



Guía de información sobre drogas

¿qué sabemos?
¿qué tenemos?



AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA



Edita: Ayuntamiento de Zaragoza
Servicios Sociales Especializados
Servicios de Juventud

Autores: Sección de drogodependencias
Programa Municipal

Idea gráfica e imagen:  **nao** comunicación & r.polo cutando
www.naointernet.com

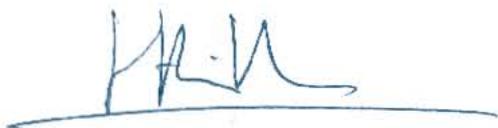
Imprime:

ISBN: 84-8069-298-7

Desde las Concejalías de Acción Social y Juventud, y en el ánimo de colaboración que representa el aunar esfuerzos para trabajar en el desarrollo de actuaciones preventivas dirigidas a nuestros jóvenes, ve la luz este material divulgativo, pensado, confeccionado y dirigido a los mediadores juveniles. A través del mismo, se pretende informar de forma detallada y concisa sobre el consumo de drogas, a la vez que se ofrece una guía de recursos específicos a los que poder acudir.

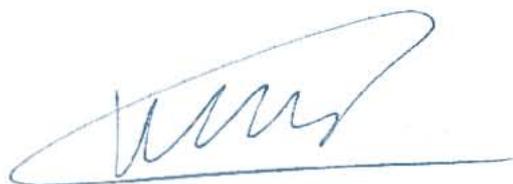
De esta forma, se da respuesta al creciente interés que el tema de las drogas despierta en nuestros jóvenes y que es necesario abordar desde el conocimiento y el rigor que el mismo exige. En su trayecto hacia la vida adulta, los jóvenes necesitan formarse para consolidar su personalidad de forma equilibrada y son necesarios materiales preventivos, como el que a continuación se presenta, para ofrecer una visión objetiva teórica y práctica de ayuda especializada.

**El Concejal
de Juventud**



Jorge Azcón Navarro

**La Concejala
de Acción Social**



Mª Pilar Serrano Ezquerro

Índice

| | | | | |
|---|--------|---|---|---------|
| ■ | I | ~ | Las Drogas: ahora y siempre... | pág. 10 |
| ■ | II | ~ | Conceptos básicos | pág. 11 |
| ■ | III | ~ | Tipos de consumo de drogas | pág. 12 |
| ■ | IV | ~ | Clasificación de las drogas | pág. 13 |
| | | | Las sustancias depresoras del SNC | |
| ■ | V | ~ | El alcohol | pág. 14 |
| ■ | VI | ~ | Ansiofíticos | pág. 22 |
| ■ | VII | ~ | Hipnóticos | pág. 24 |
| ■ | VIII | ~ | Opiáceos | pág. 26 |
| | | | Las sustancias estimulantes del SNC | |
| ■ | IX | ~ | La cocaína | pág. 30 |
| ■ | X | ~ | Las anfetaminas | pág. 34 |
| ■ | XI | ~ | La nicotina | pág. 36 |
| ■ | XII | ~ | Xantinas | pág. 42 |
| | | | Sustancias psicodélicas o alucinógenas | |
| ■ | XIII | ~ | El LSD | pág. 44 |
| ■ | XIV | ~ | Derivados del cannabis | pág. 48 |
| ■ | XV | ~ | Disolventes y sustancias volátiles | pág. 54 |
| | | | Drogas de síntesis | |
| ■ | XVI | ~ | Éxtasis | pág. 58 |
| ■ | XVII | ~ | Ketamina | pág. 62 |
| ■ | XVIII | ~ | GHB o éxtasis líquido | pág. 64 |
| ■ | XIX | ~ | Cuadro resumen de sustancias | pág. 66 |
| ■ | XX | ~ | Adicción a las drogas: problema multidimensional | pág. 68 |
| ■ | XXI | ~ | Prevención de las Drogodependencias | pág. 72 |
| ■ | XXII | ~ | Estrategias terapéuticas | pág. 76 |
| ■ | XXIII | ~ | Adicciones sin drogas | pág. 77 |
| ■ | XXIV | ~ | Recursos para la atención a drogodependientes | pág. 82 |
| ■ | XXV | ~ | Legislación | pág. 84 |
| ■ | XXVI | ~ | Intervención en drogas: dónde acudir en Zaragoza | pág. 85 |
| ■ | XXVII | ~ | Otros recursos | pág. 87 |
| ■ | XXVIII | ~ | Bibliografía | pág. 88 |

Las drogas: Ahora y siempre

No es ninguna novedad que el problema de las drogas despierta una preocupación en nuestra sociedad. Juntamente con la salud, en un sentido amplio, ocupan los primeros lugares entre los temas que interesan al ciudadano.

Pero las drogas siempre han existido, y todos los pueblos han tenido su droga. La coca en Perú, el peyote en México, el opio en China y Sudeste Asiático... El alcohol en Europa y América son sobradamente conocidos desde hace siglos. Ya cuando Colón llegó a América se quedó sorprendido al ver que los nativos "sacaban humo por la nariz".

Generalmente estas sustancias eran utilizadas por los adultos, raramente por los jóvenes. En estos contextos, la droga era consumida con una finalidad perfectamente lógica y ajustada a su nivel social y cultural. Usaban únicamente la droga local, la que conocían y a la que estaban habituados.

En la mayoría de las situaciones, su utilización era vital en las sociedades que las empleaban. A los obreros que trabajaban en la ardua tarea de erigir pirámides a 50°C se les daba cerveza para tonificarles y evitarles la deshidratación. Las parteras de la Edad Media y los curanderos trataban las enfermedades con datura, belladona, mandrágora, opio... drogas/medicamentos todos ellos de aplicación en la actualidad.

No debemos tampoco olvidar el papel que "la droga" ha cumplido desde el punto de vista religioso. Según la leyenda, fue Ceres quien regaló la adormidera a los mortales para que los liberase de sus males y sufrimientos. La hoja de coca fue regalada por una diosa inca a los mártires para "satisfacer a los hambrientos, afirmar a los débiles, y hacer olvidar la ansiedad".

La utilización por entonces de estas sustancias, provocaba ya algunos problemas. Sabemos que, por ejemplo, en la coronación de Moctezuma II se comieron tantos hongos alucinógenos que algunos de los asistentes predecían el porvenir, mientras otros se suicidaban.

El siglo XX trajo consigo el consumo de drogas no autóctonas o locales. Esta desaparición de las barreras físicas, del espacio y del tiempo para la difusión de las sustancias es posiblemente uno de los desencadenantes de la plaga social actual, juntamente con el cambio de finalidad de tal consumo.

Las drogas se convirtieron en problema cuando salieron de su lugar, de su tiempo, de su momento y sobre todo, cuando los grandes capitales vieron en su consumo un modo fácil de incrementar sus ingresos.

El siglo XX trajo consigo el consumo de drogas no autóctonas o locales

Conceptos básicos

Droga

De entre las numerosas definiciones existentes, resulta especialmente clarificadora la de FUNES para quién "droga" será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo. No existe "la droga", sino diversas sustancias, más o menos adictivas, consumidas de diferentes formas por diferentes personas, cuyos efectos y consecuencias pueden ser muy variados.

¿Qué es y qué no es droga?

Las relaciones de dependencia que una persona establece a lo largo de su vida pueden ser muchas y diferentes (puede depender de la familia o el trabajo, la pareja, un/a amigo/a, de determinadas actividades como el juego de azar, las compras, etc). Estas vinculaciones pueden convertirse en ocasiones en estilos de alienación, eventualmente con complicaciones parecidas a las drogodependencias (juego patológico, por ejemplo) y pueden considerarse como dependencias no ligadas al uso de las sustancias. Pero ni la televisión, ni el juego o el ir de compras son drogas. Por consiguiente con el nombre de droga, se hace alusión a:

~ Una sustancia psicoactiva, cuyo consumo produce en el usuario modificaciones en el estado psíquico y a veces físico y que es susceptible de causar dependencia si se insiste en su consumo.

Dependencia

Necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia. Puede ser de naturaleza física y/o psicológica.

Dependencia psicológica

Hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierte en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo anteriormente. Todas las drogas producen dependencia psicológica.

Dependencia física

Algunas drogas producen en el organismo, después de un consumo continuado, cambios debidos a la adaptación del cuerpo a la presencia de la droga en su interior. La interrupción del consumo habitual genera una serie de trastornos físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de sustancia y el estado del organismo y que constituye lo que se conoce como síndrome de abstinencia. La dependencia física es relativamente fácil de romper tras un periodo de desintoxicación ya que, con ayuda o no de fármacos, desaparece al cabo de unos días (o como mucho unas semanas).

Tolerancia

Necesidad de aumentar la dosis para poder conseguir efectos similares, debido a un proceso de adaptación del organismo al consumo habitual de la droga. Esta tolerancia no es ilimitada (para algunas drogas hay dosis mortales), ni igual para las diferentes sustancias o individuos.



Tipos de consumo de las drogas

~ Consumo experimental: consumo fortuito durante un período de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez o incluso varias, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogas.

~ Consumo ocasional: consumo intermitente. En este caso la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si esta circunstancia se da con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. En esta categoría podrían incluirse los consumos abusivos de determinadas sustancias (alcohol, drogas de síntesis...) centrados en los fines de semana.

~ Consumo habitual: consumo diario. En algunos casos puede darse con un doble propósito, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína). Existen otras alteraciones menores del comportamiento. Este tipo de consumo puede producir en el consumidor la necesidad de dedicar gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrarla.

~ Compulsivo: consumo muy intenso, varias veces al día. El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. Su vida gira en torno al consumo de la sustancia, apareciendo síntomas claros de abstinencia que desaparecen al dejar de consumir.

~ La sobredosis es un cuadro de intoxicación aguda producido por el consumo de una dosis superior a la tolerada habitualmente. La importancia de la sobredosis radica tanto en los efectos imprevisibles sobre el comportamiento como en la posibilidad de afectar gravemente al organismo.



Clasificación de las drogas

De las diferentes clasificaciones existentes, destacamos la clasificación de las sustancias según los efectos que producen sobre el sistema nervioso central (SNC).

Depresoras del Sistema Nervioso Central

Sustancias que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño, y, en dosis altas, el coma e incluso la muerte.

Las más importantes de este grupo son:

- ~ Alcohol.
- ~ Ansiolíticos o tranquilizantes (vallium, tranxilium...).
- ~ Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos): inductores del sueño.
- ~ Opiáceos (opio y derivados: heroína, morfina, metadona).

Estimulantes de la actividad del Sistema Nervioso Central

Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, entre las que podemos destacar:

Estimulantes mayores:

- ~ Anfetaminas.
- ~ Cocaína.

Estimulantes menores:

- ~ Nicotina.
- ~ Xantinas (cafeína, teína...).

Sustancias psicodélicas (psicodislépticas o alucinógenos)

Sustancias que distorsionan la percepción. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles:

- ~ Alucinógenos: LSD, mescalina...
- ~ Derivados del cannabis: (hachís, marihuana).
- ~ Disolventes y sustancias volátiles (acetato, benceno, cetonas, éter...).
- ~ Drogas de síntesis (MDMA o éxtasis, ketamina, GHB).

Las sustancias

Depresoras del sistema nervioso central

El alcohol

Introducción

El alcohol ha estado ligado a la cultura humana desde hace más de 10.000 años, cuando los hombres aprendieron a fabricar vasijas en donde podían fermentar los granos y frutos machacados. En un principio, como casi todas las drogas, tuvo una utilización místico-religiosa.

Durante siglos, el vino y algo parecido a la cerveza (ambas bebidas fermentadas) han sido conceptuadas como alcohol-alimento, ganando ascendencia en las culturas vitivinícolas y cerealistas.

La ciencia árabe introduce la destilación y la fermentación de los jugos azucarados. Produce el alcohol etílico, responsable de las propiedades de estas bebidas, que llevó a los antiguos a interpretarlo como "La Esencia", "El Espíritu" o "El Agua de la Vida". El alcohol fue la droga de mayor consumo entre los europeos durante el siglo XIX y todavía ocupa un lugar privilegiado en el mundo entero. Las razones de su alto consumo son múltiples: elevada producción, precios relativamente bajos comparados con otras drogas, la publicidad incita a su uso y no existen impedimentos para que los mayores de edad lo consuman libremente. Se trata, por lo tanto, de una sustancia muy arraigada y con gran aceptación social en nuestro medio, lo que la convierte en la droga que más se consume y de la que más se abusa.

El alcohol es la droga que más se consume y de la que más se abusa

Características de la sustancia

El alcohol, aunque aparentemente estimulante, tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central. Inicialmente, y no a dosis altas, produce sensación de euforia, optimismo, desinhibición, generando además una sensación de mayor soltura corporal y verbal. Rebaja a la vez el nivel de autocontrol y autocritica lo que facilita la animación en situaciones de celebración o de fiesta. Cuando la ingestión es cuantiosa, la fiesta se estropea: reacciones violentas, peleas, llantos y vómitos son algunos de los espectáculos desagradables que pueden deteriorar el ambiente.

Metabolismo del alcohol

Salvo en raras ocasiones en que el etanol (principal componente de las bebidas alcohólicas) se inhala tras vaporizar bebidas alcohólicas, el alcohol se ingiere por vía oral. La absorción del alcohol es muy rápida. Se absorbe en un 20% en el estómago y en un 80% en el intestino delgado, de donde pasa a la sangre. De ahí que todo aquello que facilite el paso del alcohol ingerido al intestino (estómago vacío, bebidas carbónicas, etc.) acelera la absorción, dando lugar a un nivel más alto y más rápido de alcoholemia. Por lo tanto, es cierto que beber en ayunas tiene un efecto embriagante mayor y más rápido. Del 5 al 10% del etanol absorbido se elimina por el aire espirado, la orina y el sudor. El resto es metabolizado en los órganos internos, especialmente en el hígado.

Efectos del alcohol

El alcohol crea dependencia física y psíquica, tiene una fuerte tolerancia y el síndrome de abstinencia es especialmente peligroso. Un alcohólico no debe dejar de beber sin control sanitario. El síndrome de abstinencia del alcohólico cuando adopta las características del "Delirium Tremens" (temblores y alucinaciones), puede llegar a ser mortal.

A los pocos minutos de haber bebido alcohol, éste pasa a la sangre, donde puede llegar a mantenerse hasta 18 horas. Aunque su consumo afecta a todo el cuerpo, donde más daño ocasiona es en el hígado y en el cerebro. Un consumo excesivo de esta sustancia produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación y, si la intoxicación es elevada, problemas respiratorios, que pueden llevar al estado de coma (coma etílico).

En el caso de que se de un consumo elevado y continuado, se van a intensificar considerablemente los efectos a los que antes se hacía referencia. Algunos de ellos pueden desaparecer si se deja de beber, pero en cambio otros pueden ya tener difícil tratamiento.

Depresoras del sistema nervioso central

El alcohol

Efectos psicológicos

El alcohol afecta a los sentimientos, la reflexión, la memoria, la atención, etc.

Se trata de una sustancia depresora, por lo que va a producir relajación, amermamiento, sueño. Produce alteraciones sensoriales (dificultad para la medición de distancia y velocidad, problemas en la acomodación de la vista a los cambios de luz, deslumbramientos, etc). Su consumo continuado provoca irritabilidad, agresividad, insomnio, confusión, delirios y alucinaciones con ideas de persecución que pueden derivar en demencia.

Efectos sociales

En el ámbito familiar, un alto grado de alcoholismo en uno de sus miembros, suele llevar a la desorganización y a la aparición de crisis, malos tratos, peleas, riñas, etc. A nivel laboral, la patología alcohólica produce absentismo, inestabilidad laboral y aumento del número de accidentes. En el plano social, se asocia a conductas delictivas, alteraciones del orden, homicidios y suicidios.

Tipos de bebidas alcohólicas

El alcohol es el componente principal de las bebidas alcohólicas. Éstas pueden ser de dos tipos: fermentadas y destiladas:

~ La fermentación es un proceso natural mediante el cual un fruto o grano (uva, manzana, cebada) se transforma en bebida alcohólica. Este proceso requiere unas determinadas condiciones físico-químicas, y la presencia de bacterias-levaduras que transforman el azúcar de la fruta en una serie de sustancias, entre ellas el alcohol etílico o etanol. En las bebidas fermentadas el contenido de alcohol es más bajo que en otras bebidas. Dentro de este grupo están el vino, la cerveza y la sidra.

~ Las bebidas destiladas se obtienen mediante un proceso artificial, destilando una bebida fermentada. De esta forma puede aumentarse la concentración de alcohol puro. En este grupo de bebidas se encuentran el whisky, el ron, el brandy, la ginebra, los licores y los aguardientes.

Un consumo excesivo de alcohol va a tener repercusiones negativas a nivel físico, psicológico, familiar, laboral y social

Graduación de las bebidas alcohólicas

Las bebidas que contienen alcohol lo tienen en diferente proporción. Esta proporción se conoce como grado y se puede manejar la idea de que los grados son el porcentaje de alcohol puro sobre el total de la bebida. La cerveza y la sidra tienen entre 3 y 7 grados, el vino entre 11 y 14 y los licores entre 30 y 50 grados.

