los que con mayor frecuencia se emborrachan. Entre quienes han bebido alcohol durante el último año, la mitad de los chicos de esa edad y un tercio de las chicas se han emborrachado al menos en una ocasión.

Alrededor de un millón de españoles bebe alcohol en exceso los días laborables (más de 7 unidades diarias entre los varones y más de 5 entre las mujeres). De ellos, 263.000 beben alcohol en tales cantidades que se sitúan próximos al alcoholismo. Estos porcentajes se están reduciendo en los últimos años. Alrededor de 1.300.000 personas se emborrachan los fines de semana en nuestro país, con 285.000 haciendo un consumo de alto riesgo. El porcentaje más elevado de bebedores abusivos de fin de semana se encuentra entre los 20-24 años, con un 16.2%, seguido de los 25-29 años con un

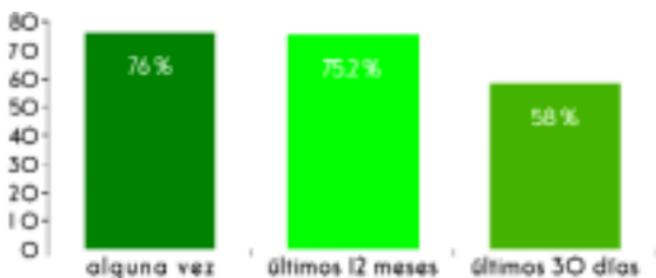




12.2%. Estas cantidades experimentan un prometedor descenso desde 1997.

Entre los estudiantes españoles de 14-18 años, el 76% ha bebido alcohol en alguna ocasión y el 58% durante el último mes. La edad media del primer consumo de alcohol se sitúa en los 13.6 años, cifra que para el comienzo en el consumo semanal es de 14.8 años. Alrededor del 40% se ha emborrachado en alguna ocasión, rondando el 20% quienes lo han hecho durante el último mes. En términos generales, la evolución es positiva con un descenso importante respecto a 1994.

Consumo de alcohol. España, 2000. (Población escolar 14-18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Aunque se trata de la sustancia que genera más problemas sociales y de salud en nuestra sociedad, es objeto de una gran tolerancia social. En estas condiciones, no es de extrañar los altos niveles de consumo y la precocidad de las edades de inicio. Impulsar la prevención desde edades tempranas y reducir la tolerancia hacia su uso, deben ser tareas urgentes para la familia, la escuela y el conjunto de la sociedad.

Uno de cada cuatro escolares de 14 a 18 años reconoce problemas asociados al abuso de alcohol, sobre todo peleas y accidentes. Un porcentaje similar ha viajado como pasajero en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol. Los estudiantes de 14-18 años beben sobre todo cerveza y combinados, con una tendencia creciente al consumo

de licores de fuerte graduación. Su consumo se produce, fundamentalmente, en espacios públicos, con el grupo de amigos, durante las noches de los fines de semana.

¿QUÉ DICE LA LEY?

El Código Penal castiga como autor de un delito de desobediencia grave, al conductor que se niegue a someterse a las pruebas de control de alcoholemia o de otras drogas, requeridas por la autoridad competente.

El Reglamento General de Circulación establece como límite máximo de alcoholemia permitido para conducir 0,5 g./l. de alcohol en sangre (0,25 miligramos por litro en aire espirado) para conductores en general. En coherencia con la gravedad del asunto, esta tasa es aún inferior para conductores con menos de dos años de experiencia, y para transporte de mercancías, viajeros, escolares y urgencias. En estos casos, la tasa máxima es de 0,3 g./l. (0,15 miligramos por litro en aire espirado), que es aproximadamente la alcoholemia producida por una lata de cerveza para un varón de 70 kilos, en ayunas).

No podemos olvidar que el 37,4% de los conductores fallecidos en 1999 a los que se hizo análisis de alcoholemia, dieron positivo.

La venta de alcohol es legal en nuestro país, existiendo limitaciones relacionadas con la edad. Aunque existen diferencias entre Comunidades Autónomas, la tendencia, señalada por la Organización Mundial de la Salud, es a prohibir la venta de alcohol a menores de 18 años.





TABACO ¿QUÉ ES?

El tabaco fue uno de los descubrimientos que hicieron los marineros españoles a su llegada al Nuevo Mundo. Su consumo era práctica habitual de algunas tribus indígenas, generalmente en el marco de ceremonias rituales dadas las propiedades alucinógenas que le atribuían. También era consumido, curiosamente, por los efectos supuestamente medicinales que se derivaban de la planta.

Se trata de una planta solanácea, la *Nicotiana tabacum*, de cuyas hojas se obtienen distintas labores destinadas al consumo humano (cigarrillos, cigarros puros, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc.).