La tasa de alcohol en sangre o grado de alcoholemia hace referencia a los gramos de alcohol por litro de sangre. Ello va a depender, entre otras cosas, de la cantidad y graduación del alcohol que se tome, del peso (la misma cantidad de alcohol tiene más efecto en una persona que pese poco), del sexo (una misma cantidad tiene más efecto en una mujer que en un hombre), de la rapidez con que se bebe (la misma cantidad de alcohol bebida deprisa tiene más efecto) y de si se ha comido o no previamente (si se tiene comida en el estómago el alcohol pasa más despacio a la sangre, reduciéndose en cierta medida su efecto). La combinación con bebidas carbónicas (tónica, coca-cola, etc.), acelera la intoxicación.

El peso, el sexo, la rapidez con la que se bebe también influyen en el grado de alcoholemia

Relación tasa de alcoholemia en aire espirado

| Tasa de alcoholemia mg/l de aire espirado | Efectos |
|---|---|
| 0,25 mg/l | Euforia. Sobrevaloración de las facultades y disminución de los reflejos. |
| 0,5 mg/l | Deshinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos. |
| 0,75 mg/l | Embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores. |
| 1 mg/l | Descoordinación del habla y de la marcha. Visión doble |
| 1,5 mg/l | Estado de apatía y somnolencia |
| 2 mg/l | Coma |
| 2,5 mg/l | Muerte por parálisis de los centros respiratorios y vasomotor |

Depresoras del sistema nervioso central

El alcohol

Unidades de bebida estándar (UBE)

En nuestro país una UBE equivale a 10 gr. de alcohol puro

Una manera fácil de saber la cantidad de alcohol que se ingiere es convertir lo que se bebe en Unidades de Bebida Estándar. La Unidad de Bebida Estándar es una forma práctica y rápida de recoger los gramos de alcohol consumidos y precisa únicamente una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica. En España, una "unidad de bebida" es igual a 10 gramos de alcohol puro (en otros países esta relación es diferente). Es importante destacar que uno de los errores más comunes cuando se bebe, es pensar que el consumo de vino o cerveza, no va a derivar en consecuencias negativas en el consumidor. Sin embargo, son bebidas que no se deben subestimar.

| Tipo de bebida | Volumen | Nº de Unidades de Bebida Estándar (UBE) |
|-----------------------------------|--------------------|---|
| Vinos y cavas | 1 vaso (100 cc.) | 1 |
| Cerveza | 1 caña (200 cc.) | 1 |
| | 1 litro (1000 cc.) | 5 |
| Licor de frutas, chupito | 1 copa | 1 |
| Vermut, oporto, jerez | 1 copa (50 cc.) | 1 |
| Brandy, ron, anís, whisky, cubata | 1 copa (50 cc.) | 2 |
| Aguardiente, vodka, tequila | 1 copa (50 cc.) | 3 |

Consumo de riesgo

El consumo de riesgo empieza, en el caso de un hombre adulto, cuando bebe más de 40 gramos de alcohol puro/día (4 UBE/día) y, para la mujer, a partir de 24 gramos de alcohol puro/día (2,4 UBE/día).

El consumo de alcohol puede resultar, además, peligroso en los siguientes casos:

- ~ Beber antes de los 18 años (es la edad legal para beber en Aragón y otras comunidades españolas. Se establece esta edad porque se considera que el organismo no está preparado para desprenderse del tóxico antes de su completa maduración).
- ~ Beber los fines de semana para "colocarse", aunque el resto de la semana no se beba nada.
- ~ Beber cuando se tiene que conducir, lo cual es siempre un riesgo, independientemente de la cantidad, dado que las reacciones individuales son variables. Si a pesar de ello se bebe, nunca se debe conducir después de beber 3 cervezas (o el equivalente) ni antes de un mínimo de dos horas después de la última consumición.
- ~ Beber durante el embarazo.
- ~ Mezclar alcohol con otras sustancias para "colocarse".
- ~ Beber cuando se toman medicamentos que contraindiquen el consumo de alcohol.
- ~ Beber para afrontar un disgusto o un problema, o para superar incapacidades personales.

Algunos datos

El alcohol es sin duda la droga que registra un mayor consumo en nuestra sociedad.

Según los últimos datos de los que se dispone, se constata:

- ~ Una ruptura en la expansión de los consumos de alcohol entre los escolares españoles, que venía produciéndose desde la década de los ochenta. Se ha registrado una reducción de los consumos de bebidas alcohólicas, disminuyendo el porcentaje de los bebedores habituales e incrementándose el número de escolares abstemios.
- ~ Perfiles claramente diferenciados de consumo de alcohol entre la población adulta y juvenil.
- ~ Un consumo diario más elevado entre los hombres que entre las mujeres.
- ~ Incremento del consumo de alcohol entre las mujeres más jóvenes, sobre todo de 15 a 19 años.

Los últimos datos revelan un incremento en el número de escolares abstemios

En nuestro país se producen alrededor de 12.000 muertes al año -algo más de 30 muertes al día- por causas directamente vinculadas al consumo de alcohol.

El alcoholismo es un problema sanitario en la mayor parte de los países del mundo. Los problemas médicos y sociales que ello representa son incalculables. Desde accidentes de tráfico (como norma general, los conductores tienen prohibido conducir con tasas de alcohol superiores a 0.5 g/l en sangre o 0.25 mg/l en aire espirado), accidentes laborales, hasta el cáncer, pasando por una amplia gama de afecciones somáticas y psíquicas, tienen su razón primera en el consumo abusivo de alcohol.

Algunas indicaciones

¿Qué debe hacerse ante un caso de intoxicación alcohólica?:

- ~ No debe administrarse alcohol ni ningún tipo de líquido si el sujeto está semi o inconsciente, ni tampoco debe darse medicación u otro tipo de droga para contrarrestar los efectos.
- ~ Si el sujeto está inconsciente mantenerlo tumbado y de medio lado para evitar la aspiración de un posible vómito (situación que se da con cierta frecuencia).
- ~ En el caso de que esté consciente, puede provocársele el vómito para expulsar la bebida que quede en el tubo digestivo y que todavía no se ha metabolizado.
- ~ Conviene colocar al individuo en un ambiente lo más adecuado posible: silencio, poca luz, y sobre todo, abrigado, dado que con dosis elevadas de alcohol en sangre puede sufrir una hipotermia (disminución de la temperatura corporal) por la vasodilatación periférica que produce el alcohol.
- ~ Nunca debe dejarse solo.
- ~ En cualquier caso llevarlo a un Centro Médico o al Servicio de Urgencias de un Hospital, ya que se trata de una auténtica urgencia médica.

Depresoras del sistema nervioso central

El alcohol

¿Y qué es lo que no se debe hacer?

Ante una persona que presenta claros signos de intoxicación alcohólica:

- ~ No hay que darle de beber leche o cualquier otra cosa que tenga grasa, ya que esto puede facilitar la absorción del alcohol.
- ~ Si está inconsciente, no hay que darle ningún tipo de bebida.
- ~ Es inútil y no conduce a nada, intentar que ande, que pasee, que se mueva, que haga ejercicio. Lo mejor es acostarle ladeado.
- ~ Si aún está en la etapa de euforia, hay que procurar que no se lesione ni lesione a los demás; pero no hay que hacerlo con rudeza. No olvidemos que el alcohol transforma el carácter, desinhibe y hay muchas personas a las que convierte en seres agresivos o excesivamente críticos.
- ~ Es importante reconocer si el intoxicado está dormido en el sopor del alcohol o si realmente está en estado de coma. Si está en coma, es necesario acudir a un servicio de urgencia en un centro sanitario.

Algunas recomendaciones para beber menos

A continuación se proponen algunas pautas para que en el caso de no querer dejar de beber, se beba menos:

- ~ Decidir por adelantado lo que se va a beber.
- ~ Entre copa y copa, tomar alguna bebida sin alcohol. Es un buen método para beber y gastar menos.
- ~ Beber a tragos cortos, aumentando el tiempo entre trago y trago.
- ~ Evitar el juego de las rondas: se bebe al ritmo de la persona que bebe más deprisa.
- ~ Mientras se bebe, dejar el vaso en la mesa o en la barra, la bebida así dura más.
- ~ Ser creativos e inventarse las propias bebidas "SIN". Se pueden mezclar muchas cosas.
- ~ Olvidarse de las mezclas "explosivas", esas que algunos bares o pubs ponen de moda. Sus efectos son mucho más perjudiciales.
- ~ No beber nunca a solas ni en compañía de personas que abusen del alcohol.

Tratamiento de un enfermo alcohólico

Se puede decir que una persona es un enfermo alcohólico o está en vías de serlo, cuando sigue bebiendo a pesar del hecho de que esto le produzca serios problemas en diferentes ámbitos (conducta, salud, problemas sociales).

El tratamiento del enfermo alcohólico debe ser integral, integrado e integrador; ha de ofrecer recursos variados según las diferentes etapas de presentación de la enfermedad. Deben ser tenidas en cuenta tanto las necesidades individuales, como familiares, y debe abordar todas las áreas en conflicto desde una perspectiva bio-psico-social.

Legislación

La ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece, entre otras las siguientes limitaciones:

- ~ La prohibición, venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- ~ Se prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta del alcohol dirigida específicamente a los menores de 18 años y se establecen los espacios en los que en ningún caso podrá hacerse promoción de esta sustancia: centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de atención social; centros docentes, medios de transporte público, salas de teatro, cine o espectáculos cuya programación vaya dirigida a menores de 18 años, así como en los lugares donde está prohibida su venta y su consumo.
- ~ Según la ley de Seguridad Vial, todo conductor implicado en un accidente está obligado a realizar la prueba de alcoholemia. Así mismo, todo conductor a quien se le pida hacerla, en un control preventivo, debe prestarse a ello. (Se trata de soplar en un aparato llamado alcoholímetro, que facilitan los propios agentes de seguridad, en cuyo caso el máximo permitido, en general, es de 0,25 mg/l de alcohol en aire espirado).
- ~ En nuestro país, el Reglamento General de Circulación establece como límite máximo autorizado de alcohol en sangre, para conductores en general, 0,5 g/l (algo así como dos cervezas para un hombre de alrededor de 70 Kg., con el estómago vacío). Esta tasa es inferior (0,3 g/l) para los conductores con menos de dos años de experiencia y para aquellos que transportan mercancías, viajeros, escolares y urgencias y la produce, de forma aproximada, una lata de cerveza en un varón de 70 kilos, en ayunas.

Está prohibida la venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años

Depresoras del sistema nervioso central

Los ansiolíticos o tranquilizantes

Introducción

El uso de sustancias naturales para tranquilizar está documentado desde antiguo. Los tranquilizantes, son un grupo de sustancias empleadas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, en sustitución de los barbitúricos que se revelaron mucho más peligrosos y adictivos de lo que se pensaba inicialmente.

Los barbitúricos (inductores del sueño) y tranquilizantes han sido una de las drogas que más difusión han tenido en la época moderna, recetándose libremente en las décadas de los cincuenta y setenta.

Tradicionalmente se ha indicado una tendencia al mayor consumo por parte de la mujer en la edad media de vida, seguramente en relación con la mayor frecuencia en ellas de síntomas de ansiedad.

Características

Un consumo continuado de estas sustancias no debe interrumpirse bruscamente, dada la gravedad que su síndrome de abstinencia puede provocar.

Presentación

Los podemos encontrar en forma de comprimidos, cápsulas, grageas, gotas, ampollas, supositorios o inyectables dependiendo de cuál sea la sustancia concreta de que se trate.

Los ansiolíticos o tranquilizantes se emplean en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio



Modalidades de consumo

Su administración puede ser oral, intravenosa o rectal.

Efectos

Los tranquilizantes inducen un estado relajado sin producir sueño necesariamente. Los efectos que aparecen tras un consumo prolongado son:

- ~ Trastornos psíquicos: somnolencia, alteraciones de la memoria y el juicio y dificultades de concentración.
- ~ Trastornos neurológicos: vértigo, ataxia (perturbaciones del sistema nervioso), disartria (dificultad en la articulación de las palabras), parestias (parálisis breves), cefaleas y letargo.
- ~ Trastornos gastrointestinales: anorexia (falta normal de las ganas de comer), irritación de las mucosas estomacales, irritabilidad intestinal.

Un efecto poco conocido de los tranquilizantes y que quienes los usan suelen atribuir a otras causas, es el de la "resaca" similar a la del alcohol, que se siente una vez han pasado sus efectos, lo que provoca la ingestión de más tranquilizantes para evitar tales molestias, entrando así en un círculo vicioso que lleva a la dependencia.

Algunos datos

Los últimos datos revelan que consumen estas sustancias alrededor del 2% de la población de 15 a 65 años.

Algunas indicaciones

Son sustancias que deben consumirse bajo la supervisión del especialista. En cualquier caso su uso se desaconseja cuando se deben realizar tareas que precisan un elevado nivel de atención y concentración (conducción, manejo de máquinas complejas...).

Su consumo debe realizarse bajo supervisión médica

Un riesgo importante que conlleva el consumo de tranquilizantes hace referencia a la combinación de estos productos con otras drogas (alcohol, otros fármacos o cualquier droga ilegal), en cuyo caso las posibles consecuencias no sólo se suman sino que se multiplican.

Depresoras del sistema nervioso central

Hipnóticos

(barbitúricos y no barbitúricos)

Introducción

Son fármacos inductores del sueño. Su uso continuado o excesivo puede resultar muy tóxico y adictivo.

Características

Su uso prolongado causa dependencia física y psíquica, y si se corta bruscamente la administración, o se reduce, se produce un síndrome de abstinencia serio.

Presentación

Los barbitúricos se venden en forma de comprimidos o cápsulas con gel.

Su uso prolongado
causa dependencia
física y psíquica

Modalidades de consumo

Se consumen por vía oral aunque algunos consumidores disuelven el polvo en agua y se lo inyectan.

Efectos

En dosis pequeñas, los barbitúricos proporcionan alivio al insomnio, la ansiedad y la tensión a corto plazo. Al enlentecer el funcionamiento del sistema nervioso central, los barbitúricos provocan tres efectos principales en el organismo: reducen el ritmo cardíaco, hacen más lenta y superficial la respiración y bajan la tensión.

Algunos datos

Su uso se da en todos los sectores de la sociedad y nadie sabe exactamente cuántas personas las emplean regularmente para dormir o por otras razones.

Es frecuente también su uso por parte de los heroinómanos y alcohólicos (combinación que puede ser peligrosa) como droga sustitutiva.

Tratamiento

Ante una intoxicación por barbitúricos se recomienda el ingreso hospitalario. El tratamiento de la dependencia se basa fundamentalmente en un tratamiento sustitutivo con disminución gradual de las dosis y un apoyo psicológico.





Depresoras del sistema nervioso central

Opiáceos (heroína, morfina,...)

Introducción

Los opiáceos constituyen una amplia familia de productos derivados directamente de la adormidera o *Papaver somniferum*. Se calcula que el opio que sigue los canales legales de comercialización es mucho menos de la mitad de la producción mundial. El opio ilícito proviene en su mayor parte del llamado Triángulo de Oro del sudeste asiático (Laos, norte de Tailandia y Birmania). También se han localizado plantaciones ilegales de adormidera en algunos países sudamericanos.

La utilización del opio como analgésico y somnífero se remonta ya al año 1500 A.C. A mediados del siglo XIX se descubrió el principio activo del opio, la morfina, cuyo consumo se puso muy de moda a finales del XIX, siendo signo de elegancia y riqueza en todo el mundo occidental. Para evitar la dependencia a la morfina se comercializó a finales del siglo XIX la heroína, producto consumido por la mayoría de los toxicómanos de opiáceos. Al principio fue apreciada por su aparente capacidad de curar la adicción a la morfina; poco después se reconoció su potencial adictivo y cesó su prescripción.

La heroína es mucho más fuerte y adictiva que la morfina

La heroína es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce, es de 5 a 8 veces más fuerte que la morfina siendo también mucho más adictiva que ella, aunque sus efectos son más cortos, lo que la convierte en una sustancia altamente peligrosa.

El abuso de la heroína experimentó un notable incremento en el mundo occidental en la pasada década de los setenta, debido, entre otros factores, a un cambio en las actitudes hacia la droga y hacia las normas establecidas.





Características

La heroína puede generar dependencia tanto física como psíquica. Independientemente de la vía de administración utilizada. El síndrome de abstinencia se hace presente en el momento en que la sustancia no se encuentra en el organismo en la cantidad a la que el mismo se ha adaptado y va a ser diferente según el individuo y el grado de dependencia. Aunque el proceso puede ser duro, este síndrome de abstinencia puede superarse sin demasiadas dificultades.

Presentación

En estado puro se presenta como un polvo cristalino, blanco e inodoro.

La forma más común de encontrarla es como un polvo marrón, aunque el color varía del blanco crema al marrón oscuro. Normalmente su nivel de pureza es muy reducido, conteniendo una mezcla de muchas sustancias que incrementan por ello considerablemente los beneficios de su venta.

Metabolismo

Se absorbe tanto por el tracto digestivo (ingiriendo la droga), como por la mucosa nasal y los pulmones (inhalándola), siendo mayor la absorción si es por vía parenteral y máxima por vía intranasal. En el sistema nervioso central atraviesa la barrera hematoencefálica. La mayor cantidad se elimina a las seis horas y a las 48 se puede decir que no queda prácticamente nada.

Depresoras del sistema nervioso central

Opiáceos

Efectos

Su consumo produce inicialmente una euforia placentera con un alivio total de las tensiones y ansiedades, desapareciendo las sensaciones desagradables (fatiga, hambre, etc.). Los experimentadores no se convierten en dependientes la primera vez que prueban la heroína. Pero con su uso regular, el organismo se adapta y aumenta la tolerancia hasta que apenas se experimentan sensaciones placenteras.

Somáticamente aparecen miosis (reducción del diámetro de la pupila ocular), estreñimiento con una posible desnutrición al dedicar todo el dinero a la droga, impotencia, amenorrea, palidez, adelgazamiento, abulia para todo aquello que no tenga relación con la droga, abscesos en las pautas de inyección, hipertensión, hepatitis, etc. Uno de los riesgos más importantes derivados de tal consumo tiene mucho que ver con la vía de administración de la sustancia que acostumbraba a ser inyectada. La aparición y proliferación del SIDA entre el colectivo de consumidores de heroína ha influido considerablemente en el cambio de la vía de administración y a la vez en la reducción del número de consumidores.

Al ir aumentando la dosis que se precisa, toda su existencia gira en torno a la búsqueda de la droga, con los componentes de desorden social que ello acarrea (robos, prostitución...).

Algunos datos

Cuatro de cada mil españoles se interesan por probar esta droga, siendo todavía menor el porcentaje de los que la consumen de forma habitual.

Algunas indicaciones

Algunos de los peligros que conlleva el consumo de esta sustancia tienen que ver no tanto con sus propias características sino con las condiciones en las que se lleva a cabo tal consumo. Los heroínómanos rara vez prestan atención a su higiene. Pueden emplear y/o compartir jeringuillas sucias, utilizar utensilios improvisados, etc., por lo que resultan vulnerables a diversos procesos infecciosos (hepatitis, neumonías, SIDA, etc.).

Uno de los efectos secundarios de la heroína es la inhibición del apetito. Como resultado, los usuarios tienden a perder sus hábitos alimenticios y a despreocuparse de todo cuidado.

Existe un peligro añadido al utilizar heroína comprada en la calle, ya que no hay manera de conocer el nivel de pureza de la droga o las sustancias de corte añadidas.

Tratamiento

El tratamiento de la dependencia a la heroína incluye la deshabitación física y psíquica, y la reinserción. Actualmente un considerable número de dependientes de la heroína están llevando a cabo programas de mantenimiento con metadona sobre todo en aquellos casos en los que una abstinencia completa resulta difícil de lograr.

La utilización de antagonistas como la naltrexona se está extendiendo cada vez más por parte de los profesionales, como medida para asegurar la abstinencia a la heroína.

Legislación

El Código Penal establece una pena mínima de 3 a 9 años de prisión y multa adicional a aquellos que cultiven, elaboren, trafiquen, promuevan, favorezcan o faciliten su consumo, o bien lo posean con tales fines.

La conducción bajo su influencia está, también penalizada.

Se contempla además sanción administrativa en el caso de consumo en público o abandono de instrumental usado para el consumo de esta droga.

Las sustancias

Estimulantes del sistema nervioso central



La cocaína

Introducción

La cocaína se obtiene de una planta que abunda en las regiones montañosas de Sudamérica, de países como Perú, Colombia, Bolivia o Brasil.

Durante siglos, los indios sudamericanos han masticado las hojas de la planta, ya sea en ceremonias religiosas, o para aliviar el hambre y el cansancio provocado por el trabajo. La hoja de coca muy pocas veces contiene más del 2% de cocaína, de manera que masticándola se absorben muy pequeñas cantidades de esta sustancia. Ha resultado ser muy atractiva para las clases sociales acomodadas e influyentes. Ahora, con su disponibilidad, la cocaína se extiende a todas las capas sociales, aunque su consumo es minoritario.

Características

La dependencia psicológica derivada de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas. Durante años se creyó que no causaba dependencia física, pero en la actualidad se ha descrito el síndrome de abstinencia que su abuso genera. La mayoría de los consumidores reconocen que necesitan aumentar progresivamente la dosis.

Presentación

Casi toda la cocaína que se comercializa en la calle es un polvo cristalino blanco, muy parecida a la sal fina. El polvo de cocaína obtenido después de procesar las hojas de coca tiene una pureza de un 85%, porcentaje muy superior al que tiene cuando se vende en la calle, que habitualmente suele tener un treinta por ciento de cocaína y el resto se complementa con otras sustancias (azúcares, anestésicos...).

La dependencia psicológica derivada de la cocaína es una de las más intensas



Metabolismo

La cocaína se absorbe a través de todas las mucosas, llegando a la circulación sanguínea y atravesando las barreras placentarias y hemato-encefálica. Se metaboliza en el mismo plasma y en el hígado. La eliminación se da fundamentalmente por vía renal, aunque también por la saliva, heces y bilis.

Modalidades de consumo

- ~ Mascadores de coca: Forma de consumo muy extendida entre los campesinos de los Andes.
- ~ Vía digestiva: las hojas se suelen tomar en infusión "mate de coca", en el Altiplano andino.
- ~ La forma más común de administrar el clorhidrato de cocaína es "esnifar" la droga por las fosas nasales, proceso que si se repite durante un largo periodo puede causar ulceraciones y perforación del tabique nasal.
- ~ También puede inyectarse, pero es menos frecuente.
- ~ Para ser fumada debe ser transformada, conociéndose entonces como crack, que es la manera más rápida de introducir la droga en el cerebro, si bien los efectos pueden disiparse en un breve periodo de tiempo.

Otro peligro creciente es la combinación de heroína y cocaína (speedball). Estas son las drogas más compatibles para un adicto, de manera que cuando se dispone de las dos, la mezcla es muy probable.

La mezcla cocaína heroína se da con cierta frecuencia entre los adictos

Estimulantes del sistema nervioso central

La cocaína

Efectos

Produce un periodo de intenso bienestar, euforia, hiperactividad, mayor sociabilidad. Pero a medida que desaparecen estos efectos, en los consumidores crónicos, sobreviene un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo.

El consumo de dosis elevadas causa insomnio, intensa ansiedad, alucinaciones, temblores y convulsiones. Las ilusiones paranoicas pueden conducir a un comportamiento violento. Las pupilas se dilatan y aumenta la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea.

Entre los problemas orgánicos asociados al consumo de cocaína podemos citar:

- ~ Problemas psiquiátricos: delirio, agitación psicomotriz, ideas paranoicas, ideas suicidas...
- ~ Problemas neurológicos: dolores de cabeza muy frecuentes, convulsiones.
- ~ Cardiacos: cardiopatía isquémica, arritmias...
- ~ Digestivos: obstrucción intestinal por paquetes o preservativos rellenos de cocaína destinados al tráfico.

Los casos de sobredosis, por cualquiera de las formas de abuso de cocaína, pueden producir importantes disfunciones cardíacas y respiratorias llevando al usuario a la muerte en algunas ocasiones.

El crack

El crack es cocaína procesada; su nivel de pureza es muy superior al de la cocaína que se vende en la calle y por lo tanto más peligrosa. Tiene el aspecto de cristales semejantes a rocas pequeñas. Su color varía del amarillo claro o rosa al blanco. Generalmente se fuma. Su efecto inicial es muy intenso, llega en segundos, pero es muy breve. Produce una profunda euforia y exaltación, una increíble sensación de bienestar y poder y un repentino aumento de la energía.

Algunos datos

En España, según los últimos datos de los que se dispone, consumen cocaína de manera regular el 0.6% de los españoles entre 15-65 años. En los últimos años se aprecia una ligera disminución del porcentaje de los que la han probado y un cierto incremento de los que la consumen de forma regular.

Algunas indicaciones

Mezclar cocaína con otras drogas, incluso alcohol, es extremadamente peligroso.

Ingerir una pequeña cantidad de cocaína mezclada con la comida o bebida es menos peligroso que inhalarla. Igualmente provoca efectos, aunque se demoran más.

Tratamiento

Los programas específicos diseñados para los consumidores de cocaína constituyen una herramienta relativamente nueva. Suelen emplear un enfoque multidisciplinario, proporcionando una serie de técnicas de comportamiento, cognitivas, educativas y de autocontrol, con el objetivo de reducir la ansiedad por la droga y el potencial de recaída.

La mezcla de cocaína con otras drogas, incluido el alcohol, es extremadamente peligrosa.

Legislación

El consumo público de la cocaína, como el de otras drogas, está sancionado administrativamente. El Código Penal establece una pena mínima para quienes cultiven, elaboren, trafiquen, promuevan, favorezcan o faciliten su consumo, o lo posean para tales fines, de tres a nueve años de prisión y una multa "del tanto al triplo" del valor de la droga. La conducción de vehículos a motor y ciclomotores bajo los efectos de la sustancia está también penalizada.

Estimulantes del sistema nervioso central

Las anfetaminas

Introducción

Estimulantes producidos de forma sintética. Han sido utilizadas en medicina para el tratamiento de muchos trastornos (somnolencia, hiperactividad infantil, epilepsia...) y se han consumido también entre los deportistas como sustancias dopantes. Actualmente sólo se prescriben cuando existe una indicación clara, debido a los problemas que su abuso puede comportar.

Las anfetaminas con destino al mercado negro, se producen generalmente en laboratorios clandestinos.

Una de las anfetaminas más frecuente en el mundo de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido como "speed". Su consumo se asocia especialmente a determinados ambientes recreativos y musicales nocturnos, fundamentalmente los fines de semana.

Características

La dependencia a estas sustancias es fundamentalmente de tipo psicológico. No existe unanimidad en lo que se refiere a su posible capacidad para generar dependencia física. Su uso prolongado genera tolerancia. Una sobredosis puede causar la muerte.

Presentación

Se presenta en tabletas, cápsulas o más comúnmente, en polvo. La sustancia presenta un aspecto variable en lo referente al color y textura, aunque normalmente aparece como un polvo grueso de color blanco sucio.

Metabolismo

Las anfetaminas son metabolizadas en el hígado. La eliminación, tanto del principio activo como de sus metabolitos, tiene lugar a través de la orina.

Modalidades de consumo

Pueden consumirse por vía oral, inyectada o esnifada.

La dependencia que producen es fundamentalmente de tipo psicológico

x



Efectos

Las anfetaminas actúan sobre el Sistema Nervioso central y tienen efectos euforizantes. A dosis bajas o moderadas producen euforia, pérdida del sueño y disminución del apetito, mejoría aparente del rendimiento físico e intelectual, aumento del ritmo respiratorio, sequedad de boca y sed, diarreas o estreñimiento, subida de la tensión arterial y de la temperatura corporal. Son típicos los movimientos exagerados y anormales de la mandíbula. A dosis altas o continuadas producen irritabilidad y paranoia, alucinaciones y delirios, paradas respiratorias, arritmias cardíacas y lesiones del corazón, inhibición de la eyaculación, convulsiones, coma e incluso la muerte. Otros efectos que pueden producir son , sudoración, pulsaciones rápidas y náuseas.

Algunos datos

Según los resultados de los últimos estudios realizados parecen consumir de forma habitual anfetaminas y/o speed alrededor de 2 de cada mil personas, si hacemos referencia a la población de 15 a 65 años. Esta tasa es considerablemente superior si se analiza en el colectivo de 14 a 28 años, llegando a ser en este caso de casi un dos por cien. En los últimos años se detecta una ligera tendencia descendente en el consumo de esta sustancias.

Se detecta una ligera tendencia descendente en el consumo en los últimos años

Algunas indicaciones

En el caso de consumo abusivo de estas sustancias se recomienda:

- ~ No quedarse solo.
- ~ Beber suficiente cantidad de líquidos (zumos y agua) para reponer los líquidos eliminados.
- ~ Descansar y refrescarse con frecuencia.
- ~ Nunca mezclar con alcohol y otras drogas.
- ~ No tomarla si se padece del corazón, riñón, hígado o si se tienen problemas psicológicos.

Legislación

En la interpretación del Código Penal, los tribunales de justicia incluyen las anfetaminas entre las drogas que pueden causar "graves daños a la salud". En este caso se prevén penas mínimas de prisión de 3 a 9 años y multa adicional para aquellos que las elaboren, trafiquen, promuevan o favorezcan su consumo o las posean con tales fines.

La conducción bajo el efecto de estas sustancias también está penado, así como su consumo en público.

La nicotina (el tabaco)

Introducción

El inhalar humo o vapores de materias en combustión es tan antiguo como el hombre. El humo, al elevarse, ponía en contacto a los humanos con la divinidad, siendo un buen vehículo para solicitar que se curasen las enfermedades. Se creía además que de esta manera se purificaba el alma.

Su consumo se extiende en Europa a partir del descubrimiento de América. Cristóbal Colón comenta en su diario que entre los presentes que le hicieron los indios estaban unas hojas secas a las que en ese momento no les dio ningún valor.

A finales del XIX se inventó la máquina de fabricar cigarrillos. El cigarrillo es una manera bastante reciente de consumir tabaco. A principios del siglo XX se crearon las grandes industrias tabaqueras lo que trajo consigo una gran popularización del cigarrillo, convirtiendo al tabaco en una droga de amplio consumo y socialmente aceptada. En los últimos años se han dictado leyes restrictivas para su utilización dado que su consumo constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de mortalidad prematura y previsible en cualquier país desarrollado.

Características

Los compuestos que constituyen el tabaco producen dependencia física y psicológica, por lo que, aunque legal, es una droga con todas las características de cualquier otra. El síndrome de abstinencia tabáquico, cuya intensidad varía mucho de unas personas a otras, se caracteriza por irritabilidad, ansiedad marcada por el deseo de fumar, perturbaciones del sueño, crisis de mal humor, entre otros.

El consumo de tabaco constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo



Presentación

Al procesar las hojas secas de la planta de tabaco se extraen las labores específicas para cigarrillos, pipas o cigarros (puros). El tabaco también se vende en forma de rapé, un polvo fino que se inhala por la nariz. En algunos países se puede encontrar el tabaco en bloques, para masticar.

Metabolismo

La nicotina, principal alcaloide del tabaco, se absorbe por las mucosas con las que entra en contacto el humo (boca, nariz y faringe). Una vez absorbida pasa rápidamente a la sangre. Se distribuye por todos los aparatos y sistemas, atravesando las barreras hematoencefálicas (en el cerebro) y la placentaria. A las dos horas de su absorción alcanza los niveles mínimos en sangre, y el fumador, en los casos de adicción, necesita volver a fumar para evitar el síndrome de abstinencia. La nicotina se metaboliza sobre todo en el hígado y se elimina por la orina. Los restos de alquitranes, nicotina y otras sustancias aparecen frecuentemente en las uñas, dientes y dedos de los fumadores.

Modalidades de consumo

La mayor o menor toxicidad del tabaco viene en gran parte dada por la forma de consumo, así como por el grado de inhalación y apurado que se haga. Los cigarrillos "light", bajos en nicotina y alquitrán, no son menos nocivos para la salud, dado que para compensar esa reducción, los fumadores tienden a fumar más e inhalar más profundamente, logrando así hacer circular por el cuerpo la misma cantidad de monóxido de carbono, alquitrán y otras sustancias. El filtro de los cigarrillos tampoco elimina el monóxido de carbono ni otros gases dañinos presentes en el humo.

Los cigarros puros y las pipas son relativamente menos nocivos para la salud del fumador, siempre que no se inhale el humo; sin embargo, el tabaco que se utiliza en ambos casos tiene mayor concentración de nicotina y alquitrán que el de los cigarrillos.

Estimulantes del sistema nervioso central

La nicotina (el tabaco)

Componentes

Son más de cuatromil las sustancias que se producen en la combustión del tabaco

En la combustión del tabaco se producen más de cuatro mil sustancias (gases, vapores orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas) que son transportadas por el humo hacia los pulmones. Estas sustancias actúan principalmente sobre el aparato respiratorio, aunque algunas de ellas son absorbidas y pasan a la sangre desde donde actúan sobre otros tejidos y órganos del cuerpo.

Entre estas destacan:

~ **Nicotina.** Es el alcaloide responsable de la mayor parte de los efectos del tabaco sobre el organismo y el que da lugar a la dependencia física. La vida media de la nicotina en la sangre es menor de 2 horas y, según se reduce su concentración, aparecen los síntomas que alertan al fumador para que fume otra vez.

~ **Los irritantes.** El humo del tabaco contiene muchas sustancias irritantes como amoníaco, peróxido de nitrógeno, ácido clanhídrico, fenoles... que son responsables de la constricción bronquial, de la estimulación de las glándulas secretoras de la mucosa, y de la tos típica del fumador; en definitiva, de la alteración de los mecanismos de defensa del pulmón, por lo que se favorecen las infecciones y la aparición de bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

~ **Alquitrán y otros agentes cancerígenos.** Se incluyen en este grupo toda una serie de hidrocarburos aromáticos policíclicos que tienen acción cancerígena.

~ **Monóxido de carbono (CO).** Se encuentra en una concentración elevada en el humo del tabaco. Tiene una gran afinidad para combinarse con la hemoglobina, formando carboxihemoglobina y, por tanto, disminuye la capacidad de la sangre de transportar oxígeno. Sus efectos inciden fundamentalmente a nivel del sistema nervioso central y del aparato cardiocirculatorio.

Efectos

Entre los efectos a corto plazo que provoca el consumo de tabaco, podemos citar:

- ~ Disminución de la capacidad pulmonar.
- ~ 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.

Entre sus efectos a largo plazo, cabe destacar:

- ~ Es responsable directo del 90% de las muertes por cáncer de pulmón.
- ~ Lo es también del 75% de bronquitis crónicas.
- ~ Explica el 25% de infartos de miocardio y anginas de pecho.