El consumo de tabaco se fue generalizando por Europa, y llevado a todos los continentes por parte de los marineros. Con los años, pasó de ser una sustancia consumida en ambientes de bajo estatus social a ser considerada una sustancia propia de nobles con gustos exquisitos (con *glamour*, que diríamos hoy), en las cortes europeas.

No constituyó un problema de salud pública hasta la invención, con la Revolución Industrial, de la máquina para elaborar cigarrillos. Con ella se pusieron las bases de un consumo masivo que en la actualidad es responsable de la muerte de 500.000 ciudadanos europeos cada año (46.000 de ellos, españoles). La industria tabaquera ha mantenido ocultos hasta fechas recientes informes propios que mostraban la capacidad del tabaco para generar dependencia y diversos problemas de salud.

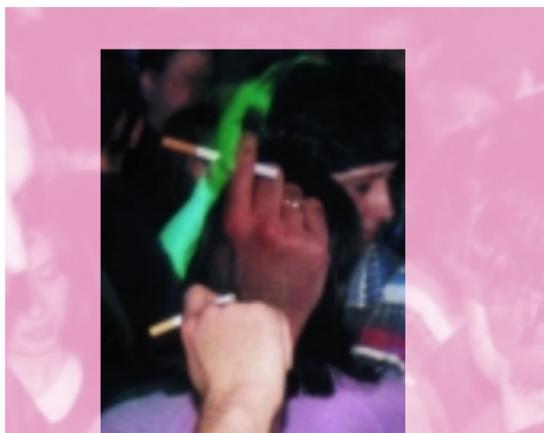
La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000

componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

- **Nicotina:** sustancia estimulante del sistema nervioso central, responsable de los efectos psicoactivos de la sustancia y de la intensa dependencia física que el tabaco provoca.
- **Alquitranes:** sustancias probadamente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes, conviviendo con él en ambientes cerrados, se ven forzados a respirar el humo tóxico que éste devuelve al ambiente.
- **Irritantes:** tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionada por el consumo de tabaco (faringitis, tos, mucosidad, etc.).
- **Monóxido de carbono:** sustancia que se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.



En la Unión Europea se han ido estableciendo limitaciones cada vez más severas a la comercialización del tabaco, (tasas de nicotina y alquitrán, edad a la que se puede comprar, etc.), lo que ha llevado a la industria tabaquera a dirigir su arsenal publicitario a los jóvenes y los países del llamado Tercer Mundo, que cuentan generalmente con regulaciones menos estrictas. Se da así la paradoja de que un producto que salió de América con el halo mágico de tratarse de una sustancia medicinal, regresa de nuevo, cinco siglos después, en forma de epidemia.



EFECTOS

Efectos psicológicos

El tabaco es consumido en busca de algunos efectos positivos, entre los que cabe citar los siguientes:

- Relajación
- Sensación de mayor concentración.

Efectos fisiológicos

Entre los más importantes efectos que provoca el consumo habitual de tabaco, podemos mencionar los siguientes:

- Disminución de la capacidad pulmonar
- Fatiga prematura
- Merma de los sentidos del gusto y el olfato
- Envejecimiento prematuro de la piel de la cara
- Mal aliento
- Color amarillento de dedos y dientes
- Tos y expectoraciones, sobre todo matutinas.

RIESGOS

El tabaquismo es considerado en la actualidad como la **principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura**. La investigación lo ha asociado con un número considerable de enfermedades, por lo que su reducción se ha convertido en uno de los principales desafíos para la salud pública.

En el plano psicológico

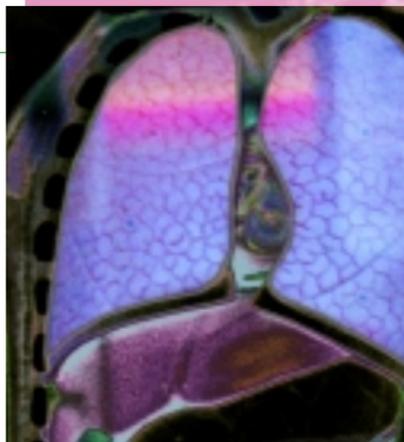
- Dependencia psicológica
- Reacciones de ansiedad y depresión consecuentes a la dificultad para dejar el tabaco.



En el plano orgánico

De los múltiples riesgos sanitarios demostrados, podemos resaltar los siguientes:

- Faringitis y laringitis
- Dificultades respiratorias
- Tos y expectoraciones
- Úlcera gástrica
- Cáncer pulmonar
- Cáncer de boca, laringe, esófago, riñón y vejiga
- Bronquitis y enfisema pulmonar
- Cardiopatías: infartos de miocardio y anginas de pecho.