Algunos datos

En España, según los resultados de los últimos estudios, fuma diariamente poco más del 30% de la población de 16 y más años, siendo mayor el porcentaje de hombres fumadores que de mujeres. Sin embargo esta relación se invierte en los más jóvenes. Según la OMS, el tabaco causa la muerte de 4 millones de personas anualmente.

Aunque el tabaquismo se reduce en España desde mediados de los años ochenta, preocupa especialmente la masiva incorporación de la mujer a este hábito, especialmente entre las chicas más jóvenes. Ello hace prever la aparición en los próximos años de enfermedades que hasta ahora eran casi exclusivamente masculinas.

Preocupa especialmente la masiva incorporación de la mujer a este hábito, especialmente entre las más jóvenes

El consumo de tabaco aumenta con la edad siendo este incremento muy notable a partir de los 16 años, cuando se duplica el nº de fumadores, estabilizándose a partir de los 19 años.

Dicho consumo aparece directamente relacionado con el de alcohol. Así las 2/3 partes de los bebedores problemáticos son fumadores de alto consumo.

Algunas indicaciones

En el caso de no poder romper con este hábito se pueden tomar ciertas precauciones para reducir sus efectos nocivos, entre los que cabe destacar:

- ~ No apurar el cigarrillo hasta el final, la última parte es la que contiene más concentración de sustancias tóxicas.
- ~ Limitar los cigarrillos a aquellos que se consideren "imprescindibles".
- ~ Hacer inhalaciones menos profundas.
- ~ No dejarse el cigarrillo encendido en la boca.
- ~ Y no olvidarse de preguntar, antes de fumar, si molesta o no esta conducta a las personas que se encuentran cerca.

Estas precauciones pueden conducir a tomar la decisión de dejar completamente de fumar.

Estimulantes del sistema nervioso central

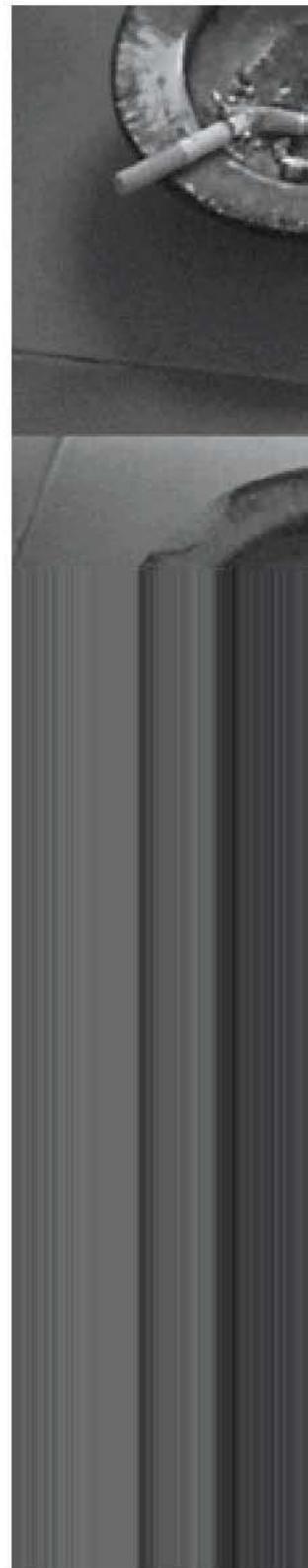
La nicotina (el tabaco)

¿Que hacer... para dejar de fumar?

Para cambiar cualquier hábito o conducta que resulte perjudicial, lo más importante es plantearse las ventajas y los inconvenientes que ello puede suponer.

Puede ayudar elaborarse y valorar una lista en la que figuren las dos columnas.

- ~ Si uno cree que va a ganar con el cambio, se debe tomar la decisión, comentarla con alguien y pactar un compromiso de cambio. Sin una decisión firme, el hábito reaparecerá en poco tiempo.
- ~ Pensar en las ventajas de una vida sin humo.
- ~ Señalarse un día a partir del cual se va a dejar de fumar, sin excusas ni cambiar o retrasar la fecha.
- ~ Prepararse hasta que llegue ese día, descubriendo nuevos motivos por los que dejar de fumar.
- ~ La noche antes se tira o fuma el tabaco que quede y se esconden todos los utensilios de fumar (encendedores, ceniceros, etc.).
- ~ El día señalado conviene levantarse un poco más temprano y hacer algo de gimnasia. No se debe pensar que no se va a fumar más. Pensar simplemente que hoy no se fuma, otro día ya se verá lo que pasa. No tomar bebidas alcohólicas ni excitantes. Procurar, si la organización de las comidas lo permite, comer sobre todo frutas y verduras. Si se tienen ganas de fumar uno no debe asustarse, es muy normal. Conviene relajarse y hacer algo para no fumar: puede servir beber agua, comer una fruta o masticar alguna cosa. Procurar no hacer las cosas que antes se acompañaban con un cigarrillo. Al acostarse, si se ha conseguido pasar el día sin fumar, uno debe sentirse orgulloso.
- ~ El día después y los cinco o seis días siguientes, deben seguirse las mismas instrucciones del día anterior.
- ~ Al cabo de una semana el impulso de fumar ya no será tan fuerte. Sin embargo, uno no se debe confiar. No es verdad que por un cigarrillo no pasa nada. Si se fuma, aunque ya haga mucho tiempo que se haya dejado, los esfuerzos anteriores habrán sido inútiles, y en poco tiempo es fácil que se esté fumando otra vez como antes.
- ~ En el caso de recaída, no hay que desanimarse. Se trata de repasar lo sucedido para corregir los errores y volver a empezar desde el principio.



Fumador pasivo

Hasta hace algún tiempo se pensaba que convivir en un ambiente cargado de humo de tabaco podía ser molesto, pero no se tenía consciencia de consecuencias más serias. En la actualidad se sabe que la condición de fumador pasivo representa un riesgo cierto para la salud, ya que la exposición al humo del tabaco ambiental aumenta en un 30% el riesgo de cáncer de pulmón.

La condición de fumador pasivo representa un riesgo para la salud

Los efectos crónicos respiratorios son especialmente manifiestos en los niños y sobre todo en los más jóvenes cuando su sistema respiratorio no se ha desarrollado completamente.

Tratamiento

Si bien el abandono del hábito tabáquico puede conseguirse sin ningún tipo de apoyo, en muchos casos se requiere uno complementario. A destacar:

- ~ Terapia sustitutiva: administración de nicotina por una vía diferente a la de fumar cigarrillos y en cantidad suficiente para evitar el síndrome de abstinencia: chicles o parches de nicotina, spray...
- ~ Terapia de soporte: que se incluye dentro de programas de apoyo psicosocial que pueden combinar tratamientos farmacológicos aplicados siempre por profesionales.
- ~ Otros métodos.

¿Qué dice la Ley?

La nueva normativa respecto a la prevención, asistencia y reinserción social en materia de droga de la Comunidad Autónoma de Aragón aprobada el 4 de abril del 2001 prohíbe la venta y suministro de tabaco a los menores de 18 años (hasta entonces era a los 16 años) e insiste en que el derecho a la salud de los no fumadores prevalecerá sobre el de los fumadores.



Estimulantes del sistema nervioso central

Xantinas

Son estimulantes del Sistema Nervioso Central que tomados en exceso pueden dar lugar a alteraciones tales como ansiedad, insomnio, irritabilidad, gastritis... Algunas de las sustancias que conforman este grupo y que existen en estado natural, en diversas plantas, son:

- ~ Cafelina: contenida en el café, en el té y en el cacao.
- ~ Teofilina: contenida en el té.
- ~ Teobromina que está presente en el cacao.

Características

La cafelina y la teofilina son estimulantes del SNC; la teobromina es prácticamente inactiva en este sentido. La interrupción del consumo excesivo y continuado de cafelina provoca la aparición del síntomas característicos de la abstinencia a esta sustancia (cefalea, ansiedad, depresión, temblor, náuseas...). Sobre la tolerancia, el número de estudios realizados no son suficientes como para afirmar o negar este efecto.





Metabolismo

Estos compuestos se distribuyen por todo el organismo y atraviesan la barrera hematoencefálica y placentaria. Se metabolizan a nivel hepático.

Modalidades de consumo

El café y en general todas las xantinas se consumen de forma fundamentalmente oral.

Efectos

La cafeína es diurética. Produce una estimulación de los distintos aparatos, nervioso, circulatorio, digestivo y renal. Aumenta la capacidad intelectual así como la habilidad motora. Incrementa la alerta y promueve un pensamiento rápido y claro, disminuyendo la sensación de fatiga. A dosis altas produce nerviosismo, inquietud, insomnio, temblores, etc. A dosis tóxicas se producen convulsiones.

Algunas indicaciones

Un moderado consumo de estas sustancias probablemente no supone riesgo específico para la salud, en la medida que otros factores de riesgo no se asocien. Pero aquellas personas que manifiestan una gran sensibilidad subjetiva (nerviosismo, insomnio, palpitaciones) a los efectos excitantes de la cafeína, no deben consumirlo. En el caso de los niños y de los adolescentes la permisividad debe ser mucho menor, dado que el efecto estimulante en ellos es mucho mayor.

El efecto estimulante de las xantinas en los niños y adolescentes es mucho mayor

Las sustancias

Psicodélicas o alucinógenas

Algunas se obtienen directamente a partir de diferentes plantas, mientras que otras se fabrican de forma sintética en laboratorios. Debido a sus propiedades alucinógenas estas sustancias estaban asociadas a rituales mágicos y religiosos, aunque en la actualidad se hace de ellas un uso recreacional.

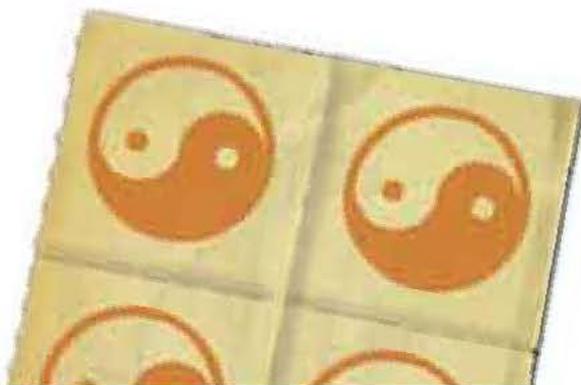
Los alucinógenos producen en el consumidor una distorsión de la percepción

Los alucinógenos producen en el consumidor una distorsión de la percepción (los sonidos "se ven", los colores "se oyen"), disminuyendo la capacidad para distinguir entre realidad y fantasía. Aumentan la intensidad de las relaciones emocionales y se puede pasar rápidamente de un estado de ánimo a otro. Es importante destacar que cada vez que se toma una droga alucinógena, sus efectos son imprevisibles, variando desde las alucinaciones, al alejamiento de la realidad, la exaltación, hasta los movimientos violentos, las reacciones de pánico o los actos autodestructivos. Precisamente esta imposibilidad de prever los efectos constituye uno de sus mayores peligros. Después de la experiencia, el consumidor suele sentir depresión o ansiedad que refuerza el estado de dependencia. Es frecuente que las alucinaciones reaparezcan, espontáneamente, días y hasta meses después de la última dosis, fenómeno conocido como flash-back.

EI LSD

Introducción

El LSD, (ácido, tripi, bicho...) es el alucinógeno más conocido. Consiste en la dietilamina del ácido lisérgico que puede ser elaborado sintéticamente o extraído a partir de un hongo del cornezuelo del centeno. Su consumo, que se desarrolló a finales de los sesenta, se asocia al contexto de una ideología contracultural. Aunque siempre ha estado presente en el mercado ilícito, su tasa de consumo presenta muchos altibajos. Su resurgimiento coincidió con el fenómeno "acid-house" que proliferó en el 1988-89 en el Reino Unido.





Características de la sustancia

No hay evidencias de que el LSD genere dependencia física, dado que no produce un cuadro de abstinencia, pero sí es peligrosa la importante dependencia psicológica que genera. También da lugar a tolerancia.

Presentación

En su forma pura, el ácido consiste en cristales transparentes. La forma más corriente de encontrarlo actualmente es impregnado en "pequeños sellos" de papel absorbente, ya que las dosis son de microgramos. Habitualmente se presenta en forma de hojas divididas en sellos; cada una contiene algo más de cien sellos. Cada uno de ellos mide unos cinco milímetros y llevan impresa una figura o diseño según la moda.

Las dosis son de microgramos

Los micropuntos son píldoras diminutas de color impregnadas con ácido; son menos comunes que los sellos. Miden de dos a tres milímetros de diámetro y pueden tener diferentes colores. Por lo general contienen una alta dosis de ácido (desde 25 microgramos hasta 250 microgramos, suficiente para provocar un trastorno mental temporal o el equivalente a un colapso nervioso).

Psicodélicas o alucinógenas

LSD

Metabolismo

Los alucinógenos tienen muy buena absorción por vía oral.

Modalidades de consumo

El LSD se consume oralmente.

Los efectos

Los efectos del LSD pueden ser profundamente agradables o todo lo contrario.

El mayor problema es la falta total de pronóstico sobre sus efectos. Cuando el LSD produce experiencias desagradables se habla de "un mal viaje" (pérdida completa del control emocional, desorientación, depresión, vértigo y pánico), pudiendo provocar intentos de suicidio o demencia.

A nivel físico, algunos de los efectos que produce son: midriasis (dilatación pupilar), aumento de la temperatura corporal y de la presión sanguínea, sensación de vértigo, náuseas y somnolencia, debilidad muscular, picores y hormigueos en la piel.

Los efectos psíquicos son más importantes. Así puede provocar una reacción megalómana o sentimiento de fortaleza sin limitación (querer volar, parar un tren...), depresión profunda con estados de ánimo de incapacidad y culpabilidad que pueden inducir al suicidio, perturbación paranoica (sentimientos de persecución y angustia) y confusión general (alucinaciones, ideas irrazonables, pérdida de orientación).

Todos estos efectos empiezan a presentarse 30-40 minutos después de la ingestión y llegan a su máximo a las 4 ó 5 horas. Pueden durar entre 8 y 10 horas.

El mayor problema es la falta total de pronóstico sobre sus efectos



Algunos datos

Según los datos provenientes de la encuesta realizada por el Observatorio Español sobre drogas en 1999, el 1,9 % de la población española entre 15-65 ha consumido LSD en alguna ocasión, mientras que lo consumen habitualmente 2 de cada 1000.

Legislación

Según el Código Penal, los tribunales de justicia consideran los alucinógenos como "drogas que causan grave daño a la salud". En este caso se prevén penas mínimas de prisión de 3 a 9 años y multa adicional para aquellos que las elaboren, trafiquen, promuevan o favorezcan su consumo o las posean con tales fines.

La conducción bajo el efecto de estas sustancias también está penado, así como su consumo en público.

Psicodélicas o alucinógenas

Derivados del cannabis

Introducción

El cannabis procede de una gran planta, la cannabis sativa, que crece en los países cálidos y secos. Se trata de una planta diódica (puede ser hembra o macho) y su tamaño puede variar entre uno y tres metros, siendo susceptible de ser cultivada en cualquier parte del mundo.

El THC (tetrahidrocannabinol) es el principal principio activo de la planta. Su concentración en las diferentes preparaciones cambia considerablemente dependiendo de ellas e incluso de las zonas donde es cultivada y de los cuidados que ha recibido la planta durante su crecimiento.





El cannabis se conoce tanto por sus cualidades psicoactivas como por su fibra desde hace miles de años. Su empleo en occidente quedó reducido a ciertos círculos artísticos hasta principios de los años 70, cuando se hizo más popular y asequible, sobre todo entre los jóvenes. Se asociaba estrechamente con la música y la cultura popular y hubo un gran debate sobre su legalización. Su consumo ha continuado desde entonces, mostrando una situación regular durante los últimos años. Sin embargo, se desconoce mucho aún sobre la acción química del cannabis, o los efectos que a largo plazo puede causar.

Se desconoce mucho aún sobre los efectos que a largo plazo puede causar

Actualmente su consumo se ha generalizado y muchos la consideran como droga de iniciación, esto es, "el primer paso" para acceder a otras drogas más tóxicas y peligrosas, aunque no hay evidencias que así lo demuestren.

Se ha investigado y hablado mucho acerca del uso de la marihuana con fines terapéuticos. Si bien es cierto que los estudios experimentales realizados han confirmado su utilidad en algunas situaciones muy concretas, tanto los efectos secundarios como los riesgos asociados a su consumo, obligan a un riguroso control médico de la dosis y de la duración del periodo de tratamiento.

El uso terapéutico del cannabis debe ir acompañado de un riguroso control médico

El cannabis no crea dependencia física pero sí, psicológica.

Psicodélicas o alucinógenas

Derivados del cannabis

Características de la sustancia

Al igual que otras drogas, el cannabis no crea una dependencia física sino sólo psicológica; tampoco presenta síndrome de abstinencia. Los síntomas propios de la abstinencia se presentan en algunos consumidores habituales expuestos a dosis elevadas durante mucho tiempo. El fenómeno de la tolerancia no parece un problema cuando el consumo es esporádico y a dosis bajas.

Presentación

Los derivados del cannabis consumidos por sus efectos psicoactivos son, sobre todo, el hachís, la marihuana y el aceite de hachís.

El hachís o “chocolate” se elabora a partir de la resina que se almacena en las flores de la planta hembra, que una vez prensadas tras su recolección, adquieren una textura pastosa de color marrón (de allí que coloquialmente se le conozca como chocolate). En la resina del cannabis se encuentra una concentración de THC más elevada, por lo cual el hachís es más fuerte y peligroso que la marihuana.

La marihuana se prepara con las flores, hojas y tallos pequeños de la planta, triturados una vez dejados secar, con el fin de comprimirlos posteriormente en bloques o en otras formas. Su aspecto es similar al de las hierbas picadas gruesas y generalmente suele tener un color pardo verdoso y aroma herbáceo. Suele ser adulterada con otras plantas como el orégano, el té y la alfalfa.

El aceite de hachís, es la presentación de mayor poder de intoxicación dado que el contenido en THC de esta sustancia puede alcanzar el 70%. El aceite de hachís se obtiene químicamente por destilación al mezclar el hachís con disolventes. Se trata de resina concentrada, de color marrón oscuro con una textura similar a la mermelada o al aceite de los coches.

Metabolismo

Los principios activos del cannabis se absorben rápidamente por el organismo, debido a su liposolubilidad, que es también la causa de su capacidad para atravesar las barreras placentaria y hematoencefálica. El THC se volatiliza rápidamente al fumarlo, con lo cual el pulmón lo absorbe pronto. Se metaboliza en el hígado y en menor medida en el sistema nervioso central y en la mucosa del intestino delgado. El tiempo de eliminación media del THC del organismo es de unas 20 horas, por heces y orina.



Modalidades de consumo

La marihuana es consumida normalmente fumada, bien sola o mezclada con tabaco en los conocidos "porros" o "canutos". El humo que produce su combustión es muy caliente por lo que en los porros son necesarios grandes filtros para enfriarlo (simples trozos de cartón enrollados sobre sí mismos pueden servir perfectamente); en otros países se emplea la "pipa de agua".

El hachís es consumido normalmente también fumado; el bloque o la tableta se desmenuza en pequeños trozos conocidos como "chinas" que se mezclan con el tabaco, preferentemente rubio, para liar "porros" o "canutos". También puede ser ingerido, pese a su sabor extremadamente amargo, a través de infusiones.

Por lo que respecta al aceite de hachís, se puede consumir de diversas formas: extendiéndolo sobre el exterior de un cigarrillo, empapando el papel de fumar empleado para liarlo o incluso empapar el tabaco y dejándolo secar para posteriormente liar el "porro" o "canuto".

Efectos

El cannabis tiene una estructura química muy compleja, y aún después de análisis detallados, los efectos de todos sus elementos constitutivos no llegan a conocerse con exactitud.

Hace falta saber mucho más acerca de esta sustancia y sus efectos

Las consecuencias a corto plazo dependen de la cantidad y del tipo de sustancia, del estado de ánimo del consumidor, de sus expectativas así como de la situación general del individuo. Aparecen poco después del consumo y pueden durar varias horas con dosis elevadas. Con dosis bajas o moderadas el consumidor se siente relajado y alegre, con un marcado interés por los estímulos sensoriales. Puede aparecer una alteración de la noción del tiempo. Su consumo regular puede causar pérdida de sueño, irritabilidad, inquietud, pérdida de apetito, sudoración, pérdida de peso y depresión. Puede quedar seriamente afectada la percepción y el rendimiento en la ejecución de tareas complejas, como conducir un vehículo, manejar maquinaria, etc.

La intoxicación aguda puede provocar severas reacciones de suspicacia, paranoia y pánico. Los consumidores ocasionales o noveles, o aquellos deprimidos antes del consumo de dosis elevadas, están especialmente expuestos a dichas sensaciones desagradables.

Hace falta saber mucho más acerca de la sustancia y sus efectos a largo plazo. La investigación ya indica efectos psicológicos adversos con el consumo esporádico y a largo plazo.

Psicodélicas o alucinógenas

Derivados del cannabis

Algunos datos

Es la droga ilegal más consumida en España

Es la droga de mayor consumo en Europa y, la menos controvertida de las drogas ilícitas. En la actualidad se está estudiando la utilidad médica de su principio activo.

En España también es la droga ilegal más consumida. Alrededor del 4% de la población general la consume de forma habitual, incrementándose considerablemente este porcentaje a algo más del 8% cuando se hace referencia a la franja de edad de los 15-29 años. El mayor consumo regular se da en la banda de 20-24 años, con un porcentaje algo superior al 11% (14,7% de los chicos y 8,2% de las chicas)

Algunas indicaciones

~ La marihuana puede permanecer en el cuerpo hasta dos meses. No es conveniente manejar máquinas o conducir hasta cuatro o cinco días después de haberlo consumido.

~ Puede desencadenar problemas mentales en personas con predisposición a dichas afecciones.

~ Es muy peligrosa para las personas con problemas respiratorios, como bronquitis o asma. El alquitrán que contienen "dos canutos" equivale de seis a diez cigarrillos comunes.

~ Como sucede con los cigarrillos comunes y el alcohol, las mujeres que consumen marihuana corren el riesgo de perjudicar al feto.

~ El consumo intenso y prolongado pueden ocasionar ataques de pánico, cambios de humor repentinos y manías de persecución.

~ No conviene fumar marihuana mientras se bebe alcohol, puede producir deshidratación, vómitos e inestabilidad motora, la resaca puede ser una experiencia terrible.

~ Tampoco conviene mezclar marihuana con otras drogas. Los efectos colaterales de la combinación pueden incluir alucinaciones, ataque cardíaco y pérdida del conocimiento.

¿Qué hacer si ...?

~ En el caso de que una persona que después de haber consumido cannabis tenga ganas de vomitar, conviene inclinarlo hacia delante para que no se ahogue; cuando haya acabado de vomitar es recomendable darle agua.

~ En el caso de sentirse ansioso y estar bajo los efectos de un "ataque de pánico", llevarlo a un sitio tranquilo y tratar de tranquilizarlo. Ofrecerle un poco de agua y procurar que hable. En el caso de empezar a jadear (respirar fuertemente), tratar de que se acople al ritmo de respiración normal.

~ Si aparecen alucinaciones (ver u oír cosas irreales), hablar con él y asegurarle que lo que ve u oye es irreal y que pronto pasará.

~ En cualquier caso conviene no dejar nunca sola a la persona que está en estas situaciones y en caso de duda ponerse en contacto con los servicios médicos.

Legislación

Como ocurre con las demás drogas, el consumo de cannabis "en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, está contemplada por la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana como "infracción grave", con multa de entre 300 y 30000 euros.

En el Código Penal el cannabis se contempla como "droga que causa grave daño a la salud", por lo tanto el cultivo, elaboración, posesión, tráfico, promoción y facilitación de su consumo será castigado con la privación de libertad y multa. Por lo que respecta a la conducción de vehículos, establece también las penas para aquellos que conduzcan bajo los efectos de dicha sustancia.

Psicodélicas o alucinógenas

Disolventes y sustancias volátiles

(pegamentos, colas...)

Introducción

En la Grecia antigua, las personas inhalaban los vapores de los perfumes, ungüentos y especias quemadas como parte de sus ceremonias religiosas.

Estas sustancias pueden ser productos de uso doméstico o industrial como por ejemplo la gasolina, los pegamentos, las pinturas, barnices, lacas, quitaesmaltes, etc. Son productos familiares en todos los hogares o que se pueden encontrar con gran facilidad en cualquier tienda.

El abuso de disolventes tal y como lo conocemos hoy, surgió durante la década de los 50 en los EE.UU y desde entonces se ha extendido por todo el mundo.

La inmensa mayoría de quienes abusan de estas sustancias tiene entre 11 y 16 años. Pueden proceder de cualquier ambiente social aunque los niños de zonas urbanas y marginales tienen más riesgo de iniciarse en este comportamiento.

Son productos familiares que se pueden adquirir con gran facilidad





Características de la sustancia

No producen adicción física pero sí pueden provocar adicción psicológica. Producen una elevada tolerancia, lo que hace que se requieran más dosis para producir un mismo efecto una vez que el consumo es crónico. La abstinencia provoca intensas sensaciones de ansiedad, depresión y nerviosismo, efectos que desaparecen en poco tiempo.

No producen
adicción física pero
pueden producir
dependencia
psicológica

Presentación

La mayoría de los disolventes son sustancias volátiles, es decir, despiden vapores al entrar en contacto con el aire. Comprenden una amplia variedad que van desde los disolventes (barnices, pegamentos, pinturas, quitamanchas, quitaesmaltes, lacas, desodorantes, insecticidas, detergentes, gasolina...) a los anestésicos (cloroformo, éter, óxido nitroso...) o vasodilatadores coronarios (nitrito de amilo).

Psicodélicas o alucinógenas

Disolventes y sustancias volátiles (pegamentos, colas...)

Metabolismo

Los inhalantes penetran en el torrente sanguíneo a través del sistema respiratorio lo que hace que tengan efectos casi instantáneos sobre el sistema nervioso central. Pueden atravesar la barrera hematoencefálica. Los órganos que más acumulan estos compuestos son el cerebro y el hígado. Son eliminados en buena medida por vía pulmonar, lo cual puede ser la causa de halitosis (mal aliento).

Modalidades de consumo

El abuso de disolventes se lleva a cabo de diversas maneras; todas consisten en inhalar los vapores que emanan. Puede hacerse echándolo en un trozo de tela o dentro de una bolsa de plástico. Lo más peligroso es rociar el aerosol directamente en la boca, pudiendo provocar un paro respiratorio.

Efectos

El consumo de Inhalables da lugar a diferentes tipos de problemas. La intoxicación aguda es muy parecida a la embriaguez etílica: excitación, euforia, en ocasiones alucinaciones auditivas y visuales. Ello suele ir acompañado de irritación conjuntival, náuseas, vómitos, tos, lagrimeo. Cuando la cantidad inhalada es alta aparece depresión del sistema nervioso central, con confusión y visión borrosa. En caso de continuar inhalando aparecen ataxia y disartria y puede desarrollarse un coma asociado a convulsiones e incluso la muerte.

Generalmente el consumo de sustancias volátiles es un hecho transitorio y sólo un pequeño porcentaje de individuos continúa en la edad adulta.

Muchas de estas sustancias son utilizadas en diferentes industrias y por ello un número importante de trabajadores pueden estar expuestas a ellas.

Algunos datos

Los estudios sobre tasas de consumo realizados recientemente revelan que en nuestro país consumen esta sustancia de forma habitual una de cada mil personas.

Generalmente su consumo es un hecho transitorio

Algunas indicaciones

Inhalar disolventes es sumamente peligroso, en caso de hacerlo se debe tratar de reducir los riesgos:

- ~ No rociarlos directamente a la boca.
- ~ No poner la cabeza dentro de una bolsa con solvente.
- ~ No quedarse solo.
- ~ Evitar las calles con mucho tránsito, los ríos, las vías de ferrocarril, las terrazas de edificios; en caso de sufrir alucinaciones el riesgo será menor.
- ~ No conviene realizar esfuerzos físicos intensos después de inhalar.

Psicodélicas o alucinógenas

Drogas de síntesis

Drogas de síntesis "las pastillas"

Con este nombre se hace referencia a una serie de sustancias que, si bien existen desde hace bastantes años, (en Estados Unidos en la década de los 60 y 70 ya se empezó a detectar su tráfico ilegal), no se popularizaron hasta finales del siglo XX.

En los últimos años han aparecido y han sido comercializadas, generalmente de forma clandestina, toda una nueva serie de sustancias conocidas como "drogas de diseño" o "drogas de síntesis". Son en general, sustancias químicas, sin componentes naturales derivados de los amfetaminos, sintetizadas químicamente de forma ilegal, sin ningún interés terapéutico y utilizadas exclusivamente como "drogas de abuso".

El motivo fundamental de su rápida expansión y del incremento de su popularidad y consumo es la falsa idea, tanto social como personal del consumidor, de una toxicidad mínima o nula, e inexistencia de riesgo. La convicción de obtener unas mejores relaciones interpersonales y de divertimento, así como el supuesto efecto afrodisíaco de dichas sustancias.

Del aproximadamente medio centenar de estas sustancias sintetizadas con el mencionado fin, las de uso más común con gran diferencia del resto son la MDA o "draga del amor", la MDMA conocida como "Éxtasis", "Adan", "XTC", así como otros compuestos que han adquirido cierta reputación, y por tanto un incremento de su consumo, como la MDEA o Eva, la DOM o "STP", etc.

Estas sustancias aparecen a menudo adulteradas con sustancias no inocuas que pueden desvirtuar los efectos del principio activo.

Se las conoce genéricamente como "pastillas", "pastis" o "tostis". Una de las complicaciones que se presentan para el diagnóstico de esta intoxicación deriva precisamente de esta uniformidad en la denominación. Los consumidores saben que han ingerido pastillas pero frecuentemente desconocen qué tipo de sustancia es exactamente la que le han vendido, amén de que no es especialmente extraño que un comprimido contenga una mezcla de varias sustancias.

Es frecuente su empleo concurrente con el de otras drogas de abuso, es decir, la politoxicomanía con cannabis o cocaína.

Los consumidores saben que han ingerido pastillas pero a menudo desconocen que es exactamente lo que les han vendido



El éxtasis

Introducción

En nuestro medio, en la actualidad, el “éxtasis” es con mucho, la anfetamina más utilizada. Fue precisamente en la década de los ochenta cuando se produjo un cierto auge de estas sustancias, principalmente en Estados Unidos y en algunos países europeos, para extenderse posteriormente al resto de la Unión Europea. Esta droga se relacionó con los ambientes de diversión juveniles y empezó a aparecer con profusión en las grandes fiestas al aire libre, incluidas en el movimiento “Acid House”. La música “house” fue el antecedente inmediato de un fenómeno social en España conocido como la “ruta del bakalao” y que se encuentra unido al consumo de éxtasis y otras drogas de síntesis, sustancias que van a permitir mantener el ritmo frenético que supone pasar todo el fin de semana bailando sin descansar.

A partir de entonces la disponibilidad de estas sustancias en el mercado negro se ha ido incrementando. La entrada en el siglo XXI parece haber frenado esta incursión que incluso parece retroceder en algunos lugares.

Características

Su adulteración es tan frecuente que a menudo las pastillas que se venden como éxtasis, no lo son. A veces se trata de sustancias similares, de la misma familia, pero mucho más peligrosas. A ello hay que añadir que los responsables de su elaboración, con el objeto de obtener el máximo beneficio del producto elaborado, lo que ofrecen y por lo tanto compran los consumidores, es, a menudo, una mezcla de aspirina, cafeína, comida para peces, antibióticos, sustancias alucinógenas, y algo de éxtasis. Su uso continuado favorece el desarrollo de tolerancia (necesidad de incrementar la dosis para sentir los mismos efectos), pero no existe una evidencia clara de que puede producir dependencia física, aunque no cabe ninguna duda respecto a la psicológica.

Su adulteración es tan frecuente que a menudo las pastillas que se venden como éxtasis, no lo son

Presentación

Aparecen frecuentemente en forma de tabletas, cápsulas y polvos (esta última menos habitual). Las tabletas más frecuentes son blancas, grisáceas, beige o amarillo pálido. También se han detectado tabletas rosas, verdes y azules. A menudo aparecen en ellas diferentes dibujos (delfín, pájaro, estrella, sol...) o logotipos que a menudo va a dar el nombre a la pastilla. Su forma y tamaño puede ser también muy variado.

Psicodélicas o alucinógenas

El éxtasis

Modalidades de consumo

Se administra fundamentalmente por vía oral aunque también puede ser inhalado o inyectado.

Efectos

Van a ser variables, dependiendo entre otros aspectos, de la calidad y cantidad de la sustancia, de la personalidad del consumidor, del ambiente en el que se tome, etc. Dan lugar a una experiencia en la que se entremezcla la estimulación (uno se siente más activo) y la percepción alterada (lo que uno ve no coincide con lo que realmente hay). Los efectos aparecen entre 30 minutos y una hora después de tomarla y pueden durar varias horas. Otros efectos incluyen mandíbulas apretadas con la imposibilidad de abrir la boca, y sensaciones de náuseas, vértigo y dificultades de coordinación.

Uno de los efectos más conocidos producidos por el éxtasis es la hipertermia o el aumento de la temperatura corporal. La reposición de agua se hace entonces imprescindible. En caso contrario se corre un serio peligro de entrar en el llamado síndrome de calor o golpe de calor que puede ser mortal.

Su nivel de disponibilidad y la imposibilidad de pronosticar los efectos de la droga, ha puesto de relieve las consecuencias graves e incluso mortales que podrían resultar de su abuso. Mientras no existieron investigaciones científicas, se trató de presentar el éxtasis como droga inocua. Sin embargo los daños producidos en algunos consumidores y los estudios realizados desde finales de la última década, revelan riesgos sobre la salud y específicamente sobre el sistema nervioso, de imprevisibles consecuencias.

Algunos datos

Frecuencia de consumo

| | 1997 | | 1999 | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 15-65 años | 15-29 años | 15-65 años | 15-29 años |
| 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% |

Evolución del consumo de éxtasis en España. 1997-1999

Fuente: Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas

La imposibilidad de pronosticar sus efectos, ha puesto de relieve las consecuencias graves que se pueden derivar de su abuso





Algunas Indicaciones

Está claro que su consumo es perjudicial para todos. Pero existen colectivos para los cuales las consecuencias negativas pueden verse seriamente agravadas. Así, las complicaciones psiquiátricas se dan sobre todo en personas vulnerables o predispuestas (situación que en la mayoría de casos desconoce el propio sujeto). Pueden aparecer trastornos de pánico, psicosis paranoide, depresión mayor y alteraciones de la memoria. Las personas con hipertensión, cardiopatías, diabetes, disfunciones hepáticas o de riñón, trastornos neurológicos (como la epilepsia) y psiquiátricos, se arriesgan a tener graves consecuencias.