- La dependencia del tabaco, de características tanto psíquicas como físicas, es difícil de superar aun cuando el fumador se encuentre motivado para ello. Cuando se deja de fumar es habitual la aparición de un síndrome de abstinencia cuyos síntomas más frecuentes son: ansiedad, irritabilidad, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, aumento del apetito, dificultad de concentración, etc. Este síndrome, que aparece a las pocas horas de terminar el último cigarrillo, puede prolongarse durante 7-10 días. El deseo de encender un cigarrillo puede mantenerse durante años.

ALGUNOS DATOS

El tabaco es, tras el alcohol, la droga más consumida por los españoles. El 65,1% de los ciudadanos de 15 a 65 años ha probado el tabaco en alguna ocasión, y el 32,6% fuma a diario. Cada vez fuman menos personas, aunque el porcentaje de consumidores diarios se mantiene estable. El tabaco es la sustancia que despierta una mayor "fidelidad" entre sus usuarios, entendiéndose por tal el porcentaje de personas que, habiéndolo probado, continúan consumiéndolo.

Evolución del consumo de tabaco. España, 1995-1999
(Población 15-65 años).

	1995	1997	1999
Alguna vez	---	68.3%	65.1%
Últimos 12 meses	---	44.9%	43.7%
Últimos 30 días	---	40.6%	39.8%
Consumo diario	34.8%	32.9%	32.6%

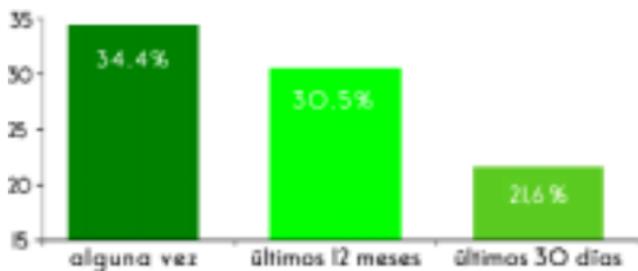
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Aunque el tabaquismo se reduce en España desde mediados de los años ochenta, un fenómeno que preocupa recientemente es la incorporación de la mujer a este hábito, especialmente entre las chicas más jóvenes que superan en consumo a los varones de su edad. Esto hace prever en los próximos años entre las mujeres fumadoras la aparición de enfermedades que hasta ahora eran casi exclusivamente masculinas.

Aunque entre la población general fuman diariamente más los hombres (37.1%) que las mujeres (28.1%), esta relación se invierte entre los más jóvenes.

Centrándonos en los estudiantes de 14-18 años, los datos de consumo son los siguientes:

Consumo de tabaco. España, 2000.
(Población escolar 14-18 años).



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

La edad media de inicio en el consumo para este colectivo se sitúa en los 13.1 años, y de 14.3 años para el consumo diario.

La cantidad de cigarrillos consumidos es, en general, reducida: la media es de 7.7 cigarrillos /día.

El consumo de tabaco entre las chicas supera al de los chicos, tanto para quienes se han limitado a probarlo (39.9% de las chicas y 28.9% de los chicos), como para quienes lo consumen de manera habitual (el último mes fumaron el 35.8% de las chicas y el 25.2% de los chicos).



¿QUÉ DICE LA LEY?

La venta de tabaco es legal en nuestro país, existiendo límites relacionados con la edad. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas, ya que, mientras en la mayoría está prohibida su venta a menores de 18 años, en otras lo está a menores de 16 años.

La ley prohíbe fumar en:

- Transportes públicos, de escolares y de enfermos
- Áreas de trabajo donde existan mujeres embarazadas
- Centros docentes, de salud y de servicios sociales
- Jardines de infancia y centros de atención social a menores
- Locales de elaboración, manipulación y venta de alimentos
- Salas de uso público general y locales comerciales cerrados
- Salas de teatro y cine
- Espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados
- Ascensores.



¿POR QUÉ SE CONSUMEN Y QUÉ SE PUEDE HACER?

¿A QUÉ SE LLAMA FACTORES DE RIESGO?

Hablar de causas del consumo de drogas resulta cuando menos aventurado. A la diversidad de factores conocidos, se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del inicio en el consumo. En cada caso se da una combinación original de factores que explica su recorrido particular.