¿Qué hacer si...?

En el caso de consumo de estas sustancias es importante:

- ~ Ingerir mucho líquido (zumos de fruta, agua), para evitar la deshidratación y/o el golpe de calor. Conviene beber pausadamente, sorbo a sorbo, tomándose tiempo
- ~ Descansar para no sufrir agotamiento.
- ~ Ante el más leve malestar irse a un lugar tranquilo, con temperatura más fresca y permanecer relajado hasta que se pase. Es conveniente estar acompañado por alguien que no haya consumido.
- ~ No conducir. En estas circunstancias constituye un riesgo para las personas que lo hacen y para quien inesperadamente pueden toparse con ellas.
- ~ No mezclar con alcohol y otras drogas dado que podría producirse intoxicación y/o reacciones adversas.
- ~ No repetir la ingestión de forma inmediata, en caso contrario podría producirse una sobredosis.

Estas indicaciones que pueden parecer tan claras y evidentes, a menudo se olvidan cuando se han consumido estas sustancias, precisamente debido a los propios efectos de las mismas (ya comentados en anteriores apartados).

Legislación

Las drogas de síntesis se contemplan como "drogas que causan grave daño a la salud", por lo que la pena mínima para quienes las elaboren, promuevan o favorezcan su consumo o las posean con tales fines serán castigados con la cárcel y multa. También se contempla la conducción bajo sus efectos, sancionado con arresto de fines de semana, multa y privación del derecho a conducir.

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

Drogas de síntesis



La ketamina

El clorhidrato de ketamina es un “anestésico disociativo”, es decir que produce la sensación de que la mente está separada del cuerpo. Bajo sus efectos el cerebro es incapaz de interpretar la información sensorial procedente de los sentidos, por lo que podría decirse que queda aislado, desconectado o separado del cuerpo. Se emplea tanto en medicina como en veterinaria (anestésico de caballos) y en la mayoría de los países no está clasificada como droga de abuso. Se la conoce como K, Ket, Ketamina, Special K, etc. Su instauración actual como droga de abuso ha tenido lugar especialmente en entornos asociados a las fiestas de fin de semana, la música electrónica y las raves.

Características de la sustancia

En el mercado ilícito, la composición de la ketamina puede ser muy variada, al igual que sucede con otras drogas, dado que es habitual añadir todo tipo de adulterantes para aumentar el margen de beneficio económico.

Los principales riesgos asociados a su consumo son su elevado potencial de adicción psicológica, la alta tolerancia que produce y la posibilidad de dar lugar a heridas y accidentes al ser consumida en un entorno inadecuado.

Presentación

El clorhidrato de ketamina es una sal cristalina blanca que en su presentación farmacéutica aparece como líquido inyectable, incoloro, transparente y estable a temperatura ambiente. En el mercado ilícito, además de su presentación líquida, puede aparecer en forma de polvo o cristales blancos, comprimidos y cápsulas.

Produce una elevada adicción psicológica y tolerancia





Modalidades de consumo

La ketamina presenta una enorme versatilidad en cuanto a vías de administración se refiere, pudiendo ser consumida por vía oral, intranasal, rectal, pulmonar, intravenosa e intramuscular.

Efectos

La aparición y la duración de los efectos va a depender de la dosis y de la vía de administración utilizada. En general, tras pocos minutos después del consumo, no se siente ningún tipo de efecto. Después estos aparecen de modo súbito y progresan muy rápidamente hasta que se llega a una estabilización. Entre los efectos que produce cabe destacar la falta de coordinación, lo que va a dificultar la realización de las tareas más simples. Pueden presentarse náuseas y vómitos, sensación de ingravidez y de estar separado del cuerpo y pueden producirse alucinaciones que parecen no terminar nunca. Se produce visión de túnel y los rostros se ven exageradamente distorsionados.

Puede producir sensación de ingravidez y de estar separado del cuerpo

Algunos datos

Su uso no deja de ser minoritario, pero es claramente una sustancia emergente con un alto potencial de difusión.

Algunas indicaciones

Su consumo está especialmente contraindicado:

- ~ En personas con hipertensión, problemas cardíacos o con antecedentes de accidentes cerebrovasculares.
- ~ Tampoco debe ser utilizada por personas con alteraciones psiquiátricas.
- ~ Su consumo durante el embarazo es desaconsejable, dado que atraviesa la placenta y alcanza en el feto una concentración similar a la de la madre.

Legislación

En España esta sustancia es considerada legalmente un medicamento y, por lo tanto, en principio no le serían aplicables ni el Código Penal ni la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana.



El éxtasis líquido

También conocido como GHB, es un anestésico utilizado para sedar a los pacientes antes de una operación. Desde hace tiempo se ha popularizado en las discotecas, sobretodo en las de ambiente homosexual, aunque el porcentaje de personas que lo consumen en nuestro país es muy bajo.

Características de la sustancia

Es una sustancia muy peligrosa dada la pequeña diferencia que existe entre la cantidad relativamente segura y la letal. Dada la dificultad de medir su potencia, es fácil tomar una sobredosis.

Presentación

Por lo general se comercializa en forma de líquido, aunque también se vende en polvo, píldoras o cápsulas.

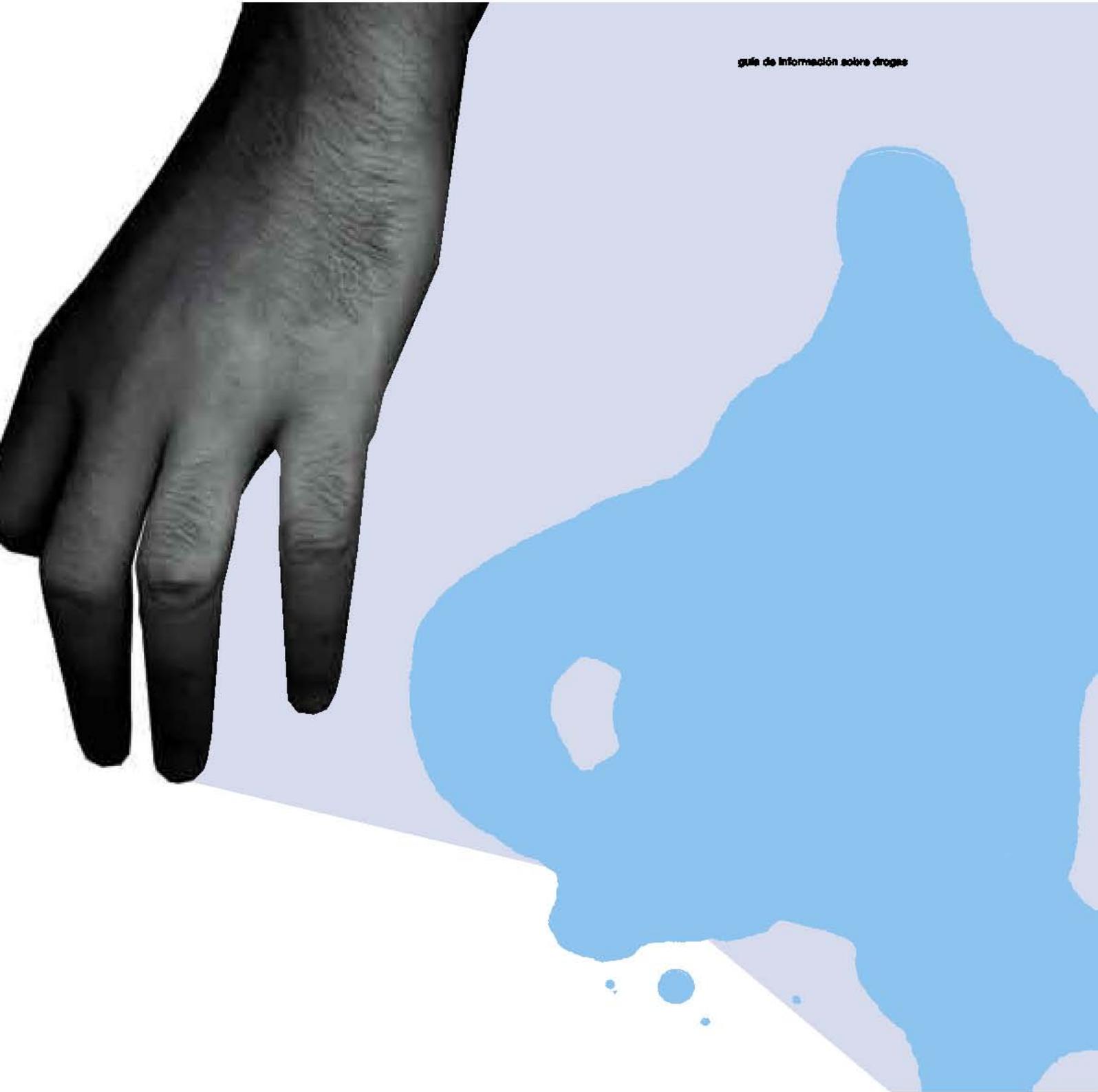
Modalidades de consumo

Se consume por vía oral.

Efectos

A dosis pequeñas sus efectos son similares a los del alcohol (deshinibición, euforia...). Cuanto mayor es la dosis, mayor es la probabilidad de sufrir los efectos desagradables de esta sustancia (náuseas y vómitos, desorientación, convulsiones, y coma que podrá ser reversible en el caso de recibir atención médica inmediata).

Tardan en aparecer entre 10 minutos y una hora, según la cantidad ingerida, la concentración y el peso corporal de l consumidor.



Cuadro resumen

Información general sobre algunas drogas

(1) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 2000

(2) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Observatorio Español sobre drogas. Informe n.º4. Marzo 2001

| Efectos | Sustancias | Presentación | |
|--------------|--|---|--|
| Depresores | ~ Alcohol (vino, cerveza, licores...) | Líquido de varios colores, sabores y texturas. | |
| | ~ Ansiolíticos o tranquilizantes | Cápsulas o comprimidos | |
| | ~ Somníferos | Cápsulas o comprimidos | |
| | ~ Derivados del opio (heroína, metadona, codeína) | Polvo de color blanco o marrón oscuro | |
| Estimulantes | ~ Anfetaminas | Cápsulas o pastillas | |
| | ~ Cocaína | Polvo blanco cristalino | |
| | ~ Nicotina | Hojas secas en forma de hierba de color marrón | |
| | ~ Xantinas (café, te, bebidas de cola) | Frutos u hojas secas | |
| Psicodélicas | ~ Alucinógenos (LSD, mescolina, hongos) | Pastillas o papel secante impregnado | |
| | ~ Derivados del cannabis (marihuana, hachís) | Bolas o planchas prensadas de marrón oscuro | |
| | ~ Disolventes | Líquidos más o menos densos | |
| | ~ Drogas de síntesis | Pastillas de diferentes formas y colores | |

| | Forma de consumo | Efectos generales | Tasas de consumo | |
|--|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | 14-18 años (1) (15-65 años) (2) | Población General (consumo diario) |
| | Ingestión oral | Desinhibición, relajación, euforia, enlentecimiento reflejos | 58 % | 13,7 % |
| | Ingestión oral | Disminución de la ansiedad | 2,5 % | 2,0 % |
| | Ingestión oral | Relajación, sueño | — | 1,3 % |
| | Inhalado, fumado, inyectado | Analgesia, bienestar, adormecimiento y apatía | — | 0,04 % |
| | Ingestión oral | Disminución de la sensación de hambre, fatiga y sueño | 1,8 % | — |
| | Inhalado, fumado con tabaco, inyectado | Estimulación, sensación alerta, pérdida apetito | 2,2 % | 0,6 % |
| | Fumado | Relajación, estimulación, irritación vías respiratorias | 30,5 % (consumo diario) | 32,6 % |
| | Ingestión oral | Estimulación | — | — |
| | Ingestión oral | Desorientación, dificultad de concentración, alucinaciones | 1,9 % | 0,2 % |
| | Fumado | Relajación, desorientación, cambios de humor, euforia | 19,4 % | 4,2 % |
| | Inhalado | Visión nublada, aturdimiento, lentitud de los reflejos | 1,4 % | — |
| | Ingestión oral | Insomnio, pérdida del apetito | 0,2 % | 0,6 % |

Adicción a las drogas.

Problema multidimensional

La peligrosidad de una droga, no depende sólo de las características y efectos del producto, sino de la forma en que se utiliza. Esto no significa sólo la forma observable (frecuencia, dosis, cantidad, etc.) de su uso, sino también su significado psíquico y social, así como el objetivo que se persigue con su consumo. La toxicomanía es, por tanto, el resultado de la interacción entre la sustancia, las características personales de quien la consume y el entorno y circunstancias en que se produce dicho consumo.

Modelo bio-psico-social

Las ciencias sociales han puesto de manifiesto que no sólo las conductas de los individuos, sino su sistema de creencias, valores, actitudes, se desenvuelven en relación a las creencias y valores dominantes en un sistema social determinado. Una modificación en uno de ellos o de las relaciones que entre ellos se han establecido, opera como factor de cambio de alta resonancia.

Esta comprensión del fenómeno en su triple vertiente bio-psico-social facilita una mejor visión del problema, lejos de enfoques y soluciones simplistas que conducen a intervenciones tan bien intencionadas, como ineficaces. En la medida en que se pueda conocer la multiplicidad de variables implicadas en el fenómeno de la adicción, mejor se podrá conocer, explicar y comprender, y, en esa medida, actuar de cara a una eficaz intervención.

Factores e indicadores a tener en cuenta en el consumo de drogas

| | |
|--------------------------------------|---|
| Sustancia | ~ Tipo de sustancia. |
| | ~ Cantidad consumida. |
| | ~ Vía de administración. |
| | ~ Asociación con otras sustancias. |
| | ~ Accesibilidad, disponibilidad. |
| | ~ Valoración social: legalidad/ilegalidad, uso normalizado/prohibido. |
| | ~ Actuación de la sustancia: efectos. |
| Persona Dimensión fisiológica | ~ Sexo. |
| | ~ Edad. |
| | ~ Complejión física. |
| | ~ Influencia en el organismo. |
| | ~ Consecuencias patológicas. |

La comprensión del fenómeno desde la perspectiva bio-psico-social facilita una mejor visión del fenómeno

| | |
|---|---|
| <p>Persona Dimensión psicológica</p> | <p>~ Motivación. ~ Dependencia. ~ Trastornos de conducta. ~ Factores de vulnerabilidad. ~ Personalidad.</p> |
| <p>Entorno</p> | <p>~ Microsistema: familia, escuela, grupo de iguales. ~ Mesosistema: roles, trabajo, ocio, status, hábitat. ~ Macrosistema: valores, sistema social, políticas educativas, legislación, alternativas, dimensión transcultural, medios de comunicación, publicidad.</p> |

Factores de protección y de riesgo

La política de prevención de drogodependencias debe partir del conocimiento científico de dar respuestas al interrogante del por qué unas personas abusan de las drogas mientras que otras no lo hacen.

En este sentido, más que hablar de causas que puedan conducir a los consumos problemáticos de drogas, se deben identificar los diferentes factores de riesgo y protección que interactúan en el desarrollo de la drogodependencia. Conocer dichos factores será el paso previo para la adopción de líneas de intervención más adecuadas para la prevención.

Por factores de riesgo entendemos aquellos elementos o condiciones que aumentan la posibilidad de que surja un problema. En el caso de las drogas, podría definirse como aquella variable o conjunto de variables que puede ser facilitadora o predisponer para el inicio o mantenimiento del consumo abusivo de drogas. Pueden tener características individuales o pueden ser sociales o del entorno. Evidentemente, la suma de estos factores de riesgo en una misma persona aumentará las posibilidades de que se genere un consumo problemático de drogas.

Los factores de protección hacen referencia a todas aquellas circunstancias personales o ambientales que van a dificultar que el individuo se convierta en consumidor, favoreciendo el pleno desarrollo del individuo, orientado hacia estilos de vida saludables y que sirve como amortiguador o moderador del factor de riesgo.

Factores de riesgo y de protección no deben entenderse como extremos de un continuo; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección y viceversa.

Conocer los factores de riesgo y protección permitirá actuaciones preventivas más adecuadas

Adicción a las drogas. Problema multidimensional

Algunas investigaciones sugieren, sin embargo, que una misma característica individual por ejemplo, la autoestima o la integración en el grupo de compañeros, puede actuar indistintamente como factor de riesgo o de protección en función de su relación con otras variables.

Ejemplos de factores de riesgo

Nivel personal

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|--|------------------------------------|
| Falta de autonomía | Habilidades de comunicación |
| Baja autoestima | Conocimiento de recursos de ocio |
| Carencias de habilidades de comunicación | Rechazo de las conductas de riesgo |

Nivel colectivo

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|---|---|
| Familia: Sobreprotección Clima familiar negativo | Modelos de comportamiento adecuados Cohesión y calidad de la vida familiar |
| Amigos: Clima de grupo inadecuado Excesiva dependencia del grupo | Modelos adecuados Clima de grupo positivo |
| Trabajo: Desempleo | Oferta formativa |
| Escuela: Bajo rendimiento Mala adaptación | Existencia de recursos para la integración Programa de prevención |



Cauces por los que se llega al consumo de drogas

El proceso de hacerse adicto toma la forma de escalada, en el sentido de que para cada droga existen modalidades distintas de consumo, que pueden oscilar desde la mera experimentación de la droga, a su uso y llegar al abuso de la misma, con grados crecientes de implicación y de generalización de las situaciones de consumo. Cada grado o escalón prepara para el siguiente, e incluso, favorece el paso a otra droga de superior peligrosidad, extremo éste que no se comprueba en todos los casos.

Efectivamente, nadie empieza a fumar uno o dos paquetes de cigarrillos sin haber adquirido previamente el hábito de fumar en sus diversas etapas: aceptar invitaciones, comprar el primer paquete, encontrar cada vez más situaciones en las que va bien fumar un cigarrillo, etc. Tampoco es probable que alguien decida de un día para otro inyectarse heroína, si antes no consumía otras drogas.

Hay quienes inician esta escalada por motivaciones o conflictos psicológicos. Pero también son muchos los que la inician sin motivo especial aparente. En realidad, para estos últimos, las motivaciones y problemas se desarrollan en el curso de la experiencia de hacerse adicto. Experiencia que se aprende necesariamente con otros: en la familia o en el grupo de amigos.

Nadie empieza a fumar uno o dos paquetes de cigarrillos sin haber adquirido previamente el hábito de fumar en sus diversas etapas

Prevención de las drogodependencias

La forma de abordar la Prevención de Drogodependencias ha ido variando con el tiempo. En un principio se concedió gran importancia a la información sobre drogas y a las consecuencias de sus efectos. Se partía de la idea de que un mayor conocimiento de los peligros implícitos serviría para disuadir ante un posible consumo. Sin embargo, investigaciones posteriores han puesto de relieve que la información es necesaria, pero no suficiente en el proceso de la educación. Esta se debe completar con una formación más amplia que capacite a la persona para tomar las decisiones más satisfactorias, en cada momento, para su vida, así como para la resolución de situaciones conflictivas concretas, sin necesidad de recurrir al consumo de drogas.

Prevenir un problema significa actuar antes de que éste aparezca, evitando de esta manera su aparición. Ello implica identificar previamente las causas e incidir sobre ellas. Por esta razón cualquier intervención o programa preventivo racional se basa en unos conocimientos, hipótesis o suposiciones sobre su etiología. Por lo tanto, no puede considerarse preventiva cualquier actuación.

Objetivos de la prevención de drogodependencias

Los objetivos de la prevención de drogodependencias deben hacer referencia a todos los aspectos que conforman el fenómeno y por tanto deben recoger toda su complejidad. En un intento de sistematización podemos señalar los siguientes objetivos generales:

- ~ Reducir la demanda de drogas: trabajando sobre el desarrollo de las competencias y capacidades personales (autonomía e independencia, actitudes de rechazo hacia el consumo, adquisición de hábitos saludables...) y la disminución del interés social hacia las drogas (modificación de estereotipos sobre los efectos de las sustancias, visión social del fenómeno menos permisiva...).
- ~ Reducir los riesgos asociados al consumo de drogas, mediante intervenciones dirigidas a lograr objetivos intermedios (reducción de daños o problemas de salud producidos por las mismas sustancias o la forma de usar estas sustancias). Este es uno de los objetivos prioritarios por los beneficios que produce en sí mismo y por las posibilidades que abre a la consecución de otro tipo de objetivos (disminución de la prevalencia de enfermedades asociadas al consumo de drogas, contacto de colectivos de alto riesgo con las redes sociales y sanitarias).
- ~ Reducir la oferta y promoción de drogas: tanto en lo que respecta a las drogas legales como ilegales, la disminución de la oferta resulta fundamental en la evolución del consumo. Esto resulta especialmente importante en lo que se refiere al consumo de alcohol y tabaco, desarrollando políticas de limitación del uso en menores o de regulación de la publicidad mediante medidas legislativas.
- ~ Facilitar la integración de los drogodependientes, mediante políticas activas de inserción/reinserción social. Todas las intervenciones dirigidas a la socialización de las personas con problemas de abuso de drogas tienen en sí mismas un componente preventivo.
- ~ Favorecer el desarrollo de políticas integrales dirigidas a promover la equidad, la integración social y la igualdad de oportunidades.

Los ámbitos en la prevención del uso problemático de drogas

La multiplicidad de factores de riesgo implicados en el inicio del consumo de drogas implica que éstos no aparezcan en un único ámbito (familia, escuela, barrio...) sino que se produce una interacción entre los factores surgidos en diferentes escenarios. Por lo tanto, la prevención no se desarrolla en un único medio, sino que debe llegar a los diversos contextos en los que se desarrolla la vida de los individuos.

No obstante, aunque se diferencian distintos ámbitos de intervención, es importante que se enmarquen todas las intervenciones dentro de una estrategia general de participación sociocomunitaria, por ejemplo conectar el trabajo en el aula con la intervención dirigida a la familia y con los centros de tiempo libre.

La prevención debe llegar a los diversos contextos en los que se desarrolla la vida de los individuos

Contextos en los que se lleva a cabo la actividad preventiva

Medio escolar

La escuela dispone de importantes recursos materiales y humanos que pueden ser muy útiles para el desarrollo de la persona.

La modalidad de intervención es prioritariamente la inespecífica, incorporándose en los últimos ciclos de la etapa de la ESO, una modalidad específica.

El papel de la escuela en la prevención de drogodependencias queda claramente reflejado en la Estrategia Nacional sin Drogas para el periodo 2000-2008 que entró en vigor el 1 de enero del 2000.

Destaca a la escuela como uno de los ámbitos prioritarios de intervención y al respecto señala entre otros los siguientes apartados:

- ~ Las actuaciones en éste ámbito deben implicar a la comunidad escolar en su conjunto, es decir a los profesores, padres y alumnos.
- ~ Las actividades que se desarrollen estarán dirigidas por su profesorado e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro educativo.
- ~ Se considera importante y conveniente que los profesores cuenten con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias.
- ~ Es necesario que la actuación del profesor se vea ayudada por la existencia de unos materiales preventivos que, adaptados a la etapa evolutiva del alumno, incidan especialmente en los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos.

Prevención de las drogodependencias

~ Además, deberían abordar otros aspectos como los hábitos de higiene, autocuidados de la salud, la autoestima, la resistencia a la presión de grupo, desarrollo de la capacidad crítica frente a la influencia de la publicidad así como otros factores que se consideran protectores frente al consumo de drogas.



Siguiendo las citadas Indicaciones, el Ayuntamiento de Zaragoza ha presentado un Programa de Prevención de Drogodependencias en el ámbito educativo a todos los centros de Zaragoza que imparten la ESO y que queda recogido en el "Manual del Educador" (1er ciclo) y en el "Tú decides" (2º ciclo). Con las aulas taller de los Centros Sociolaborales y las Unidades de Integración Educativa se realiza así mismo conjuntamente un programa de prevención específico. Dichos programas, alguno de los cuales se iniciaron en el curso 2000-2001, pretende ampliarse a otros niveles educativos en los próximos años, así como a otros ámbitos de la comunidad (padres, centros de tiempo libre, personal sociosanitario, mediadores sociales...).

Medio laboral

En este sentido, las iniciativas de prevención en los lugares de trabajo se dirigen a "minimizar los riesgos personales" por el abuso de drogas y a reducir las responsabilidades debido al consumo indebido de droga.

Medio penitenciario

Las peculiares características de la cárcel la convierten en un contexto institucional de máximo riesgo para el inicio, mantenimiento o consolidación de usos problemáticos de drogas.

La creación en los centros penitenciarios, aunque no en todas las prisiones, de los Grupos de Ayuda a Drogodependientes (GAD), facilita que a partir de ellos se puedan desarrollar estrategias de prevención. Los GAD son grupos de profesionales multidisciplinares compuestos por personal penitenciario y extrapenitenciario.

Por la población a la que se dirigen las actividades preventivas

Ámbito familiar

El entorno familiar es el primer espacio socializador del individuo. Desde el mismo, los padres pueden fomentar en sus hijos ya desde la más tierna infancia hábitos y costumbres saludables, acompañándoles y apoyándoles en su desarrollo individual como personas responsables y libres.

Ámbito comunitario

La prevención de acuerdo con un modelo comunitario supone asumir la influencia del entorno microsocioal (familia, barrio...) en el origen y la evolución del abuso de drogas. Contempla a su vez la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, actuando simultánea y coherentemente en diferentes escenarios. Todo ello debe partir de un compromiso conjunto de los representantes políticos y de los profesionales.

Minorías étnicas

Las minorías étnicas suelen vivir en una situación de marginación que acrecienta los problemas causados por los usos de drogas. Resulta difícil diseñar campañas específicas sobre estos colectivos, con unas condiciones de vida y peculiaridades culturales que hacen que los programas preventivos generales difícilmente conecten con estas poblaciones.

Ámbito sanitario

Los recursos sanitarios poseen capacidad para contactar con toda la población, sus profesionales tienen un reconocido prestigio social y, dado que en sus centros se incluyen profesionales sociales de otras disciplinas (psicólogos y trabajadores sociales), favorece que se lleven a cabo actividades preventivas en éste ámbito. Los recursos sanitarios suelen encargarse de la prevención de las drogas legales y específicamente del apartado más informativo.

Medios de comunicación social (MMCC)

Los medios de comunicación social, radio, TV, prensa, internet... configuran un escenario especial que conforma la denominada sociedad de la información. La principal dificultad con la que se encuentra la prevención en este ámbito radica en la dificultad de adaptarse a sus reglas. En cualquier caso, las campañas tienen sentido si se realizan como un elemento más de una estrategia y no como el único componente de la intervención.



Estrategias terapéuticas

Partimos de la base de que las estrategias terapéuticas que a continuación se mencionan son consideradas hoy en día como válidas, pero con el avance de la investigación médica y terapéutica pueden irse modificando

Programas orientados a la abstinencia o libres de drogas

Dirigidos a aquellos pacientes cuyo objetivo del tratamiento es la abstinencia del consumo de la/s droga/s problema.

Programas de reducción de daños

Estos programas parten de la constatación de que hay casos en los que la abstinencia no es un objetivo alcanzable para el sujeto. Las actuaciones que se realizan desde los mismos van dirigidas a aminorar los problemas derivados del consumo (facilitar información acerca de los riesgos asociados al consumo, intercambio de jeringuillas, etc).

Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos: la metadona

El mantenimiento con metadona es el tratamiento por antonomasia de la heroíno-dependencia, de auto-administración principalmente intravenosa. El programa va dirigido a aquellos pacientes a los que el abordaje con terapias libres de drogas no es posible, posibilitando la terapia con sustitutivos una estabilización psíquica, física y social que permite durante la evolución el intentar aplicar otras técnicas terapéuticas.

Otros programas

- ~ Dispositivos Asistenciales de Venopunción -DAVE- (o narcosalas). Se trata de espacios habilitados para que los consumidores de sustancias por vía endovenosa lo hagan en unas condiciones que les garanticen un mínimo de riesgos.
- ~ Programas de mantenimiento con antagonistas.

Adicciones sin drogas

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. Existen hábitos de conducta aparentemente manifiestos que se pueden convertir en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas.

La dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente una conducta y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforman el núcleo central de la adicción.

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia.



Adicciones sin drogas

Adicción al juego o ludopatía

El crecimiento de la ludopatía está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que se manifiesta de una forma nueva en nuestra época. La afición a los juegos de azar o de habilidad está muy aceptada en nuestro país y no es una circunstancia de hoy. Lo que sí es un fenómeno nuevo actualmente es la irrupción de las máquinas tragaperras, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos reservados hasta ahora a los adultos.

El crecimiento de la ludopatía está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego.

La transición del juego normal al juego patológico suele seguir este proceso:

- ~ Gastar más dinero de lo planeado.
- ~ Apostar para recuperar lo perdido.
- ~ Seguir jugando incluso cuando se ha perdido.

La adicción al juego se perpetúa, entre otras razones, en función de las diversas distorsiones cognitivas que mantienen los afectados: la negación o minimización del problema, la ilusión de control (le parece que el juego está bajo su control o depende de su habilidad), los recuerdos selectivos de las ganancias en el juego, el olvido de los momentos amargos sufridos y la subestimación de las pérdidas.

El daño causado por tal adicción se manifiesta en las diferentes áreas de la persona:

- ~ En el ámbito personal: pérdida de dinero, no saber cómo hacer frente a las deudas, mentir, descuidar sus obligaciones cotidianas..., todo ello genera malestar general y un concepto de sí mismo muy deteriorado.
- ~ En el plano económico: las deudas contraídas suelen ser cuantiosas. No son infrecuentes los robos o estafas y el sometimiento de la familia a penurias económicas.
- ~ En la situación laboral: disminución importante del rendimiento en el trabajo, con la posibilidad de despido por robo o por incumplimiento manifiesto de la responsabilidad laboral.
- ~ En el entorno familiar: vivir con un jugador es duro y no siempre se está dispuesto a aguantarlo.
- ~ En la vida social: posible aislamiento al abandonar las relaciones con los amigos.
- ~ En las relaciones con la justicia: los ludópatas están implicados con frecuencia en conductas penadas por la ley, como falsificación de cheques, emisión de cheques sin fondo, impago de alquileres de la vivienda, etc...



Adicción al sexo

La adicción al sexo, a diferencia de la sexualidad normal -más o menos alta-, se caracteriza porque el objetivo de la conducta es más la reducción de un malestar que la obtención de un placer. Afecta más a hombres y consiste en un exceso desbordante de deseos y conducta sexual que el sujeto se siente incapaz de controlar.

La adicción al sexo se caracteriza por un exceso desbordante de deseos y conductas sexuales que el sujeto no puede controlar

Se trata de conductas no deseadas, a diferencia de la promiscuidad o apasionamiento, que producen consecuencias negativas para el sujeto (físicas: enfermedades de transmisión sexual; psicológicas: sentimientos de culpa y vergüenza, pérdida de autoestima, soledad...; sociales: pérdida de empleo, devaluación del estatus socio-económico, etc.).

Adicción a la comida

Comer más de lo que se necesita es un fenómeno habitual en los países desarrollados. La sobreingesta compulsiva, reflejo de la adicción a la comida, supone la presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto.

La diferencia entre comer mucho y ser adicto a la comida estriba en que mientras que en el primer caso no hay alimentos prohibidos en la dieta y hay una tendencia a comer lentamente, saboreando la comida, en la sobreingesta se come con voracidad. Aquellos "alimentos prohibidos" (pasta, dulces) de la dieta habitual, se convierten en los alimentos preferidos durante los atracones. Además, la comida para los adictos se convierte en el eje central de su vida. Hay un predominio de mujeres-amas de casa y adolescentes especialmente entre las personas afectadas por la adicción a la comida.

Para estos adictos, la comida se convierte en el eje central de su vida

Adicciones sin drogas

La adicción a las compras es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos.

Adicción a las compras

Comprar es una actividad rutinaria de la vida diaria para la mayoría de la gente. Pero los adictos a las compras se muestran incapaces de controlar un fuerte impulso al consumo, que domina sus vidas y produce consecuencias graves.

La adicción a las compras es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos. La gratificación deriva del propio proceso de comprar, lo que importa no es lo que se compra, sino comprar, impulso que el sujeto no puede frenar. El sentimiento de poder y de autoestima se satisface con esta conducta.

La mayoría de los afectados son personas en torno a los 30 años, que han empezado a comprar de forma compulsiva en torno a los 18/20 años. Las consecuencias de esta adicción pueden ser: ruina, deterioro de las relaciones interpersonales, soledad, divorcio e intentos de suicidio. De hecho, la depresión suele facilitar esta adicción pero también puede ser una consecuencia de la misma.

Adicción al trabajo

Se produce una implicación progresiva, exclusiva y desadaptativa a la actividad laboral

La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral con la pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana. Lo que le destruye más es su actitud hacia la tarea que el número de horas dedicadas.

La necesidad irrefrenable de dedicar su vida y tiempo al trabajo de un modo central y excesivo lleva al adicto a sentirse insatisfecho o irritable cuando se encuentra alejado de la actividad laboral (días festivos, vacaciones, fines de semana...).

Hay por lo tanto una calidad de vida deficitaria, que puede ir acompañada de consumo abusivo de alcohol, tabaco y estimulantes, un tiempo libre demasiado reducido y un ritmo de sueño sometido a grandes variaciones.

Adicción a Internet

La adicción supone una pauta de uso anómala, unos tiempos de conexión anormalmente altos de forma permanente, que va más allá de la reacción normal en muchos nuevos usuarios. Esta dependencia se inicia de forma gradual. Algunos signos iniciales de alerta son la comprobación reiterada e infrenable del correo electrónico, el aumento desproporcionado de las facturas de teléfono, la inversión de tiempo y dinero en servicios "on line", etc.

El perfil del adicto a Internet es una persona joven varón, de profesión liberal, urbano, de clase media alta y con buen nivel cultural, con conocimientos de tecnología e inglés.



Tratamiento

Del mismo modo que para los drogodependientes, para los sujetos afectados por una adicción psicológica, resulta imprescindible una terapia psicológica que en ningún momento será efectiva si no toma en consideración los múltiples estímulos condicionados que ponen en marcha la conducta adictiva. De hecho la efectividad de la terapia a largo plazo está en función de la identificación de las situaciones de alto riesgo, de la enseñanza de estrategias de afrontamiento efectivas en esas circunstancias y de la búsqueda de actividades sustitutivas satisfactorias para reemplazar las conductas adictivas.