Por ello, parece más adecuado hablar de las condiciones que favorecen este proceso, los factores de riesgo que lo hacen más probable. Los más relevantes de estos factores son los siguientes:

- **Curiosidad por experimentar:** una característica natural y deseable de la adolescencia, que es preciso, no obstante, educar, para que se convierta en una fuente de maduración e impedir que se concentre en situaciones de riesgo.
- **Presión del grupo de iguales:** tendencia a la homogeneidad en el seno del grupo que, al igual que facilita la adopción de determinadas señas de identidad (forma de vestir, música, etc.), tiene un papel de primer orden en el inicio en el consumo de drogas.
- **Búsqueda de placer:** el consumo de drogas ha estado siempre vinculado al deseo de desconectar de las exigencias más agobiantes de la realidad, en un intento de disfrutar al máximo del tiempo de ocio. Cuando durante la infancia y la adolescencia no se aprenden otras formas de diversión, las drogas pueden ocupar un lugar estelar.
- **Control familiar inconsistente.** Cuando las normas familiares son excesivamente rígidas, relajadas o variables, se hace

difícil la interiorización por los niños y los adolescentes de unas pautas de comportamiento claras, por lo que su socialización fuera de la familia se verá afectada.

- **Disponibilidad de drogas.** Si en el medio en que el adolescente vive su tiempo de ocio existe una presencia notable de drogas, el inicio en el consumo resulta favorecido.

No son, evidentemente, los únicos factores de riesgo, pero son algunos de los más relevantes, y, sobre todo, son factores sobre los que se puede actuar preventivamente.

¿EXISTEN TAMBIÉN FACTORES DE PROTECCIÓN?

Se han identificado un número amplio de factores que disminuyen la probabilidad de adentrarse en consumos de drogas. Algunos de ellos tienen que ver con cambios culturales y legislativos de nuestra sociedad (eliminar la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, aumentar su precio, cumplir rigurosamente las leyes que prohíben su venta a menores, generalizar la prevención en la escuela, etc.).

Otros están relacionados con características del propio sujeto, de cada una de las personas que a lo largo de su vida tienen que tomar la decisión de consumir o no drogas, o de hacerlo de manera habitual una vez probadas.

En relación a dichos factores, son conocidos enfoques exitosos y variadas propuestas que persiguen algunos de los objetivos siguientes:

- **Canalizar positivamente la curiosidad** adolescente, a fin de que, manteniendo vivo su impulso exploratorio, se desinterese al máximo por conductas y situaciones de riesgo.

Es lo que se pretende, por ejemplo, con las campañas informativas que, mediante diversos soportes (Folletos, Internet, etc.), buscan transmitir a los jóvenes una información adecuada sobre los riesgos asociados al consumo de drogas. Iniciativas orientadas a compensar con argumentos racionales el impulso de la curiosi-



dad, favoreciendo una toma de decisiones más libre ante la previsible oferta de drogas de la que tarde o temprano serán objeto.

- Promover la **educación en valores y actitudes** de aprecio, respeto y responsabilidad para con la salud propia y la de la comunidad.

Es el objeto, por ejemplo, de los diversos programas preventivos existentes en las escuelas de nuestro país: tratar de despertar en el alumnado la conciencia de que la salud no depende del azar, sino que está en gran medida condicionada por las decisiones que cada persona adopta. Son miles los educadores de todas las etapas que dedican buena parte de su tiempo a esta tarea.

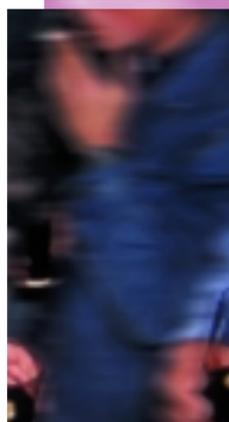
- Estimular la **autoestima**, con objeto de reducir el riesgo de que se interesen por fórmulas químicas para apuntalar un amor propio frágil.

Además de los programas preventivos citados, existen en España miles de Escuelas de Padres y Madres en las que, debatiendo acerca de la más adecuada relación educativa con los hijos, se abordan los múltiples modos de desarrollar en cada niño y adolescente una imagen positiva de sí mismo que le haga menos vulnerable a las influencias externas.

- Desarrollar **habilidades sociales** que les ayuden a comportarse con una razonable autonomía en la relación con los otros, a neutralizar positivamente las presiones por parte del grupo de amigos hacia el consumo de drogas y, en su caso, a cambiar el propio paisaje grupal.

De nuevo la escuela y la familia comparten múltiples iniciativas orientadas a entrenar a niños y adolescentes en esas pautas asertivas de relación que les ayuden a respetar a los demás y reclamar para sí mismos igual consideración.

- Promover una **vivencia rica y diversa del tiempo libre**, que ayude al adolescente a encontrar satisfacciones que no



comprometan su desarrollo, y a construir modos positivos de disfrutar el ocio, a partir de las posibilidades del territorio que habita.

Son, en este sentido, múltiples las experiencias desarrolladas en los pueblos y ciudades españoles orientadas a educar a niños y adolescentes en un ocio enriquecedor, así como las experiencias dirigidas a promover actividades para el tiempo libre alternativas a "salir de marcha".

- Favorecer un **ejercicio razonable de la autoridad paterna** que permita a los niños y adolescentes interiorizar unas normas aceptables de convivencia, y tomar decisiones crecientemente responsables, aun cuando actúen movidos por la curiosidad y el placer.

Las Escuelas de Padres y Madres ocupan aquí un lugar de excepción, en un momento en el que hasta los propios jóvenes reclaman de sus padres la existencia de límites claros.

- **Reducir la presencia de las drogas** en los escenarios sociales por los que transitan los adolescentes.

A mayor facilidad de acceso a las drogas, mayor consumo, mayor abuso y mayores dificultades derivadas. De ahí la importancia de que las drogas no sean una realidad permanente y ubicua en los territorios adolescentes y juveniles.

¿ES POSIBLE PREVENIR?

Como hemos visto en páginas anteriores, en lo que se refiere a la población escolar de 14-18 años, según la encuesta del año 2000, el consumo de tabaco comienza a los 13.1 años, el de alcohol a los 13.6, el de hachís a los 14.8, el de éxtasis a los 15.6, el de alucinógenos a los 15.4, el de anfetaminas y *speed* a los 15.5 y el de cocaína a los 15.7 años.

Es la adolescencia, por tanto, el momento en el que tiene lugar el inicio en el consumo de drogas. La adolescencia es un tiempo de descubrimientos, de exploración. Un tiempo en el que la infancia va quedando atrás y se abre un horizonte aparentemente ilimitado de posibilidades. Aquí se inscribe la indaga-

ción sobre las drogas, en un tiempo confuso de metamorfosis y búsqueda de las propias señas de identidad, lo que añade un plus de riesgo a una conducta que, de otro modo, carecería de tanta trascendencia.

La mayor parte de los consumos de drogas iniciados durante esta etapa, no serán más que una experimentación pasajera, abandonada tras unos pocos episodios en que el adolescente, inevitablemente curioso, se pone a prueba. En otros casos, darán paso a una andadura psicoactiva de desenlace incierto a la que se irán añadiendo nuevas sustancias, hasta constituir el recurso a las drogas un elemento estable del estilo de vida del sujeto.

Estimular los factores de protección y reducir los factores de riesgo constituye el objetivo preventivo que cualquier joven puede plantearse si desea una vida más saludable, así como los padres y madres, los educadores y, en general, los adultos creíbles para los jóvenes. Una tarea que deberá alejarse del miedo, de la inútil amenaza, para situarse en el plano de la comunicación.



- En relación con la vida familiar, **una combinación equilibrada de amor y disciplina** es mostrada por todas las investigaciones como estilo educativo con capacidad preventiva. El adolescente, como cualquier persona a lo largo de su vida, necesita saberse querido, aunque su socialización positiva requiera también del establecimiento de límites. Los límites constituyen un marco de referencia para el adolescente que aprende así a interiorizar los valores y las normas por las que se rige la vida social en la que va poco a poco adentrándose.
- Es en este clima de respeto y exigencia en el que la **comunicación** entre padres e hijos encontrará su propio tiempo y su particular estilo. Una comunicación estable, aunque sometida a infinitas y agotadoras interrupciones, sobre la que puede tener sentido hablar, también, de las drogas.

Una comunicación serena, reflexiva, que permita sortear malentendidos e interpretaciones exageradas de la realidad que instaurarían, quizás definitivamente, el fantasma de la desconfianza.



SITUACIONES Y CONSUMOS DE ESPECIAL RIESGO

Como hemos ido viendo a lo largo de los capítulos anteriores, la única conducta que permite eludir los riesgos asociados a las drogas es la de no consumirlas. En todo caso, las personas que decidieran consumirlas deberían tener en cuenta algunas situaciones y ciertas formas de consumo que pueden multiplicar los riesgos, complicando la vida del consumidor, de su entorno o de ambos.

Conocer el modo en que determinadas formas de consumo de drogas pueden impactar sobre nuestras vidas, e incluso sobre las vidas de las personas con las que convivimos, resulta especialmente relevante a la hora de adoptar una decisión ante el consumo.

Sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a detenernos someramente en algunos de estos elementos en los que no siempre se repara. Elementos que pueden estar relacionados con las drogas mismas, con la situación en que se encuentra el consumidor o con sus personales características.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS SUSTANCIAS

Mezclar drogas

A mayor mezcla de drogas, mayor es el riesgo de que se acaben provocando problemas de diversa naturaleza. El abuso de alcohol los fines de semana es, por ejemplo, una conducta clara de riesgo para la salud y la seguridad de las personas. Pero si quien practica esta conducta, combina el consumo de alcohol con el de hachís y pastillas, pongamos por caso, los riesgos se multiplican de manera imprevisible.

Consumir drogas mientras se toman fármacos

Otro tanto cabe decir de la combinación de drogas y ciertos medicamentos. En efecto, el riesgo asociado al consumo de drogas puede verse incrementado de forma imprevisible si lo simultaneamos con el consumo de fármacos (aunque hayan sido administrados por el médico). El modo en que las diversas sustancias interactúan en nuestro organismo escapa a nuestro control, y puede provocar reacciones especialmente negativas.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CONTEXTO EN EL QUE SE CONSUMEN

Consumir drogas en situaciones que requieren lucidez



Cuando el consumo de drogas tiene lugar mientras se ejecutan otras conductas que requieren precisión, lucidez, claridad mental, coordinación psicomotriz... en definitiva, el óptimo funcionamiento de nuestras facultades superiores, los riesgos, igualmente, se multiplican. Es el caso, por ejemplo, de la conducción de vehículos a motor, o del manejo de maquinaria pesada.

Consumir drogas durante el embarazo

Aunque pueda considerarse como algo ya de sobra conocido, no está de más recordar que cualquier droga que una mujer consuma durante el período de embarazo, está siendo simultáneamente consumida por el feto, con un impacto negativo sobre su maduración fisiológica de consecuencias impredecibles.



DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SITUACIÓN DEL SUJETO

Consumir drogas en situaciones de enfermedad

Cuando el organismo de una persona se encuentra sometido a la debilidad ocasionada por una enfermedad, el impacto de las drogas puede verse incrementado. Un ejemplo elocuente, de puro banal, sería el de una persona que fuma 20 cigarrillos diarios mientras padece una bronquitis aguda. Apliquemos esta misma evidencia a cualquier otra droga.



Consumir drogas en momentos de sufrimiento psíquico

Tampoco resulta buena idea consumir drogas cuando una persona se encuentra en un estado emocional negativo, experimentando situaciones de estrés, padeciendo el efecto de la ansiedad o formas más o menos intensas de tristeza. El riesgo de activar procesos de dependencia psicológica es, en estas situaciones, especialmente delicado.

CUANTO MÁS, PEOR

Ni que decir tiene que la combinación de estas situaciones aumenta los riesgos hasta un punto imposible de calcular. Supongamos el caso de una mujer que mezcla hachís y alcohol, mientras consume fármacos, estando en su quinto mes de embarazo y se pone a conducir. . .





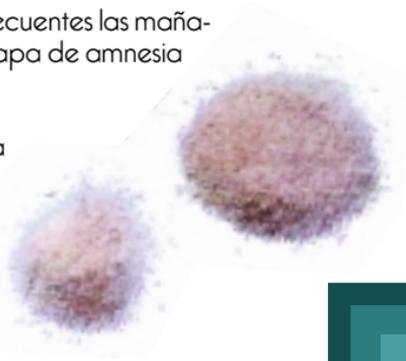
¿CÓMO ACTUAR EN PRESENCIA DE PROBLEMAS?

CUANDO LOS PROBLEMAS LOS TIENE UNO MISMO

Existe una tendencia bastante extendida entre los consumidores de drogas a negar, o al menos minimizar, la presencia de problemas. En este asunto, una de las frases más repetidas es aquella de "yo controlo". A veces, incluso contra toda evidencia.

Aprender a relativizar esta certeza ayudará a reaccionar a tiempo ante consumos de drogas que puedan acabar siendo problemáticos. Algunos datos nos pueden poner sobre la pista de una posible pérdida de control respecto a las drogas:

- Por ejemplo, cuando los dos o tres cigarrillos con los que uno decía tener suficiente, van poco a poco camino de la docena o aún más.
- O cuando alguien desea dejar el tabaco y, tras comprobar que le cuesta más de lo que imaginaba, empieza a elaborar todo tipo de excusas para justificar un consumo del que empieza a desconfiar.
- O cuando las salidas con los amigos acaben siempre en borrachera.
- O cuando son cada vez más frecuentes las mañanas de resaca en las que una capa de amnesia lo envuelve todo.
- O cuando en la vida cotidiana de una persona hay cada vez más sustancias ocupando un lugar.



- O cuando, a pesar de estar embarazada, una mujer se siente incapaz de renunciar a sustancias probadamente tóxicas para el feto.
- O cuando se empieza a tener la sensación de que uno se maneja peor en sus tareas cotidianas (estudios, trabajo, etc.), y de vez en cuando cruza la mente la idea, rápidamente descartada, de si esto no tendrá algo que ver con el consumo de drogas.

Situaciones ante las que ponerse en guardia para valorar si el autocontrol que se afirma tener no empieza a ser un mito.

El "Catálogo de Centros de Asistencia a Drogodependientes" recoge todos los centros de carácter público o con financiación pública que atienden a drogodependientes en España. Esta red, dependiente de las Comunidades Autónomas, incluye centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, unidades hospitalarias, programas de metadona, etc.

Establecer relaciones inteligentes con las drogas tiene mucho que ver con no adentrarse en consumos que pueden acabar resultando problemáticos. Pero tiene también mucha relación con saber detectar a tiempo estos consumos e introducir cambios en el estilo de vida que impidan su intensificación.

Cuando surge la duda, hablar con un profesional puede ser una buena medida. En España existe una tupida red próxima a los 1.000 centros asistenciales de la que da cumplida cuenta el "Catálogo de centros de asistencia a drogodependientes". En estos dispositivos, de naturaleza diversa, profesionales de las drogodependencias (psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etc.) trabajan para ayudar a las personas interesadas en revertir un consumo de drogas que empieza a amenazar su capacidad de control, o que se sitúa de lleno en el plano de la dependencia.

Existe asimismo un amplio número de ONG especializadas en el tema en las que encontrar comprensión, apoyo y claves para iniciar una reflexión personal sobre la relación con las drogas.





CUANDO LOS PROBLEMAS LOS TIENEN PERSONAS CERCANAS

A veces, es más fácil reconocer situaciones de riesgo en los demás. Detectar una creciente importancia del consumo de drogas en el estilo de vida de amigos o familiares, que haga pensar si no se estará en presencia de consumos problemáticos. En estos casos, hablar con calma de la situación con un experto resultará sin duda beneficioso.

En ocasiones, la gravedad de la situación obliga a actuar con rapidez, porque le salud e incluso la vida del consumidor de drogas puede estar en riesgo. En estos casos es imprescindible ponerse en contacto, a la mayor brevedad, con los sistemas sanitarios de urgencias.

Algunas de las situaciones más frecuentes de este tipo de urgencias en relación con las drogas son:

Alcohol

- Intoxicación aguda: Estado de somnolencia profunda en el que el sujeto está amodorrado, incapaz de articular palabra o coordinar movimientos.
- Coma etílico: Sobredosis de alcohol que puede incluso amenazar la vida del consumidor.

Alucinógenos

- Intoxicación aguda: "Mal viaje", caracterizado por inquietud, desorientación, alucinaciones, pensamientos paranoides que pueden llegar al pánico, etc.



Anfetaminas y cocaína

- Intoxicación aguda: Sudor, taquicardia, agitación, hiperactividad y posible aparición de pensamientos paranoicos.
- Trastorno delirante: Sentimientos delirantes de ser perseguido y controlado, con alucinaciones, hiperexcitación y angustia.
- Depresión reactiva: La supresión brusca del consumo puede provocar en usuarios habituales un cuadro caracterizado por sueño y depresión, con posible aparición de ideas de suicidio.



Éxtasis

- Golpe de calor: Fatiga, desorientación, calambres, agitación, pérdida de conocimiento, aumento de la temperatura corporal. Puede provocar el coma y la muerte por parada respiratoria.



¿DÓNDE CONSEGUIR MÁS INFORMACIÓN?

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Organismo responsable de coordinar la política española ante las drogodependencias, con el que se puede contactar para obtener información especializada acerca del fenómeno de las drogodependencias, así como sobre los programas existentes en España en los distintos ámbitos de la vida social.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Recoletos, 22
28071 Madrid
Tfno.: 902 16 15 15
E-mail: cendocu@pnd.mir.es
Web: www.mir.es/pnd
Web: www.sindrogas.es

Planes Autonómicos sobre Drogas

Cada Gobierno Autónomo dispone de un organismo especializado en la intervención ante las drogodependencias. En él puede obtenerse información útil para conocer los diversos recursos existentes en cada Comunidad Autónoma.

Comunidad Autónoma de Andalucía
Comisionado para la Droga
Héroes de Toledo, s/n
Edificio Junta de Andalucía
41006 Sevilla
Tfno. (*)

Comunidad Autónoma de Aragón
Unidad de Coordinación de
Drogodependencias
Dirección General de Salud Pública
Dpto. de Sanidad, Bienestar Social y
Trabajo
P^o María Agustín, 36
50071 Zaragoza
Tfno.: 976 714 000

**Comunidad Autónoma del
Principado de Asturias**
Dirección General de Salud Pública
General Elorza, 35
33001 Oviedo
Tfno. (*)

(*) Ver teléfonos de atención sobre drogas, en página 85.

**Comunidad Autónoma de las Islas
Baleares**

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo
Cecilio Metelo, 18
07003 Palma de Mallorca
Tfno.: 971 176 868 extensión 5652

Comunidad Autónoma de Canarias

Dirección General de Atención a las
Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Consumo
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife
Tfno.: 922 474 669

**Comunidad Autónoma de
Cantabria**

Dirección General de Bienestar
Social
Consejería de Sanidad, Consumo y
Bienestar Social
Hernán Cortés, 9, 2ª planta
39002 Santander
Tfno.: 942 207 792

**Comunidad Autónoma de Castilla-
La Mancha**

Plan Regional de Drogas
Consejería de Sanidad
Avda. de Francia, 4
45005 Toledo
Tfno.: 925 267 763

**Comunidad Autónoma de Castilla y
León**

Comisionado Regional para la
Droga
Consejería de Sanidad y Bienestar
Social
Avda. de Burgos, 11
47071 Valladolid
Tfno. (*)

Comunidad Autónoma de Cataluña

Órgano Técnico de
Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Seguridad
Social
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tfno. (*)

**Comunidad Autónoma de
Extremadura**

Plan Integral sobre Drogas
Consejería de Sanidad y Consumo
Adriano, 4, 4ª Planta
06800 Mérida
Tfno. (*)

Comunidad Autónoma de Galicia

Plan Autonómico sobre
Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Servicios
Sociales
Edificio Admvo. San Cayetano,
Bloque 2, 2º
15771 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 541 858

Comunidad Autónoma de Madrid

Agencia Antidroga
Consejería de Sanidad
Agustín de Foxá, 31, 3ª Planta
28036 Madrid
Tfno. (*)

**Comunidad Autónoma de la Región
de Murcia**

Dirección General de Salud
Consejería de Planificación y
Ordenación Sanitaria
Ronda de Levante, 11, 4ª Planta
30008 Murcia
Tfno.: 968 362 303

Comunidad Autónoma de Navarra
Plan Foral de Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Amaya, 2. A
31002 Pamplona
Tfno.: 948 421 438/39/40

Comunidad Autónoma del País Vasco
Secretaría de Drogodependencias
Consejería de Justicia, Trabajo y Seguridad Social
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria
Tfno. (*)

Comunidad Autónoma de La Rioja
Plan Riojano de Drogodependencias
Consejería de Salud y Servicios Sociales
Villamediana, 17
26071 Logroño
Tfno: 941 291 160

Comunidad Autónoma Valenciana
Dirección General de Drogodependencias
Consejería de Bienestar Social
Pº Alameda, 16
46010 Valencia
Tfno. (*)

Ciudad Autónoma de Ceuta
Centro de Atención a Drogodependientes
Juan de Juanes, 4
11702 Ceuta
Tfno.: 956 503 359

Ciudad Autónoma de Melilla
Dirección General de Servicios Sociales
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Avda. de la Marina Española, 6
52001 Melilla
Tfno. (*)

Teléfonos de atención sobre drogas

Se tratan de líneas telefónicas a través de las cuales pueden plantearse preocupaciones y problemas relacionados con las drogas.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: 902 16 15 15
- Comunidad Autónoma de Andalucía: 900 200 514
- Comunidad Autónoma de Castilla y León: 900 101 100
- Comunidad Autónoma de Cataluña: 934 120 412
- Comunidad Autónoma de Extremadura: 900 210 994
- Comunidad Autónoma de Madrid: 901 350 350
- Comunidad Autónoma de Melilla: 900 151 825
- Comunidad Autónoma del País Vasco: 902 471 818
- Comunidad Autónoma del Principado de Asturias: 985 106 564
- Generalitat Valenciana: 900 161 515
- Ayuntamiento de Madrid: 913 659 200
- FAD: 900 161 515
- UNAD: 902 313 314

(*) Ver teléfonos de atención sobre drogas, en página 85.

Planes Municipales sobre Drogas

Son cada vez más numerosos los municipios españoles de más de 20.000 habitantes que disponen de un Plan Municipal sobre Drogas. En su sede puede encontrarse información útil acerca de las drogas, así como de los diversos recursos y programas existentes en el municipio.

Por su parte, los Planes Autonómicos sobre Drogas disponen de información acerca de las distintas realidades municipales.

Centro de Información y Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La Delegación del Gobierno dispone de un Centro de Información y Documentación con un importante fondo bibliográfico (libros, publicaciones periódicas, videos, etc.) sobre drogas y drogodependencias que puede ser consultado "in situ", o mediante correo, fax, e-mail y página web.

c/ Recoletos, 22. Planta baja
28001 MADRID
Tfnos: 915 372 688 y 915 372 700
e-mail: cendocu@pnd.mir.es
www.mir.es/pnd