Recursos para la atención a drogodependientes

Centros de atención a drogodependencias (CAD)

Asumen una doble función:

- ~ Reciben cualquier demanda que en su ámbito geográfico de cobertura municipal se plantea en relación con conductas de abuso de drogas, asumiendo la valoración y el tratamiento de las adicciones que acceden al recurso.
- ~ Actúan a la vez como centro de referencia de la red asistencial, garantizando el seguimiento de aquellos sujetos derivados temporal o definitivamente de otros servicios asistenciales para completar su tratamiento.

Las características fundamentales son:

- ~ Se integra con el resto de los recursos comunitarios.
- ~ Desarrolla una intervención de tipo ambulatorio.
- ~ Está dotado de un equipo interdisciplinar capaz de garantizar la atención de los diferentes planos (orgánico, psicológico, ocupacional y social).

Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)

Se utiliza este recurso ante la imposibilidad de afrontar ambulatoria o domiciliariamente su desintoxicación.

El perfil de los usuarios para los que está indicado este recurso sería:

- ~ Drogodependientes con problemas cardiovasculares y/o hipertensión.
- ~ Drogodependientes embarazadas.
- ~ Drogodependientes con un nivel de autocontrol insuficiente como para poder acudir a un centro ambulatorio.
- ~ Drogodependientes que carecen de un medio convivencial adecuado que garantice un mínimo apoyo al proceso de desintoxicación.

Comunidades terapéuticas

Dispositivo de carácter residencial indicado principalmente para:

- ~ Drogodependientes con un modo de vida totalmente afectado por el consumo de drogas, en los que es aconsejable su separación de su medio social habitual.
- ~ Para aquellos con graves déficits en su comportamiento, vida personal y social.
- ~ Los que carecen de un mínimo soporte sociofamiliar o cuando éste puede resultar negativo en el proceso rehabilitador.
- ~ Drogodependientes con fracasos previos en otras modalidades de tratamientos.

Centros de día

Son una opción intermedia entre los centros de atención ambulatoria y la comunidad terapéutica. El perfil de los sujetos susceptibles de este recurso podría resumirse en:

- ~ Drogodependientes con graves problemas de desestructuración física, psicológica y social.
- ~ Aquellos con un nivel de autocontrol suficiente para asegurar su continua asistencia al centro.
- ~ Drogodependientes para los que no esté indicada su separación total del medio social.
- ~ Los que tienen un soporte familiar capaz de asegurar un mínimo control externo sobre el drogodependiente.
- ~ Personas en las que se cree necesaria la modificación de las relaciones que mantenía con su medio social.

Pisos de reinserción

Van dirigidos a aquellos drogodependientes abstinentes con un importante nivel de autonomía personal, que se encuentran en un avanzado proceso de rehabilitación y carecen de familia o de un espacio convencional adecuado.

Talleres de preinserción laboral

Ideados para acoger exclusivamente a aquellos drogodependientes con problemas de inserción en el medio laboral. Sus objetivos son dobles:

- ~ Terapéuticos (incremento del autocontrol y autonomía personal, mantenimiento de la abstinencia, etc..)
- ~ Formativos (adquisición de destrezas y habilidades, etc..).

Legislación

El 4 de abril de 2001 se aprobó la nueva “Ley de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias de la Comunidad autónoma de Aragón”.

En esta ley adquieren especial relevancia las disposiciones relativas al control de la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco, constituyendo su limitación una de las estrategias prioritarias.

En esta línea se prohíbe la venta y suministro de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años (hasta entonces se limitaba a los 16 años), advertencia que debe hacerse visible al público en los lugares donde se suministran, vendan o dispensen estos productos.

Se recogen los sitios donde se prohíbe fumar, así como las condiciones que deben reunir los espacios habilitados para ello. Se consideran zonas habilitadas para fumadores aquellas que estando físicamente separadas y señalizadas, cuenten con sistemas de ventilación adecuados sin que sean zonas de paso para no fumadores o salas de espera.

Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco dirigida específicamente a menores de 18 años. En ningún caso se deben asociar estos mensajes publicitarios a una mejora del rendimiento físico o psicológico, a la conducción de vehículos, al éxito social o sexual entre otros. La prohibición se hace extensiva tanto a la publicidad directa o indirecta.

A la vez, esta Ley hace énfasis en el enfoque educativo insistiendo en la integración adecuada de la educación para la salud en todos los ámbitos educativos de la comunidad, potenciando estilos de vida sanos y autónomos. Se enfatiza la conveniencia de reforzar la incorporación adecuada de la educación para la salud al sistema escolar. Para ello, el Gobierno de Aragón deberá tener en cuenta entre sus prioridades presupuestarias, las actividades encaminadas a la prevención del consumo de drogas y de los problemas que de él puedan derivarse.

Se especifican a su vez las acciones dirigidas a la asistencia y reinserción social de drogodependientes.

Intervención en drogas

Dónde acudir en Zaragoza

C.A.D. (Centro de Atención de Drogodependencias del Ayuntamiento Zaragoza).

Actividades:

Asesoramiento.

Terapia individual y grupal

Tratamiento de alcohol, tabaco y otras drogas

Pza. San Bruno, 10 1ª oficinas - 50001 Zaragoza

Tel.: 978 72 49 17

Tel./fax.: 978.29.17.27

Email:

centroatenciondrogodependencias@ic1.inycom.es

Horario: de lunes a jueves de 8 a 21 h

Viernes de 8 a 15 h (petición previa)

Centro Municipal de Prevención de las Adicciones

Actividades:

Elaboración y realización de los Programas

Municipales de Prevención de las Adicciones

C/ Miguel Servet, 174-178, local - 50013 Zaragoza

Tel.: 978 59 68 82

Tel./Fax: 978 48 12 89

Email: Prevenciondedrogas@ic1.inycom.es

Horario: de 8 a 15 h

Servicio Provincial de Sanidad. Sección de Drogodependencias (DGA)

Actividades:

Tratamiento de drogodependencias y alcoholismo (individual y familiar)

Programa de mantenimiento con metadona.

C/ Ramón y Cajal, 68 - 50004 Zaragoza

Tel.: 978.71.52.61

Fax.: 976.71.52.81

Email: areadrog.spz@ Aragob.es

Hospital Provincial de Zaragoza. Sección de Drogodependencias

Actividades:

Asesoramiento

Tratamiento médico de drogodependencias

Unidad de desintoxicación.

Programa mantenimiento con metadona

C/ Ramón y Cajal, 60 - 50004 Zaragoza

Tel.: 978.44.00.22

Fax.: 976.44.53.01

Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza -Coordinadora Ciudadana contra las Drogas-

Actividades:

Centro de documentación

Programas de prevención en barrios de Zaragoza

Centro de información: horario de lunes a viernes de

9 a 13h y de 17 a 20 h

San Vicente de Paul, 28 - 50001 Zaragoza

Tel.: 978 29 12 73

Fax.: 976 39 54 34

Email: fabz@pangea.org

www.fabz.org

Cruz Roja Provincial

Actividades:

Programa sobre el SIDA, Servicios tercera Edad:

Información y orientación, ayuda a domicilio,

teleasistencia, tramitación ayuda de urgencia,

transporte adaptado. Inmigrantes.

C/ Sancho y Gil, 8 - 50001 Zaragoza

Tel.: 976.22.48.80

Email: Zaragoza@cruzroja.es

Programa Metadona

c/ Aliuá Salvador nº 8 - 50001 Zaragoza

Tel.: 976.22.41.42

Horario: de 10 a 13 h y de 16 a 20 h

Asociación Aragonesa de Ex- Alcohólicos "ASAREX"

Actividades:

Asesoramiento

Acogida a personas con problemas de alcoholismo

Horario de lunes a viernes de 17 a 21 h

C/ Canovas nº 23-25 - 50004 Zaragoza

Tel.: 976.23.67.35

Email: asarex@hotmail.com

www.members.es.trfpod.de/asarex

ALBADA (Asociación de ex-alcohólicos)

Actividades:

Información y prevención

Terapias de grupo para enfermos alcohólicos y familiares

Acogida a personas con problemas de alcoholismo

C/ San Vicente Paul, 28 - 50001 Zaragoza

Tel.: 851 198 341 / 888 337 479

Horario: lunes y viernes de 18 a 21 h

Servicio de Asistencia e Inserción Socio - Laboral (Unión General de Trabajadores "U.G.T.")

Actividades:

Asesoramiento

Programas de prevención laboral

Programas de inserción socio laboral

C/ Costa nº 1 - 50001 Zaragoza

Tel.: 976 70 01 19

Fax.: 976 31 52 11

Horario: de lunes a viernes de 10 a 14 h y de 17 a 20 h

Drogodependencias: Acción Sindical de Comisiones Obreras C.C.O.O. "C.A.I.D."

Actividades:

Asesoramiento

Programas de prevención en el ámbito laboral

Programas de inserción socio-laboral

Pa. de la Constitución, 12 5ª planta - 50006 Zaragoza

Tel.: 976 23 91 85 ext. 345

Fax.: 976 21 21 23

Email: ddrogo.ar@aragon.ccoo.es

Dónde acudir en Zaragoza

Asociación Cultural "ARGOS" (Comunidad Terapéutica)
Actividades:
Acogida
Tratamiento de drogodependencias (ambulatorio y residencia)
C/ Moncal, 12 ~ 50008 Zaragoza
Tel.: 976 38 36 95
Email: argosz@inlcia.es
Horario: de 9.30 a 13.30 h y de 16 h a 19.30 h

Consejo de la Juventud de Aragón
Actividades:
Programa prevención juvenil ámbito escolar y asociacionismo
Asesoramiento y derivación de tratamientos
C/ Franco y López nº 4 ~ 50004 Zaragoza
Tel.: 976 56 60 34
Fax.: 976 56 76 12
Email: cja@aragob.es
Horario: de 8 a 15h y de 17 a 20 h

Centro Médico Drogodependiente "IZCA"
Actividades:
Desintoxicación
Programa de tratamiento con metadona
C/ Azoque nº 60 2ª Izda. ~ 50004 Zaragoza
Tel.: 976 22 04 45
Email: izcasl@telellno.es
Horario: de lunes a jueves de 9,30 a 14 h

Centro de Solidaridad de Zaragoza "Proyecto Hombre"
Actividades:
Acogida, comunidad terapéutica y reinserción
C/ Manuela Sancho, 3-8 ~ 50001 Zaragoza
Tarablán, grupo de Jóvenes 976 33 17 75
Centro de documentación 976 33 17 75
Teleayuda 976 32 88 62
E mail: csz@pangea.org

Centro de Rehabilitación y Reinserción Social "VISION"
Actividades:
Acogida
Tratamiento en régimen de internamiento
Carretera de Logroño km. 9 (Camino del Abejar, 130)
50190 Garrapinillos
Tel.: 976 77 35 59

Alcohólicos Anónimos
Actividades: tratamiento del alcoholismo
Pza. la Seo nº 8 bajos ~ 50001 Zaragoza
Tel.: 976.31.44.91
Email: sanonimos@adanet.es
Horario: de lunes a viernes de 17 a 21 h

Pisos de Rehabilitación de alcohólicos
Actividades: adquisición de hábitos, cambio de actitudes, talleres ocupacionales, actividades de ocio y tiempo libre, reinserción laboral, laboroterapia.
Ps. Mª Agustín, 8 ~ 50004 Zaragoza
Tel.: 976 43 95 08 / 976 43 95 08

Comunidad Terapéutica El Frago
Actividades:
Acogida
Tratamiento en régimen de internamiento
Camino del Zarrampullo, s/n
El Frago (Zaragoza)
Telf: 976 68 93 38

Centros dependientes de la Iglesia Evangélica:
Remar: Tel.: 976 44 41 94
Reto: Tel.: 976 29 16 47

Otros recursos

Centro Municipal de Promoción de la Salud

Actividades:

Grupos de formación para monitores, profesores, padres...

Atención individualizada sobre anticoncepción, salud sexual y salud mental.

Programa de maternaje: relaciones madres-hijo.

Preparación al parto.

En salud mental se ofrece psicoterapia

Pza. Ahón, 3-5 ~ 50001 Zaragoza

Tel.: 978 20 08 50

Horario: de lunes a viernes de 8 a 15 h

Teléfono de la esperanza

Actividades:

Orientación por teléfono, entrevistas personales.

Terapia para grupos de ludopatías; anorexia y bulimia; parejas, jóvenes; padres y educadores adolescentes.

Cursos para voluntariado; grupos ECO (encuentro y comunicación), adolescentes de 13-19 y 20-35.

Legasa, 13 1ª ~ Tel.: 978.23.28.28

Email: telesar@teleline.es

Horario: 24 h. por teléfono

Unidad de Coordinación de Drogodependencias

Actividades:

Coordinación con entidades públicas y ONG's, planificación de programas asistenciales y preventivos, asesoramiento jurídico a familiares y afectados

Avda. Cesareo Allerta, 9-11 ~ 50008 Zaragoza

Tel.: 978 71 43 14

Horario: de lunes a viernes de 8 h. a 15 h.

Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER)

Actividades:

Información, prevención y tratamiento sobre patologías del juego: máquinas tragaperras, adicción videojuegos...

Grupos específicos de 15 a 22 años

Pza. la Seo, 8 3ª planta. Local 40 ~ 50001 Zaragoza

Tel.: 978 20 04 02

Email: azajer@azajer.com

Horario: de lunes a viernes de 9,30 a 13 h y

de 17,30 a 22 h

Sábados de 11 a 13 h

Cáritas Diocesanas

Actividades:

Acción Social y Marginación: atención a ancianos, transeúntas, inmigrantes, infancia, mujer, cárcel, empleo, salud mental, atención a familias

necesitadas, animación comunitaria rural y urbana.

Voluntarios, formación, sensibilización. Centro de documentación

Don Jaime I, 62 ~ 50001 Zaragoza

Tel.: 978 29 47 30

Email: caritas@pangea.org

Horario: de lunes a viernes de 8,30 a 14 h y de 17 a 20 h

CIPAJ

Centro de Información Juvenil-servicio de juventud

Actividades: dirigidas a jóvenes de 14 a 30 años.

Información para jóvenes

Asesoría psicológica, sexológica y jurídica gratuitas.

Ciberespacio Morlanes

Boletín CipaJ-mensual (15000 ejemplares)

Plaza San Carlos nº 4

~ 50001 Zaragoza

Palacio los Morlanes

Tel.: 978 72 18 18

Fax.: 978 72 18 47

Email: juvayto@public.ibercaja.es

web: www.cipaJ.org

Horario: Lunes, martes y viernes de 11 a 14 h

Miércoles y jueves de 11 a 18,30 h

Bibliografía

- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA (1997) *"Por sí acaso"*. Programa Municipal de Drogodependencias. Zaragoza.
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA (1999). *"Alcohol y alcoholismo"*. Zaragoza.
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA (2000). *"Manual del Educador"*. Programa Municipal de Prevención de Drogodependencias en el ámbito educativo. Zaragoza.
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA (2002). *"Tú decides"*. Programa Municipal de Prevención de Drogodependencias en el Ámbito Escolar. Edición revisada y actualizada. Zaragoza.
- BAS PEÑA, E. (2000). *"Prevención de drogodependencias en secundaria"*. Narcea, S.A. de Ediciones. Madrid.
- BENEIT, J., et al. (1998). *"Intervención en Drogodependencias, un enfoque multidisciplinar"*. Editorial Síntesis. Madrid.
- CALAFAT, A. et al. (1997) *"Decidax. Programa d'educació sobre drogues"*. 4ª edición revisada i actualitzada. Ajuntament de Barcelona.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000). *"Encuesta sobre drogas a población escolar. Resumen medios de comunicación"*. Ministerio del Interior. Madrid.
- DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGON (1993). *"ABC de las drogodependencias"*. Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública.
- DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGON (1999) *"Prevención de Drogodependencias en el marco de la promoción de la salud"*. Zaragoza.
- ECHEBURÚA, E. (2000). *"Adicciones sin drogas"*. Editorial Descle de Brouwer, S.A. Bilbao.
- ESTÉBANEZ, P.; MARTINEZ, J.C. (1990). *"La Droga"*. Editorial La Murella, S.A. Madrid.
- FUNES, J. (1991). *"Nosotros, los adolescentes y las drogas"*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid.
- GOLD, M. (1997). *"Cocaína"*. Ediciones en Neurociencias, S.L. Barcelona.
- GRUP IGIA y COLABORADORES (2000). *"Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias"*. Ajuntament de Barcelona y FAD.
- LÓPEZ, C.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, J.A.; JOVER, M.C.; SÁNCHEZ, C. (2001) *"Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas"* INID, Universidad Miguel Hernández. Alicante
- LORENZO, P., et al. (1999) *"Drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación"*. Ed. Médica Panamericana, SA. Madrid.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2001). Informe nº4. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1998). Colección Actuar es posible. *"La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar"*. Ministerio del Interior. Madrid.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2001). *"Drogas: + información – riesgos. Tú guía"*. Ministerio del Interior. Madrid.
- SANJUAN, M.; IBÁÑEZ, P. (1992). *"Todo sobre las drogas legales e ilegales"*; Dykinson, Madrid.
- SERRANO, A., et al. (1998). *"Drogodependencias y Sida. Estudios y ensayos"* Universidad de Málaga.
- STOCKLEY, D. y EDEX (1999). *"Drogas. Guía Ilustrada para agentes de policía"*. Bilbao
- STOPPARD, M. (2000). *"Qué son las drogas, desde el alcohol y el tabaco hasta el éxtasis y la heroína"*. Javier Vergara Editor. Barcelona.



AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA