



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

Autores: César Pascual, Macarena Cavestany, Sonia Moncada, José Salvador,
y Juan Carlos Melero y Jesús A. Pérez de Arros pide (EDEX)

Coordinador de edición y diseño: Pablo Muñoz

Diseño: eMe & Ka comunicación

Imágenes: ©2001 EDEX y eMe & Ka comunicación

Agradecimiento: a la Policía Científica

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado

Tirada: 2.000.000 ejemplares

NIPO: 126-03-035-8

Depósito legal: 49963/2003

Í N D I C E



- 2 Presentación
- 5 Saber más para decidir mejor
- 9 Distintas relaciones con las drogas
- 17 De qué drogas hablamos y a quiénes les interesan
 - 19 ■ Alcohol
 - 25 ■ Tabaco
 - 31 ■ Cannabis
 - 37 ■ Cocaína
 - 43 ■ Drogas de síntesis
 - 44 ● Éxtasis
 - 49 ■ Anfetaminas
 - 53 ■ Inhalables
 - 55 ■ Alucinógenos
 - 59 ■ Psicofármacos
 - 63 ■ Heroína
 - 68 ■ Otras sustancias de abuso
 - 68 ● GHB
 - 69 ● Polvo de angel
 - 70 ● Ketamina
 - 71 ● Poppers
- 73 Por qué se consumen y qué se puede hacer
- 79 Cómo actuar si surgen problemas
 - 79 Cuando uno mismo tiene problemas
 - 80 Cuando los demás tienen problemas
 - 82 Qué dice la ley
- 85 Dónde conseguir más información

PRESENTACIÓN

La *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*, aprobada por el Gobierno en diciembre de 1999, supuso una puesta al día de las políticas que venían desarrollando las administraciones públicas en España y permitió disponer de un marco de trabajo concreto y bien definido.

Entre las muchas aportaciones de dicha estrategia, la más significativa es haber dado a la prevención prioridad frente al resto de las actuaciones que se desarrollan contra las drogodependencias.

De ahí que la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008* contemple el objetivo de *ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y las otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume.*

Para desarrollar este cometido, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y todas las entidades que componen el plan (administraciones, organizaciones no gubernamentales y otras entidades) han venido potenciando una serie de actuaciones destinadas a concienciar e informar sobre las consecuencias de los consumos de drogas. Estas acciones han ido dirigidas tanto a la población en general como a determinados sectores (jóvenes, familias...).

Entre las actuaciones desarrolladas destacan las campañas de sensibilización social, que han contado con la participación de la iniciativa social y de muchos medios de comunicación.

La guía que tiene en sus manos nació en 2001 como complemento de la campaña anual de concienciación, que tenía como



lema *Drogas: Más Información, Menos Riesgos*. Sin embargo, lo que surgió como un instrumento más de la campaña se ha convertido en una herramienta destacada de las acciones informativas del Plan Nacional sobre Drogas. La aceptación que ha tenido la guía entre los ciudadanos ha motivado que ya se hayan distribuido más de cinco millones de copias.

Esta nueva edición sigue presentando información sobre las drogas y sus efectos, los consumos en España, los factores de riesgo (aquéllos que favorecen el consumo), los factores de protección y los servicios de ayuda más cercanos al ciudadano. Además, los datos han sido actualizados, se han reforzado las informaciones prácticas y se ha rediseñado su formato haciéndolo más ágil.

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

Gonzalo Robles Orozco
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



SABER MÁS PARA DECIDIR MEJOR

Existen pocos asuntos tan llenos de estereotipos y de prejuicios como el consumo de drogas, una conducta sobre la cual la mayoría de la gente se siente bien informada, aunque en la práctica las *informaciones* que poseen unos choquen, a veces frontalmente, con las de otros.

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

¿Cómo puede un mismo asunto provocar tantas y tan diferentes reacciones? ¿Podemos acceder a conocimientos científicos que nos ayuden a formarnos una visión más realista del asunto?

LA INFORMACIÓN ES PODER... PARA DECIDIR

Algunas personas mantienen un miedo reverencial a la información sobre las drogas. Como si disponer de una información adecuada sobre ellas fuera a aumentar su consumo. Algo similar a lo que, en otros tiempos, se pensó respecto a la educación sexual: "mejor no mentar la bicha", no fuéramos a despertar con tanta habladuría deseos irrefrenables.



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

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

¿QUÉ TAL SI NOS FORMAMOS UNA OPINIÓN A LA LUZ DE LA CIENCIA?

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



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

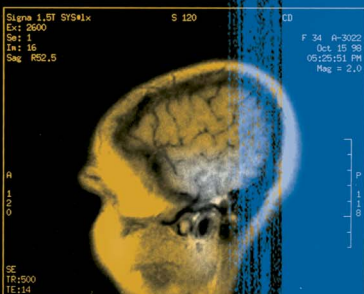
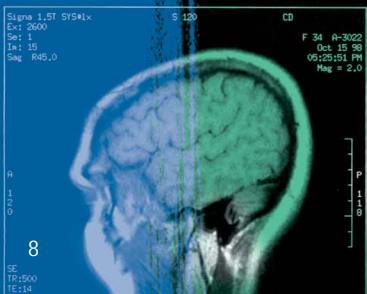
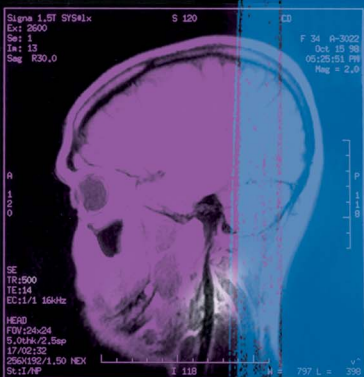
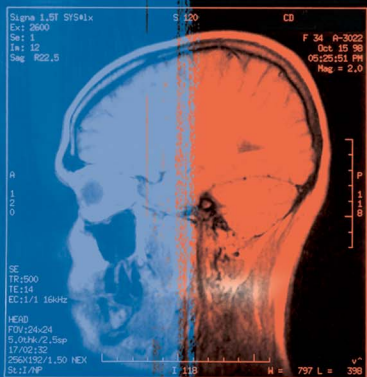
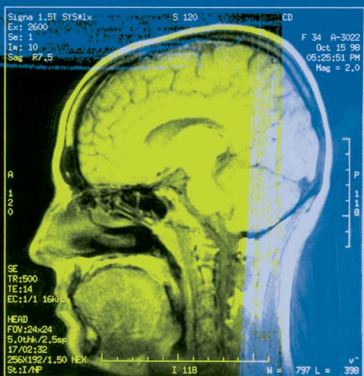
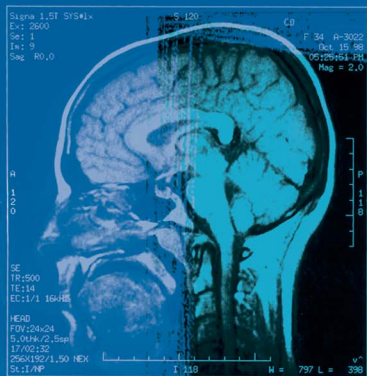
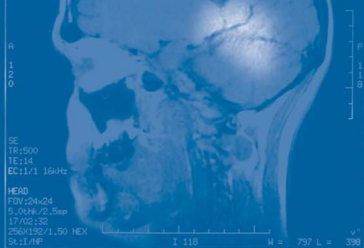
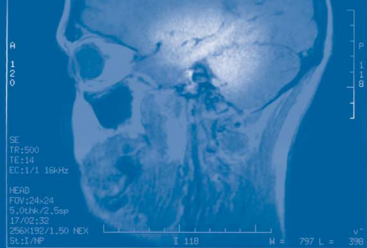
Nos proponemos esbozar una información adecuada para los jóvenes que necesitan formarse una postura personal ante las drogas. Una información útil también para ciudadanos adultos, padres y madres, educadores, etc., que desean disponer de un mayor saber respecto a un fenómeno con el que a menudo se topan en su relación con los jóvenes.



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



*Si quieres saber más sobre drogas, visita la página web
www.sindrogas.es*



DISTINTAS RELACIONES CON LAS DROGAS

2

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

DEFINIR QUÉ SON LAS DROGAS

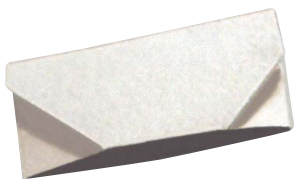
Para centrar la reflexión que proponemos, partimos de una definición básica de las drogas. Es la siguiente: todas aquellas sustancias químicas que reúnen las siguientes características:

- Una vez en nuestro organismo, se dirigen a nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable.
- Su uso regular puede generar procesos conocidos como:
 - **Tolerancia:** a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos.
 - **Dependencia:** tras un uso habitual, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia, como veremos al hablar de la dependencia física, y/o para afrontar la vida cotidiana, como veremos en la dependencia psicológica.
- Su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos:
 - **Trastornos físicos,** cuando dañan el organismo: por ejemplo, una bronquitis crónica causada por el tabaco.

- **Trastornos psicológicos**, cuando inciden negativamente sobre la relación de la persona consigo misma o con su entorno afectivo, como ocurre en los conflictos de pareja por abuso de alcohol.
- **Trastornos sociales**, cuando impactan sobre la comunidad, como ocurre con los accidentes de tráfico provocados por conductores bajo los efectos de las drogas.

NO TODAS LAS DROGAS SON IGUALES...

Las drogas no constituyen una realidad única, sino que están caracterizadas por una notable diversidad. Ya ha quedado atrás la mención a *la droga*, expresión que no da información ni respecto a sustancias, ni respecto a riesgos, ni respecto a consumidores... Hay tantas y tan variadas sustancias que es más preciso hablar de las drogas, en plural.



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

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

Drogas depresoras del sistema nervioso central: tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las más importantes son:

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

Drogas estimulantes del sistema nervioso central: aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas. Destacan:

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

Drogas perturbadoras del sistema nervioso central: trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.:

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

... AUNQUE TIENEN ELEMENTOS EN COMÚN

La principal característica común a todas las drogas es la psicoactividad, es decir, su capacidad para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual del modo que acabamos de ver.

Las drogas pueden consumirse por diversas vías:

- fumada (como ocurre con el hachís y el tabaco).
- ingerida por vía oral (alcohol y drogas de síntesis).
- aspirada (como la cocaína y el speed).
- inhalada (como los pegamentos).
- inyectadas (como en ocasiones la heroína).

Ya sea una u otra la vía elegida, el destino final de la sustancia siempre es el cerebro del consumidor, al que llega a través de la sangre. Una vez en su destino, cada sustancia produce alteraciones específicas.





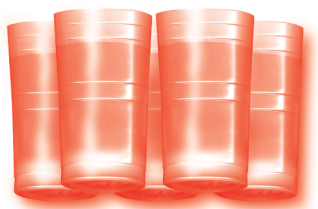
NO TODO CABE EN EL MISMO SACO

Consumir una droga no le convierte a uno automáticamente en drogadicto (término próximo a lo despectivo que, por cierto, convendría eliminar de nuestro vocabulario). Por otro lado, el consumo de drogas en el que no haya dependencia no es necesariamente inofensivo. Para aprender a distinguir entre los diversos tipos de consumos y sus consecuencias es muy útil conocer los tres tipos básicos que existen: uso, abuso y dependencia:

Uso. Es aquella relación con las drogas en la que, tanto por su cantidad, como por su frecuencia y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

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

No es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico. Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que no perjudicara al sujeto, pero sí a terceros (por ejemplo, un trabajador de la construcción que fuma hachís justo antes de subir a un andamio).



No todas las drogas permiten una relación de este tipo. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco.

Abuso. Es aquella relación con las drogas en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o para su entorno.

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

Analizando las pautas de consumo, y el contexto personal y social de cada caso podremos decidir si nos encontramos ante un uso o abuso.

Dependencia: Se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.



La dependencia tiene dos dimensiones:

Dependencia física: En ella, el organismo se ha habituado a la presencia de la droga, de manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia propio de cada droga.



La dependencia física está muy asociada a la *tolerancia*. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente aún a dosis muy bajas. Sin embargo, si el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando al tóxico como medida de protección.

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

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

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

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

ACERCA DEL POLICONSUMO

No es frecuente entre consumidores de drogas la utilización de una única sustancia. La pauta más habitual es la combinación de varias drogas, a menudo, a lo largo de un mismo período de tiempo. Así, por ejemplo, se pueden beber cantidades excesivas de alcohol, fumar un paquete de cigarrillos, compartir un par de porros y esnifar una raya de cocaína, todo ello en un fin de semana.

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

Estas pautas de consumo multiplican los riesgos asociados a las sustancias.

LA IMAGEN SOCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En muchas ocasiones la imagen que la sociedad tiene de las drogas y sus consecuencias no se corresponde con la realidad de este fenómeno.

Este divorcio puede dar lugar a equívocos que acaben situando a las drogas en el terreno de la ficción. Así, hay personas que piensan que *drogas* son sólo las sustancias que consumen otros (aunque quien lo diga sea un fumador crónico, incapaz de abandonar su dependencia a pesar de la evidencia de daño físico). También hay quien piensa que las drogas son consumidas sólo por los jóvenes, cuando existe, por ejemplo, un notable abuso de alcohol por parte de la sociedad adulta.






Para que la sociedad pueda afrontar el fenómeno de las drogodependencias, es necesario que antes comprenda las siguientes realidades:

- No existe la droga, sino diversas sustancias con diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales, y distintos riesgos.
- Las drogas no son sustancias diabólicas que esclavizan al individuo que se atreve a probarlas; para que la dependencia aparezca han de estar presentes determinadas circunstancias psicosociales (una autoestima frágil, una presión de los amigos hacia el consumo, una disciplina familiar inconsistente, determinadas modas que transmiten una imagen positiva de ciertas drogas, etc.).
- También el alcohol y el tabaco son drogas, aunque sólo una minoría de la población las percibe como tales. Son, de hecho, las sustancias de las que más se abusa y más daños producen. Así, frente al drama que supone la muerte de alrededor de 470 personas al año a consecuencia de reacciones negativas a heroína o cocaína, se estiman en 46.000 las muertes anuales atribuibles en nuestro país al tabaco, y en 12.000 las relacionadas con el alcohol.
- Las personas que consumen drogas no responden a ningún estereotipo. Cada sustancia es empleada por variedad de usuarios que tienen motivos distintos para hacerlo.
- Cualquier situación de abuso puede superarse si el individuo y su entorno más próximo cuentan con el soporte personal y/o profesional adecuado.



Si quieres saber más sobre drogas, visita la página web www.sindrogas.es



DE QUÉ DROGAS
HABLAMOS
Y A QUIÉNES
LES INTERESAN

DE QUÉ DROGAS HABLAMOS Y A QUIÉNES LES INTERESAN

- Alcohol
- Tabaco
- Cannabis
- Cocaína
- Drogas de síntesis:
 - Éxtasis
- Anfetaminas
- Inhalables
- Alucinógenos
- Psicofármacos
- Heroína
- Otras sustancias de abuso
 - GHB
 - Ketamina
 - Polvo de ángel
 - Poppers



a l c o h o l

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

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. Aunque la gente crea que el alcohol ayuda en las relaciones sociales, en realidad, el primer efecto de euforia que se produce al consumirlo se debe a que el alcohol adormece primero la parte del cerebro que tiene que ver con el autocontrol.

Las bebidas alcohólicas se clasifican en dos grupos:

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

alcohol - alcohol - alcohol

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

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



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

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

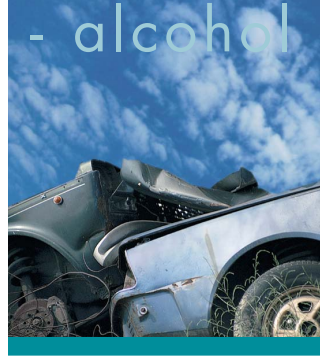
EFFECTOS

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

- la edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando es especialmente nocivo).
- el peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal).
- el sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina).
- la cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación).
- la ingestión simultánea de comida (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación).
- la combinación con bebidas carbónicas (tónica, coca-cola, etc.), que aceleran la intoxicación.

Efectos psicológicos. Varían en función de la dosis ingerida:

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



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

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

RIESGOS

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

- Pérdida de memoria
- Dificultades cognitivas
- Demencia alcohólica



Riesgos orgánicos. El abuso crónico de alcohol está relacionado con diversos problemas de salud:

- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías



El alcohol puede generar dependencia física, con un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardia e hipertensión, que puede desembocar en un *delirium tremens* si no es tratado.

ALGUNOS DATOS

El 88,8% de los españoles de 15 a 64 años ha bebido alcohol alguna vez, según un sondeo del Plan Nacional sobre Drogas.

■ **Evolución del consumo de alcohol. España, 1995-2001.** ■
Población de 15 a 64 años.

	1995	1997	1999	2001
Alguna vez en la vida	---	89,9%	87,1%	88,8%
Último año	68,2%	77,8%	74,6%	78,0%
Último mes	53,0%	60,7%	61,7%	63,5%
Última semana	38,9%	48,5%	46,7%	---
Consumo diario	14,6%	12,9%	13,7%	15,0%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Un 18,4 % de la población de 15 a 64 y un 29,2% de los jóvenes de 15 a 29 años se había emborrachado el año previo a la encuesta. Estas proporciones han descendido, ya que en 1999 fueron 19,3% y 32,6%, respectivamente.

Los hombres consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres (el 76% lo hace habitualmente, frente al 51,4% de

mujeres; el 23,8% de los hombres lo hace a diario frente al 6,8% de las mujeres).

Consumo de bebidas alcohólicas. España, 2001. Población de 15 a 64 años.

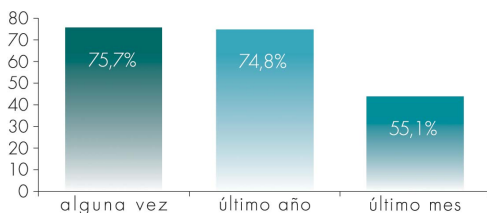
	Días Laborables			Fines de semana		
	15-64 %	15-29 %	15-18 %	15-64 %	15-29 %	15-18 %
Vino / cava	11,5	2,5	0,4	17,5	7,5	2,8
Cerveza / sidra	8,5	4,9	1,0	22,0	21,8	13,4
Aperitivos / vermú	0,2	0,1	0,0	1,8	1,7	0,8
Combinados / cubatas	0,4	0,2	0,1	11,9	22,3	18,4
Licores de frutas	0,1	0,1	0,0	1,0	1,4	1,2
Licores más fuertes	0,7	0,2	0,0	2,5	2,6	2,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

El consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años se concentra en el fin de semana. El 55,1% que lo consume habitualmente (ver cuadro inferior) se descompone en un 40,6%, que bebe el fin de semana, y un 14,4%, que lo hace a lo largo de la semana.

Este colectivo estudiantil comienza a beber a los 13,6 años. El consumo semanal comienza a los 15,3 años, lo cual implica un retraso, ya que en el año 2000 era a los 14,8 años.

Consumo de alcohol. España, 2002. Estudiantes de 14 a 18 años.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Un 19,4% de los estudiantes declara emborracharse habitualmente, porcentaje inferior al del año 2000 (20,6%). El 18,1% de los estudiantes admite haber conducido o haber ido en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol.

El tipo de bebida más consumida son los combinados/cubatas. El consumo se realiza sobre todo en pubs o discotecas (74%), en la calle o en parques (38,1%) y en bares o cafeterías (31,1%).

Si eres mayor de edad y vas a consumir alcohol, ten en cuenta las siguientes recomendaciones para beber con menos riesgo; si eres constante al seguirlas, beberás mucho menos y te sentirás mejor.

- No tomes bebidas alcohólicas para calmar la sed.
- Ponte un límite de bebida antes de salir.
- Bebe despacio, a sorbos pequeños.
- Deja el vaso sobre la mesa entre trago y trago.
- No acompañes las bebidas alcohólicas de alimentos salados.
- A la hora de comer, que no falte agua en la mesa.
- No concentres en un día o en un fin de semana lo que beberías en toda una semana.
- Intercala consumo de alcohol con refrescos.

ALCOHOL: ¿CUÁNDO ES DEMASIADO?

- Según la Organización Mundial de la Salud, no hay una cantidad por debajo de la cual no existan riesgos; por eso, recomendación: *Alcohol, cuanto menos mejor.*
- Abusar del alcohol o consumirlo de forma inadecuada no sólo depende de la cantidad, sino de muchas otras cosas: si se es menor de edad cualquier consumo es abusivo; igual que si se está embarazada; se toman medicamentos; se realizan actividades motoras complejas como el manejo de vehículos o máquinas; mientras se trabaja; se estudia, etc.



Si quieres saber más sobre alcohol, visita la página web www.sindrogas.es



t a b a c o

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

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

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

No constituyó un problema de salud pública hasta la invención, con la Revolución Industrial, de la máquina para elaborar cigarrillos. Con ella se pusieron las bases de un consumo masivo que en la actualidad es responsable de la muerte de muchos ciudadanos europeos cada año. La industria tabaquera ha mantenido ocultos hasta fechas recientes informes propios que

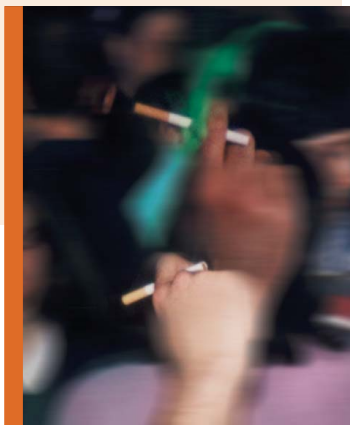
tabaco - tabaco - tabaco

mostraban la capacidad del tabaco para generar dependencia y numerosos problemas de salud.

La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

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

En la Unión Europea se han ido estableciendo limitaciones cada vez más severas a la composición del tabaco que se permite comercializar (en función de las tasas de nicotina y alquitrán), lo que ha llevado a la industria tabaquera a dirigir su arsenal publicitario a los países del llamado Tercer Mundo, que cuentan generalmente con regulaciones menos estrictas. Se da la paradoja de que un producto que salió de América como una supuesta sustancia medicinal regresa, cinco siglos después, en forma de epidemia.



tabaco - tabaco - tabaco

EFFECTOS

Efectos psicológicos. El tabaco es consumido en busca de efectos positivos:

- Relajación
- Sensación de mayor concentración

Efectos fisiológicos. Entre los más importantes citamos:

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

RIESGOS

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

Riesgos psicológicos:

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

Riesgos orgánicos. De los múltiples riesgos sanitarios demostrados resaltamos:

- Faringitis y laringitis
- Dificultades respiratorias
- Tos y expectoraciones



- Disminución de la capacidad pulmonar
- Úlcera gástrica
- Cáncer pulmonar
- Cáncer de boca, laringe, esófago, riñón y vejiga
- Bronquitis y enfisema pulmonar
- Cardiopatías: infartos de miocardio y anginas de pecho

El tabaquismo, o dependencia del tabaco, es difícil de superar aún cuando el fumador se encuentre motivado para ello. Al dejar de fumar es habitual la aparición del síndrome de abstinencia, cuyos síntomas más frecuentes son: ansiedad, irritabilidad, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, aumento del apetito, dificultad de concentración, etc. Este síndrome, que aparece a las pocas horas de terminar el último cigarrillo, puede durar de siete a diez días. El deseo de encender un cigarrillo puede mantenerse durante años.

¿SABÍAS QUE...?

- A los 50 años un fumador tiene la capacidad respiratoria de un no-fumador a los 75 años.
- La adicción a la nicotina se establece a partir del consumo de 10 cigarrillos al día.
- De cada 3 fumadores, 2 quieren dejar de fumar y no pueden.
- En España, cada día 9.000 personas intentan dejar de fumar; sólo 300 siguen abstinentes al cabo de un año.
- Cada año mueren en España 46.000 personas a causa del tabaco.
- La edad media de inicio en el consumo para los estudiantes españoles se sitúa en los 13,1 años, y sube a los 14,4 años para el consumo diario.

ALGUNOS DATOS

El tabaco es, tras el alcohol, la segunda droga más consumida por los españoles. El 68,2% de los ciudadanos de 15 a 64 años ha probado el tabaco en alguna ocasión, y el 35,6% fuma a diario, según una encuesta de 2001 del Plan Nacional sobre



Drogas. El tabaco es la sustancia que despierta una mayor fidelidad entre sus usuarios.

Consumo de tabaco. España, 2001. Población de 15 a 64 años.

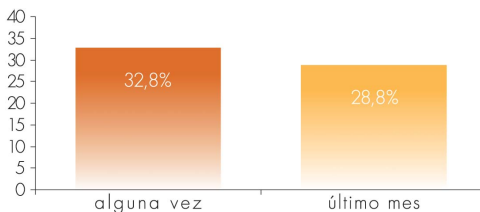
Alguna vez	68,2%
Último año	46,1%
Último mes	41,3%
Consumo diario	35,6%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Aunque entre la población general fuman diariamente más los hombres (40,7%) que las mujeres (30,5%), esta relación se invierte en los más jóvenes.

Una encuesta de 2002 del Plan Nacional sobre Drogas a estudiantes de 14 a 18 años arroja datos interesantes sobre su consumo de tabaco:

Consumo de tabaco España, 2002. Estudiantes de 14 a 18 años.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Aunque el consumo es elevado, la tendencia en los últimos años es descendente. La cantidad de cigarrillos consumidos es, en general, reducida: la media es de 7,4 cigarrillos/día.

El consumo de tabaco entre las chicas supera al de los chicos, tanto para quienes se han limitado a probarlo (37,3% de las

chicas y 28,0% de los chicos), como para quienes lo consumen de manera habitual (el mes previo a la encuesta había fumado el 33,1% de las chicas y el 24,2% de los chicos).

Si eres fumador, a continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tu grado de dependencia del tabaco: sólo tienes que responder a las siguientes preguntas:

Test de Fagerström de dependencia de nicotina

Preguntas	Respuestas	Ptos.
¿Cuánto tardas en fumar el primer cigarrillo cuando te despiertas?	menos 30 min.	1
	más 30 min.	0
¿Te resulta difícil no fumar en lugares en los que está prohibido, como bibliotecas, hospitales, cine, etc?	sí	1
	no	0
¿Cuál es el cigarrillo que más te molestaría no poder fumar?	el 1º del día	1
	todos los demás	0
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	15 o menos	1
	15-25	0
	26 o más	2
¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarte que durante el resto del día?	sí	1
	no	0
¿Fumas cuando estás enfermo y tienes que quedarte en cama la mayor parte del día?	sí	1
	no	0
¿Cuál es el nivel de nicotina de tu marca de tabaco actual?	0,9 mg o menos	0
	1,0-1,2 mg	1
	1,3 mg o más	2
¿Inhalas el humo?	nunca	0
	a veces	1
	siempre	2

Corrección: La puntuación máxima es once. Una puntuación menor que siete indica un nivel bajo de dependencia de la nicotina mientras que una puntuación mayor que siete indica un nivel elevado de dependencia.



Si quieres saber más sobre tabaco, visita la página web www.sindrogas.es



cannabis

El cannabis es una planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas ilegales más empleadas: hachís y marihuana.

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

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

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

Junto con los alucinógenos, los derivados del cannabis fueron las drogas elegidas por el movimiento *hippy* de los años sesenta y, en general, por los movimientos contraculturales y psicodélicos.

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

Sus derivados más consumidos actualmente son el hachís y la marihuana. En España se consume principalmente hachís, pro-

cannabis - cannabis - cannabis



cedente en su mayoría de los cultivos del norte de Marruecos, del valle de Ketama, en la región del Rif. El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate. Su concentración de THC es superior a la de la marihuana, por lo que su toxicidad potencial es mayor.

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

EFFECTOS

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

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

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



cannabis - cannabis - cannabis

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

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



RIESGOS

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

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

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

cannabis - cannabis - cannabis

- En personas predispuestas, puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.

En el plano orgánico: Los derivados del cannabis se consumen fumados, con una pauta de inhalación profunda, sin filtro, con retención pulmonar del humo y apurando el cigarrillo al máximo. Por ello, su uso habitual multiplica los riesgos asociados al consumo de tabaco, favoreciendo la aparición de los siguientes problemas:

- Respiratorios: tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas.
- Cardiovasculares: empeoramiento de síntomas en personas que padezcan hipertensión o insuficiencia cardíaca.
- Frecuentemente, el hachís se consume con alcohol, con lo que los efectos se multiplican y aumenta el riesgo de lipotimias.

¿EXISTE EL 'PORRO TERAPÉUTICO'?

Hoy se estudia la utilidad terapéutica del cannabis para tratar el glaucoma, contra los vómitos en pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia y contra la pérdida de apetito de enfermos de sida. Esto no debe confundirnos: aún no se ha demostrado que tenga ventajas sobre medicamentos ya existentes. Además, el cannabis plantea un problema importante: a medida que se repite la administración de la sustancia disminuyen sus efectos terapéuticos. En todo caso, si las investigaciones confirmaran una aplicación terapéutica, el médico no recetaría cannabis fumado, sino pastillas, jarabes... de compuestos sintéticos derivados de la planta para evitar así los efectos negativos del porro.



ALGUNOS DATOS

El cannabis es la droga ilegal más consumida en la Unión Europea. Una encuesta del Plan Nacional sobre Drogas a población entre 15 y 64 años concluye que el 6,8% lo había consumido durante el mes previo a la consulta.

Consumo de cannabis. España, 2001.

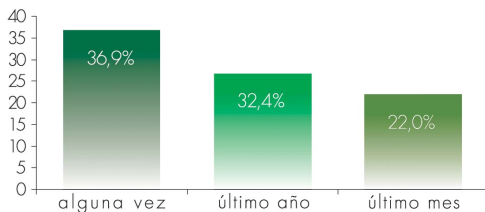
	15-64 años	15-29 años
Alguna vez	24,5%	36,0%
Último año	9,7%	19,6%
Último mes	6,8%	13,6%
Diario último año	2,0%	3,8%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Aunque, en general, en el consumo de drogas ilegales la proporción de hombres es superior a la de mujeres, en el caso del cannabis esa diferencia se va acortando.

Entre los estudiantes de 14 a 18 años, el consumo más o menos regular (último mes) es del 19,3% entre las chicas y del 25,0% entre los chicos. Para este colectivo, la edad de inicio se sitúa en los 14,7 años.

Consumo de cannabis. España, 2002. Estudiantes de 14 a 18 años.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.



El 46,4% de los estudiantes consumidores de cannabis afirma haber sufrido problemas como pérdida de memoria, tristeza, apatía, dificultad para estudiar...

Del total de personas tratadas en 2001 por problemas relacionados con el consumo de drogas, el 7,4% lo fue por consumo de derivados del cannabis. La edad media de las personas tratadas era de 24 años.

- **No estamos ante una sustancia inocua:** consumir cannabis facilita la aparición de problemas psiquiátricos previos y empeora los síntomas cuando ya se sufren. También aumenta las posibilidades de sufrir depresión y ansiedad, no sólo mientras se consume, sino también en la edad adulta. Además, disminuye la capacidad de concentración y atención.
- El cannabis contiene muchos de los cancerígenos del tabaco y en mucha mayor cantidad. Los daños pulmonares que produce son aún mayores que los asociados al tabaco. El Instituto Británico del Pulmón calcula que **tres porros perjudican los pulmones tanto como 20 cigarrillos**.
- El síndrome de abstinencia no es intenso, porque el cannabis se elimina muy lentamente. **El organismo tarda en quedar limpio casi dos meses**.
- **Un 10% de todos los que han probado el cannabis acaban teniendo problemas de dependencia**, pues se han acostumbrado a afrontar la vida bajo sus efectos.
- En el caso de las **urgencias** por consumo de sustancias tóxicas ilegales registradas en España, las correspondientes al cánnabis siguen subiendo y **ya son el 14,8%** (con cuadros caracterizados por crisis de ansiedad y crisis de pánico).
- De los admitidos a tratamiento menores de 19 años, el 50% demanda ayuda por porros (datos de España).



Si quieres saber más sobre cannabis, visita la página web www.sindrogas.es



c o c a í n a

La cocaína procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxylon coca*. Se cultiva, fundamentalmente, en los países del altiplano andino (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú). Allí, desde hace siglos se mascan las hojas procedentes de la planta, para liberar así su principio activo y obtener sus beneficios. Las cantidades absorbidas de este modo son muy reducidas, por lo que apenas se registran consecuencias adversas asociadas a esta forma secular de consumo.

Las culturas indígenas de los países productores usaban la coca con carácter ritual y por sus propiedades energéticas, que les permitían realizar trabajos físicos de excepcional dureza sin cansarse en exceso. Las carencias alimenticias también eran resueltas gracias a que la coca quita el apetito.

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



cocaína - cocaína - cocaína

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

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

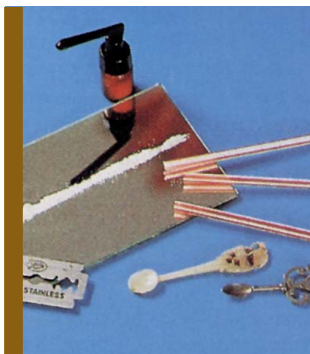
- Clorhidrato de cocaína: la forma principal de consumo en Europa, conocida popularmente como cocaína.
- Sulfato de cocaína (pasta de coca, también conocida como basuko), que se fuma mezclada con tabaco o marihuana.
- Cocaína base (crack), que se fuma mezclada con tabaco.

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

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

EFFECTOS

Durante años se dudó de la capacidad de la cocaína para provocar grandes daños entre los usuarios. De hecho, esta droga gozó de una imagen social muy positiva, ligada al éxito y a la diversión. No obstante, tras un periodo de silencio clínico, las consecuencias van apareciendo y se traducen en un aumento de las personas en tratamiento y del número de urgencias.



cocaína - cocaína - cocaína

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

Efectos psicológicos. Son los siguientes:

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



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

Efectos fisiológicos. Los más habituales son los siguientes:

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



RIESGOS

Riesgos psicológicos:

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

cocaína - cocaína - cocaína

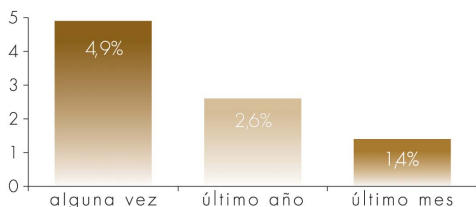
Riesgos orgánicos. Tanto por su incidencia en el cerebro como por la vía habitual de administración (esnifada), el consumo crónico de cocaína puede causar:

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

ALGUNOS DATOS

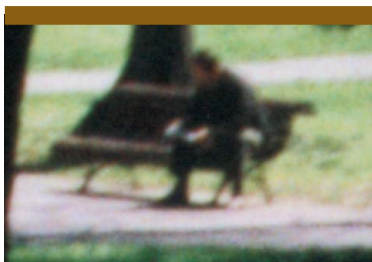
El consumo ha aumentado entre la población de 15 a 64 años. La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida, tras el cannabis, según las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas.

Consumo de cocaína, España, 2001.
Población entre 15 y 64 años.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

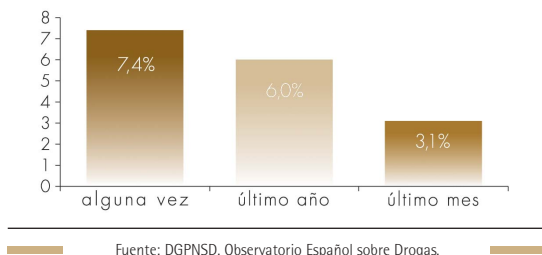
El mayor consumo habitual (consumo en el mes previo a la encuesta) se da en la población de 15 a 29 años, con un 4,2% de los chicos y un 1,0% de las chicas.



cocaína - cocaína - cocaína

Centrándonos en los estudiantes españoles de 14 a 18 años, encontramos que un 3,1% la consume habitualmente.

Consumo de cocaína. España, 2002.
Estudiantes de 14 a 18 años.



La edad media de inicio en el consumo para este colectivo estudiantil se sitúa en los 15,7 años.

¿SABÍAS QUE...?

Están aumentando las personas que solicitan tratamiento por problemas relacionados con la cocaína. En 2001, las 9.367 personas que lo hicieron representan el 19% del total de personas que recibieron tratamiento por problemas con las drogas. La edad media de los admitidos a tratamiento ha aumentado entre 1991 y 2001: ha pasado de 26,6 a 29 años.

Sustancias como la heroína van perdiendo presencia en las urgencias, mientras que las emergencias relacionadas con la cocaína aumentan. De los 2.145 episodios de urgencias atendidos en 2001 por consumo de sustancias tóxicas, en el 44,4% de los casos se mencionaba el consumo de cocaína en la historia clínica.



A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre la cocaína: sólo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

- 1 Es estimulante y hace que te mantengas despierto y alerta. V F
- 2 Puede producir alucinaciones visuales o auditivas si el consumo es frecuente o a dosis elevadas. V F
- 3 Produce agresividad y hace que cualquier cosa moleste. V F
- 4 Una cantidad pequeña mantiene sus efectos entre 6 y 8 horas. V F
- 5 El consumo de alcohol reduce los deseos de consumo de cocaína. V F
- 6 Si sólo se consume los fines de semana no da problemas. V F

Corrección: Verdadero: 1,2,3; Falso: 4,5,6



Si quieres saber más sobre cocaína, visita la página web www.sindrogas.es



drogas de síntesis

Drogas de síntesis es el término científico para referirse a unas sustancias que, aunque existentes hace tiempo, se popularizaron en la última década del siglo XX bajo la equívoca denominación de *drogas de diseño*. Son sustancias producidas por síntesis química (sin componentes naturales, como ocurre con el hachís o el tabaco), fundamentalmente en laboratorios clandestinos de Holanda, Reino Unido, Polonia y la República Checa.

Generalmente se trata de compuestos anfetamínicos a los que se suele añadir algunos componentes de efectos alucinógenos. Las drogas de síntesis se comercializan en forma de pastillas o comprimidos. De ahí que hayan sido bautizadas en el argot callejero como *pastis* o *pirulas*, entre otros nombres. Sobre la superficie de estas pastillas se suelen grabar diversos dibujos que sirven como elemento de identificación. Esas imágenes suelen ser reproducciones manipuladas de marcas comerciales e iconos juveniles. Los traficantes de drogas utilizan estas imágenes plagiadas para hacer las pastillas más atractivas a los ojos de los jóvenes.

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

é x t a s i s

Aunque son varias las sustancias englobadas en el término drogas de síntesis, vamos a referirnos a la más usual, la conocida como *éxtasis* o MDMA. Junto con otras sustancias de la misma familia química (*Eva*, *píldora del amor*, etc.), el *éxtasis* contribuyó a popularizar la química psicoactiva, abriendo un camino por el que después se colaron otras sustancias: ketamina, GHB, etc., las cuales, a pesar del tratamiento mediático recibido, no parecen estar teniendo especial arraigo en España.



El *éxtasis* fue investigado en la década de los cincuenta por el ejército norteamericano a la búsqueda de un fármaco que forzara a los prisioneros a declarar. Posteriormente, en plena ebullición de los movimientos contraculturales y psicodélicos, fue objeto de experimentación por algunos psicólogos y psiquiatras norteamericanos que pensaban que esta sustancia tenía capacidad para levantar algunas de las represiones de sus pacientes.

La década de los ochenta conoce un cierto auge de ésta y otras sustancias de síntesis. Los clubes de música *house* de Estados Unidos (Detroit, Chicago, etc.), Australia y Europa (Reino Unido, Holanda y Alemania en un primer momento, para extenderse después a prácticamente toda la Unión Europea) son el escenario desde mediados de los ochenta del consumo de estas drogas.

Con la entrada en el siglo XXI, su penetración parece haberse frenado e incluso se ve un retroceso en algunos lugares. En España, por ejemplo, la encuesta escolar de 2002 muestra un descenso del consumo entre los jóvenes de 14 a 18 años. Este hecho puede estar relacionado con el impacto que han tenido en la opinión pública las muertes vinculadas al *éxtasis* habidas en España.

COMBINACIÓN DE DROGAS

Cada droga tiene su mitología. En el caso de las drogas de síntesis, durante años se divulgó la idea de que sus consumidores se abstendrían del consumo de otras drogas, limitándose a acompañar sus pastillas con cantidades generosas de agua. Esa conducta pudo ser cierta en los primeros momentos de uso elitista, pero cesó a medida que el consumo de pastillas se popularizó. Investigaciones españolas y europeas muestran cómo los consumidores de estas drogas las combinan con diversas sustancias: alcohol, tabaco, hachís y, en no pocas ocasiones, cocaína.

EFFECTOS

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

Efectos psicológicos. Cuando comenzó a derivarse al mercado negro, se planteó comercializarla con el nombre de *empathy*, finalmente desechado. Esa denominación refleja cuáles son sus principales efectos:

- Empatía
- Sociabilidad
- Euforia
- Incremento de la autoestima
- Desinhibición
- Deseo sexual aumentado
- Locuacidad
- Inquietud
- Confusión
- Agobio



drogas de síntesis - drogas de síntesis

Efectos fisiológicos. Los efectos más frecuentes de estas drogas son:

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



RIESGOS

Casi todas las drogas son presentadas en el momento de su comercialización como compuestos completamente inofensivos. Ha sido el caso del tabaco, cuyo impacto sobre la salud pública sólo recientemente se reconoce como evidencia; fue también el caso de las anfetaminas, usadas en otros tiempos por estudiantes o camioneros, y es también el caso del *éxtasis*, defendido por sus promotores como sustancia sin ningún tipo de riesgo. Sin embargo, la investigación aún incipiente ha permitido perfilar algunos riesgos:

Riesgos psicológicos. Los más severos son:

- Crisis de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Alteraciones psicóticas

Riesgos orgánicos. Se asocian al contexto en que se suele consumir el éxtasis, ambientes caldeados en los que se baila intensamente:

- Aumento severo de la temperatura corporal (hipertermia maligna)
- Arritmia
- Convulsiones
- Insuficiencia renal



- Rabdomiólisis
- Coagulopatía
- Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales
- Insuficiencia hepática



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

El consumo de éxtasis ya se ha cobrado vidas en España. A lo largo de una década, se ha detectado la presencia de esta sustancia en, al menos, 140 fallecidos, 38 de los cuales no habían combinado esta droga con ninguna otra.

ALGUNOS DATOS

El 4,2% de los españoles de 15 a 64 años declara haber probado pastillas al menos una vez, según las conclusiones de una encuesta del Plan Nacional sobre Drogas realizada en 2001.

Consumo de éxtasis. España, 2001. Población entre 15 y 64 años.

	15-65 años	15-29 años
Alguna vez	4,2%	8,4%
Último año	1,9%	4,5%
Último mes	0,8%	1,8%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

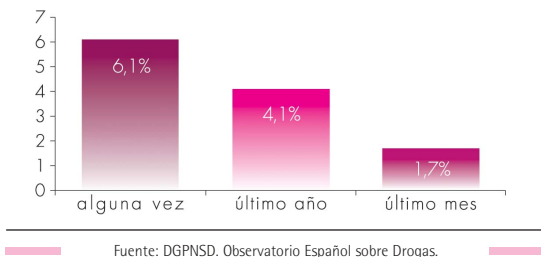
Las drogas de síntesis han consolidado su presencia en determinados lugares de diversión de los jóvenes españoles las noches de los fines de semana. Tras un primer momento de *lanzamiento* y consiguiente auge, el consumo de estas sustancias se fue estabilizando durante los años noventa. En los últimos años, sin embargo, ha descendido el consumo.



drogas de síntesis - drogas de síntesis

De hecho, si nos centramos en los estudiantes españoles de 14 a 18 años, los datos muestran que el consumo habitual de éxtasis cayó del 2,5% al 1,7% entre 2000 y 2002.

Consumo de éxtasis. España, 2002. Estudiantes de 14 a 18 años.



Como media, este colectivo de estudiantes comienza a experimentar con éxtasis a los 15,4 años.

A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre el éxtasis: sólo tienes que responder si las afirmaciones son verdaderas o falsas.

- 1 Cuando pasan sus efectos puede producir cansancio y depresión. V F
- 2 El agua potencia sus efectos. V F
- 3 Es adecuado beber 3/4 de litro de agua por hora si se está bailando y sudando. V F
- 4 Las pastillas iguales en la forma tienen la misma composición. V F
- 5 Tomado con alcohol aumenta la deshidratación. V F

Corrección: Verdadero: 1,3,5; Falso: 2,4



Si quieres saber más sobre drogas de síntesis, visita la página web www.sindrogas.es



anfetaminas

Estos psicoestimulantes producidos sintéticamente en laboratorios químicos a finales del siglo XIX tuvieron distintos usos, entre los que cabe destacar su profusa utilización en los conflictos bélicos europeos para vencer el cansancio de los soldados y mejorar su rendimiento en las batallas. Se dice que los *kamikazes* del ejército japonés ingerían dosis elevadas de anfetaminas antes de estrellar sus aviones contra objetivos militares.

Su uso médico ha sido variado. Hoy, las anfetaminas están indicadas para el tratamiento de diversos trastornos, entre los que cabe citar:

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

Aunque pueden presentarse de otro modo, su consumo habitual se produce en forma de pastillas o comprimidos. A menudo se añaden a la composición de las drogas de síntesis, como el éxtasis.

Hasta que en 1983 se reguló su venta en farmacias, el consumo de anfetaminas fue muy importante en nuestro país, particularmente entre los estudiantes que intentaban aguantar sin dormir las noches de estudio, camioneros que hacían largas travesías, personas que deseaban adelgazar y amas de casa a quienes sobrecargaban las tareas del hogar.

anfetaminas - anfetaminas - anfetaminas



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

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

EFFECTOS

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

Efectos psicológicos. Entre los más frecuentes se encuentran:

- Agitación
- Euforia
- Incremento de autoestima
- Sentimientos de grandiosidad
- Verborrea
- Alerta y vigilancia constantes
- Agresividad

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

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



RIESGOS

Riesgos psicológicos. Su consumo crónico puede dar lugar a:

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

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

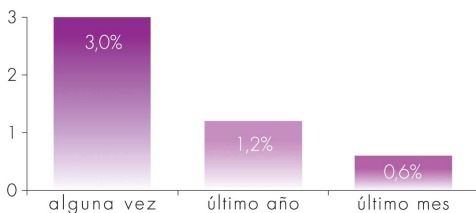
- Hipertensión
- Arritmia
- Colapso circulatorio
- Trastornos digestivos

ALGUNOS DATOS

Las anfetaminas y el *speed* han sido consumidas en alguna ocasión por el 3,0% de la población española, siendo su consumo regular (último mes) del 0,6%, según una encuesta del Plan Nacional sobre Drogas realizada en 2001.



Consumo de anfetaminas/speed. España, 2001.
Población de 15 a 64 años.

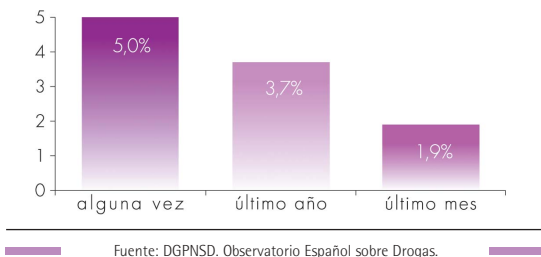


Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

anfetaminas - anfetaminas - anfetaminas

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

Consumo de anfetaminas/speed. España, 2002.
Estudiantes de 14 a 18 años.



Este colectivo de estudiantes se inicia en el consumo de anfetaminas a los 15,6 años, como media.

A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre las anfetaminas: sólo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- 1 Se puede estar de fiesta y bailar mucho tiempo. V F
- 2 Los efectos pueden durar un máximo de media hora. V F
- 3 No se puede dormir aún estando cansado. V F
- 4 Quitan el apetito y reducen las ganas de comer. V F
- 5 Ayudan a retener la información. V F

Corrección: Verdadero: 1,3,4; Falso: 2,5



Si quieres saber más sobre anfetaminas, visita la página web www.sindrogas.es



i n h a l a b l e s

En general, el consumo de inhalables (disolventes, pegamentos y propelentes) suele reducirse a grupos de población en situación de marginalidad, siendo el tipo de consumidor, generalmente, un niño/adolescente de entre 8 y 14 años.

Los inhalables son sustancias que desprenden vapores a temperatura ambiente. La lista de sustancias puede llegar a ser ilimitada, existiendo ejemplos de inhalación de cualquier sustancia susceptible de serlo. Esto añade problemas de toxicidad y de identificación y control de la sustancia.

El componente fundamental de pegamentos y disolventes es el tolueno. Los propelentes más habituales de sprays y aerosoles son los hidrocarburos alogenados. Otras sustancias inhalables, pero que no son solventes, son el óxido nitroso y los nitritos.

De este modo, los productos más frecuentes consumidos incluyen, entre otros: pegamentos y colas, sprays y pinturas, y carburantes.

Normalmente se suelen utilizar estas sustancias en grupos de adolescentes del mismo sexo y suele cesar dicho consumo cuando aumenta la edad y se abandona el grupo. El producto suele meterse en una bolsa ajustando el orificio a la boca y nariz para aspirar los vapores desprendidos.



RIESGOS

El consumo de estas sustancias tiene unas importantes y graves consecuencias para la salud, dada la alta toxicidad de sus componentes químicos.



La intoxicación aguda es similar a la embriaguez alcohólica, habiendo una primera fase de estimulación con euforia, sociabilidad, alucinaciones y trastornos de conducta que se acompañan de lacrimo, rinorrea e irritación de las vías respiratorias.

El policonsumo con alcohol u otras drogas es muy peligroso, pudiendo provocar una grave depresión con confusión, alteraciones en la visión, pérdida de autocontrol e incluso alteraciones del estado de conciencia, convulsiones, estupor y coma.

Desgraciadamente, puede producirse la muerte por causas cardíacas, por asfixia o por accidentes producidos bajo los efectos de la droga.

Estas sustancias tienen también consecuencias crónicas, entre las cuales cabe destacar el deterioro facial y perioral, secuelas neurológicas y psiquiátricas, alteraciones en la vista, etc.



Si quieres saber más sobre inhalables, visita la página web www.sindrogas.es



alucinógenos

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

Los alucinógenos se han utilizado en distintas civilizaciones: La modificación de la conciencia que provocan era considerada una vía efectiva para entrar en contacto con la divinidad, y de ahí su relevancia en rituales de corte sagrado.

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

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



alucinógenos - alucinógenos - alucinógenos

Abandonadas estas creencias, que aún se mantienen en determinados colectivos vagamente marginales, los alucinógenos, como la mayoría de las drogas, han pasado a ser recreativas y consumidas sobre todo las noches de los fines de semana.

El alucinógeno más utilizado en Europa es la dietilamida del ácido lisérgico, LSD (conocido en el argot de la calle como *ácido* o *tripi* -del inglés *trip*, viaje-). En los años 60, algunos gurús de la contracultura norteamericana hicieron un importante consumo y promoción de la LSD.

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

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

EFFECTOS

Una de las características principales de la LSD es su potente efecto a dosis mínimas. A la media hora de su consumo, empiezan a manifestarse sus efectos, que duran alrededor de 8 horas.

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

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



alucinógenos - alucinógenos - alucinógenos

- Verborrea
- Hiperactividad
- Experiencia mística

Efectos fisiológicos. Tras su consumo, el usuario experimenta los siguientes efectos:

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



RIESGOS

Riesgos psicológicos. Las consecuencias más severas del consumo de LSD pueden ser:

- Reacciones de pánico (*mal viaje*)
- Intento de suicidio
- Reacciones psicóticas
- Repariciones de alucinaciones sin que se haya consumido la sustancia (*flash-back*)



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

ALGUNOS DATOS

Los alucinógenos son drogas de consumo muy minoritario, según datos del Plan Nacional sobre Drogas de 2001.

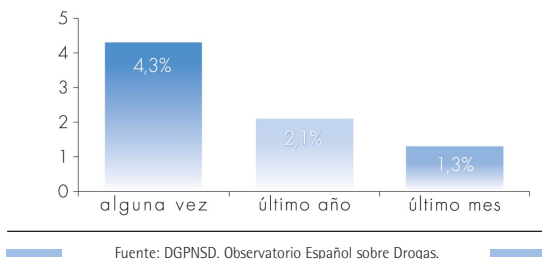
Consumo de alucinógenos. España, 2001.			
Población de 15 a 64 años.			
	Alguna vez	Último año	Último mes
Alucinógenos	2,9%	0,7%	0,2%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

alucinógenos - alucinógenos - alucinógenos

En el caso de los estudiantes españoles de 14 a 18 años, la experimentación con alucinógenos comienza a los 15,5 años.

Consumo de alucinógenos. España, 2002.
Estudiantes de 14 a 18 años.



A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre los alucinógenos: sólo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- 1 Distorsionan la percepción visual, auditiva y táctil. V F
- 2 Es fácil controlar sus efectos y no son unas drogas muy peligrosas. V F
- 3 El viaje no se puede parar y puede durar hasta 12 horas. V F
- 4 Los efectos dependen exclusivamente de la calidad que tenga la sustancia. V F
- 5 Tomando un trozo pequeño se consume poca sustancia. V F

Corrección: Verdadero: 1,3 Falso: 2,4,5



Si quieres saber más sobre alucinógenos, visita la página web www.sindrogas.es



psicofármacos

Son fármacos depresores del sistema nervioso central con una acción sedante.

En la actualidad tienen una especial importancia las benzodiazepinas, que son el grupo de fármacos hipnótico-sedantes más utilizado. El uso de barbitúricos y de otros depresores del sistema nervioso central ha decaído notablemente.

La introducción de las benzodiazepinas se produce en la década de los 60, extendiéndose su uso para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, la epilepsia y otros trastornos (ataques de pánico, abstinencia alcohólica, distonías, etc).



EFFECTOS

Estos fármacos tienen acción sedante y, a dosis altas, todas las benzodiazepinas inducen el sueño, es decir, tienen acción hipnótica. A bajas dosis todas ellas pueden causar sedación diurna.

Las benzodiazepinas suelen clasificarse según su vida media: de larga duración, de acción intermedia, de acción corta y de acción ultracorta.

Efectos psicológicos:

- Disminución de la ansiedad
- Desinhibición
- Sedación
- Somnolencia
- Sueño



Efectos fisiológicos: Actúan sobre el sistema nervioso central provocando una sedación que va aumentando en función, fundamentalmente, de la cantidad consumida.

Se absorben por vía oral, se metabolizan en el hígado y se eliminan fundamentalmente por la orina.

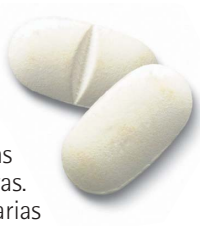
RIESGOS

Los efectos de la intoxicación aparecen poco tiempo después de haber consumido estos fármacos, produciéndose progresivamente una disminución del nivel de conciencia y pudiéndose llegar al estupor, el coma y la muerte en los casos más graves. Inicialmente se presenta torpeza en la ejecución de tareas motoras, marcha inestable, disartria, somnolencia, etc. Pueden aparecer también alteraciones de la memoria.



Las benzodiazepinas potencian los efectos de cualquier otro depresor del sistema nervioso central (por ejemplo, el alcohol). Estas sustancias pueden desarrollar dependencia. Hay factores que están relacionados con una mayor probabilidad de generar dependencia; entre ellos cabe mencionar el consumo prolongado de dosis altas, factores de personalidad, el consumo de alcohol, etc.

La sintomatología de abstinencia puede revestir diferentes grados de gravedad dependiendo, entre otros, de factores como la dosis y el tiempo que se haya estado consumiendo la sustancia. El cuadro típico más frecuente se caracteriza por insomnio, temblor, irritabilidad, inquietud, agitación y ataques de pánico. Puede haber también alteraciones cognitivas de la percepción y somáticas. En los casos más graves pueden producirse crisis convulsivas. Los síntomas pueden durar de diez días a varias semanas.



ALGUNOS DATOS

La automedicación con este tipo de fármacos está bastante extendida entre la población adulta como consecuencia, en algunos casos, de una prescripción médica inicial.

También existen grupos de drogodependientes (heroínómanos, personas que toman psicoestimulantes ...) que consumen hipnóticos sedantes de manera compulsiva.

Es importante que se realice un manejo adecuado de estos fármacos para evitar la aparición de dependencia, tolerancia y síntomas indeseables cuando se abandona el consumo. Por ello es necesario un uso clínico adecuado, con seguimiento del médico y sin olvidar la utilización de otras medidas higiénicas y no farmacológicas, como es el caso de la psicoterapia.



A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre los psicofármacos: sólo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- 1 Los hipnóticos estimulan. V F
- 2 El consumo de alcohol y sedantes es muy peligroso. V F
- 3 Las benzodiazepinas no crean dependencia. V F
- 4 Cuando se deja su consumo pueden aparecer síntomas de abstinencia. V F
- 5 Aumentan la torpeza en tareas motoras (por ejemplo, conducir). V F

Corrección: Verdadero: 2,4,5 Falso: 1,3



Si quieres saber más sobre psicofármacos, visita la página web www.sindrogas.es



h e r o í n a

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

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

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

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

heroína - heroína - heroína

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

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

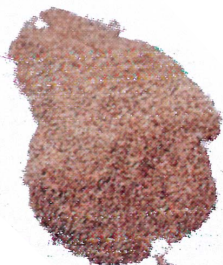
Como ocurre con casi todas las drogas, fue también la contracultura norteamericana la que contribuyó a ensalzar sus efectos, y el estilo de vida característico del *yonqui*, término actualmente despectivo que dio título en 1959 a la novela del escritor *beat* William Burroughs.

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

El cultivo actual del opio a partir del cual se elabora la heroína que llega a España y al resto de Europa procede del llamado Triángulo de Oro, formado por Laos, Tailandia y Birmania. También Afganistán, Pakistán, Irán y Turquía son países productores.

EFFECTOS

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



heroína - heroína - heroína

Efectos psicológicos:

- Euforia
- Sensación de bienestar
- Placer (como un orgasmo, en descripción de consumidores)



Efectos fisiológicos:

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

RIESGOS

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

Riesgos psicológicos:

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

Riesgos orgánicos:

- Adelgazamiento
- Estreñimiento
- Caries
- Anemia
- Insomnio



heroína - heroína - heroína

- Inhibición del deseo sexual
- Pérdida de la menstruación
- Infecciones diversas (hepatitis, endocarditis, etc.) asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias en que tiene lugar el consumo y al estilo de vida del consumidor

El consumo habitual de heroína genera tolerancia con rapidez, por lo que el consumidor necesita ir aumentando la dosis para experimentar los mismos efectos. Ello explica el riesgo de sobredosis tras un período de abstinencia.

La heroína genera una elevada dependencia, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia (el *mono*) si se suspende el consumo o se administran dosis inferiores a aquellas a las que el organismo se ha habituado. El síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas como: lacrimo, sudoración, rinorrea, insomnio, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre, dolores musculares..., acompañados de una fuerte ansiedad.

ALGUNOS DATOS

El consumo de heroína es en la actualidad absolutamente minoritario y desde mediados de la década de los noventa experimenta una clara tendencia descendente. Este proceso está confirmado por en el envejecimiento progresivo de la población heroínómana que contacta con el sistema sanitario.

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

■ Evolución del consumo de heroína. España, 1995-2001. ■
Población de 15 a 64 años.

	1995	1997	1999	2001
Alguna vez	1%	0,5%	0,4%	0,6%
Último año	0,5%	0,22%	0,1%	0,1%
Último mes	0,3%	1,17%	0,04%	0,1%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

heroína - heroína - heroína

A pesar de su bajo consumo actual, continúa siendo la droga que más trabajo da a los recursos de asistencia a drogodependientes, por tratarse de un colectivo de usuarios crónicos con variadas patologías y carencias sociales. En el año 2001, el 68,3% de las personas admitidas a tratamiento lo fueron por su dependencia a la heroína.



Con respecto a los años anteriores, se observa una disminución importante de las urgencias donde se menciona la heroína: 61,4% en 1996; 40,5% en 2000, y 33,5% en 2001.

A continuación te proponemos un breve test para que tú mismo evalúes tus conocimientos sobre la heroína: sólo tienes que responder si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- 1 La heroína fumada produce menos dependencia que inyectada. V F
- 2 Es un analgésico muy potente. V F
- 3 Produce sentimientos de ansiedad y nerviosismo cuando se pasan sus efectos. V F
- 4 Puede utilizarse junto a tranquilizantes, metadona y/o alcohol sin problemas especiales. V F
- 5 Aumenta los deseos sexuales. V F

Corrección: Verdadero: 2,3 Falso: 1,4,5



Si quieres saber más sobre heroína, visita la página web www.sindrogas.es

¿CUÁNTO SABES?



otras sustancias

El éxtasis (MDMA) es la droga de síntesis más extendida en España. No obstante, hay otras que han aparecido de manera muy tímida en el mercado ilegal del país.

GHB

El GHB es una sustancia depresora del sistema nervioso central que ha sido empleada médicamente pero que en los últimos tiempos se ha introducido en el mercado ilícito del consumo de drogas, donde circula en pequeños botes transparentes. En el argot se le suele denominar éxtasis líquido. Aunque suele creerse que tiene unos efectos parecidos al MDMA, es fundamentalmente una droga depresora. No obstante, puede tener algún efecto psicodisléptico y estimulante.

Esta droga líquida se absorbe por vía oral, aunque se podría emplear por vía venosa (lo que eleva aún más el riesgo de sufrir problemas). Comienza su acción aproximadamente a los quince minutos de la administración. El efecto suele persistir entre 20 y 40 minutos.

El consumidor suele encontrarse sedado, con ligera euforia, aunque lo que busca es el aumento de la sociabilidad y el deseo de comunicación. No obstante, lo que puede aparecer paradójicamente es somnolencia, obnubilación, cefalea, confusión, etc. El GHB puede llegar a producir depresión respiratoria, así como delirio y alucinaciones.



otras sustancias - otras sustancias

En cuanto a los efectos más graves hay que tener en cuenta que no existe un antídoto, por lo que el tratamiento tendrá que ser sintomático, controlando las constantes y adecuando el tratamiento médico a los síntomas que el consumidor vaya presentando. El síndrome de abstinencia suele caracterizarse por un cuadro confusional, con temblores, insomnio y taquicardia. En los casos más graves puede haber delirios, agitación, ansiedad e incluso alucinaciones.

POLVO DE ÁNGEL

La *fenciclidina*, polvo de ángel o PCP, se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso.

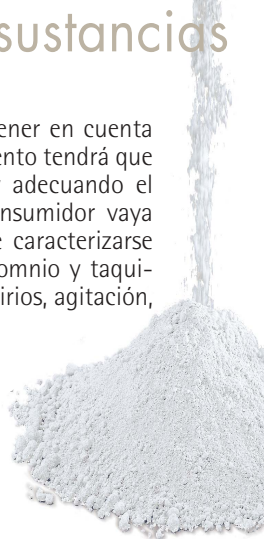
A mediados de los años 60, se dejó de utilizar debido a que producía en los pacientes intervenidos agitación, estados de delirio y conductas irracionales.

Se trata de un polvo blanco, cristalino, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un sabor amargo distintivo y se puede mezclar con facilidad con colorantes.

Se presenta en forma de diversas clases de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Por lo general, se usa inhalada, fumada o ingerida.

Los efectos del PCP en el cerebro bloquean la habilidad del usuario para concentrarse, pensar de forma lógica y articular. Ocurren cambios dramáticos en la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo. Algunos usuarios experimentan una euforia de leve a intensa, mientras que otros se sienten amenazados por el miedo, la ansiedad o el pánico.

Las personas que usan PCP de forma crónica tienen pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, depresión y pérdida de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usar PCP. También pueden aparecer trastornos emocionales.



otras sustancias - otras sustancias

El PCP interacciona con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas, pudiendo incluso poner en peligro la vida.



KETAMINA

La ketamina es un anestésico disociativo y actúa creando en el consumidor la sensación de estar fuera de sí mismo.

Sintetizada en 1962, se utiliza desde los años 70 en medicina y veterinaria para producir anestesia. Su presentación farmacéutica es un líquido inyectable. En la calle se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas. Esta droga puede estar mezclada con cualquier cosa (efedrina, cafeína...).

Los efectos dependen de la composición, el contexto en que se consume, las características corporales de la persona y de la dosis, aunque se han constatado sobredosis aún con bajos consumos.

A dosis bajas los efectos se parecen a una borrachera por alcohol o sedantes, con pérdida de coordinación y dificultades para hablar y pensar, visión borrosa, etc.

Ya a dosis altas puede producirse un *viaje* psicodélico muy fuerte, pudiendo aparecer delirios y pseudoalucinaciones, perdiéndose la noción de quién se es y de dónde y con quién se está, con pérdidas de la noción del tiempo y del reconocimiento de lo que pasa alrededor. Algunas personas se ven fuera de su cuerpo o piensan que han muerto o se van a morir.



Es, por tanto, una sustancia muy peligrosa. Puede provocar depresión respiratoria, paro cardíaco, trastornos de ansiedad, paranoias y su consumo

otras sustancias - otras sustancias

de forma continuada, problemas de memoria, concentración y deterioro de otras habilidades.

La Ketamina provoca una dependencia psicológica muy alta y una rápida tolerancia.

Como en otras sustancias, la mezcla con alcohol u otras drogas aumenta las posibilidades de perder el conocimiento, de sufrir una depresión respiratoria y un paro cardíaco. Mezclar ketamina con psicoestimulantes y/o alucinógenos puede provocar una reacción impredecible y muy peligrosa.

POPPERS

Los poppers son unas drogas recreativas compuestas por nitrito de amilo en la mayor parte de los casos, pero también por otros nitritos, como nitrito de butilo o nitrito de isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se administran inhalados y que se presentan en botes de cristal. El nitrito de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria y nunca ha de ser ingerida porque puede ser mortal.



Esta droga produce estimulación y vasodilatación, efectos que se perciben muy rápidamente. A los pocos segundos de la inhalación se produce una fuerte sensación de euforia, de ligereza, deseo sexual, etc. Los efectos desaparecen enseguida, produciéndose de forma posterior depresión y agotamiento.

Los efectos adversos que se producen con esta sustancia son: enrojecimiento de la cara y cuello, cefalea, náuseas y vómitos, taquicardia e hipotensión ortostática. El popper crea tolerancia y una considerable dependencia física, lo que unido a la breve duración de sus efectos buscados, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis.



Si quieres saber más sobre otras sustancias de abuso, visita la página web www.sindrogas.es



POR QUÉ SE CONSUMEN Y QUÉ SE PUEDE HACER

4

No existe una causa concreta que explique por qué una persona comienza a consumir drogas. Parece más adecuado hablar de la existencia de diversas condiciones que se combinan y favorecen este proceso. Los factores de riesgo que facilitan el consumo son los siguientes:

FACTORES DE RIESGO

- **Curiosidad por experimentar:** una característica natural y deseable de la adolescencia que es preciso educar para que se convierta en una fuente de maduración e impedir que se concentre en situaciones de riesgo.
- **Presión del grupo de iguales:** las amistades ejercen una presión que facilita la adopción de determinadas señas de identidad (forma de vestir, música, etc.), pero que también puede llevar al inicio en el consumo de drogas.
- **Búsqueda de placer:** el consumo de drogas ha estado siempre vinculado al deseo de desconectar de las exigencias más agobiantes de la realidad, en un intento de disfrutar al máximo del tiempo de ocio. Si en la infancia y la adolescencia no se aprenden otras formas de diversión, las drogas pueden ocupar un lugar estelar.
- **Control familiar inconsistente.** Cuando las normas familiares son excesivamente rígidas, relajadas o variables, a los niños y adolescentes se les hace difícil la interiorización de unas pautas de comportamiento claras, por lo que su socialización fuera de la familia se verá afectada.

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

TAMBIÉN EXISTEN FACTORES DE PROTECCIÓN

Se ha identificado un número amplio de factores que disminuyen la probabilidad de que una persona se adentre en consumos de drogas. Algunos de ellos tienen que ver con cambios culturales y legislativos de nuestra sociedad (eliminar la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, aumentar el precio, cumplir rigurosamente las leyes que prohíben su venta a menores, generalizar la prevención en la escuela, etc.). Otros factores de protección tienen que ver con características del propio sujeto, que a lo largo de su vida se ve en la tesitura de tomar la decisión de consumir o no drogas.

Algunos de estos factores son los siguientes:

- **Canalizar positivamente la curiosidad** del adolescente hacia actividades constructivas.
- Compartir con los adolescentes una **información adecuada** y veraz sobre las drogas y los riesgos asociados a su consumo, a fin de favorecer una toma de decisiones libre ante la previsible oferta de drogas de la que tarde o temprano serán objeto.
- **Educar a niños y adolescentes en valores y actitudes** de aprecio, respeto y responsabilidad para con la salud propia y la de la comunidad.
- **Estimular la autoestima de niños y adolescentes**, con objeto de reducir el riesgo de que se interesen por las drogas para apuntalar un amor propio frágil.
- **Desarrollar habilidades sociales** que les ayuden a comportarse con una aceptable autonomía en la relación con sus

amigos, a neutralizar positivamente las presiones de sus compañeros hacia el consumo de drogas y, en su caso, a cambiar de ambiente.

- **Promover una vivencia rica y diversa del tiempo libre** que ayude al adolescente a encontrar satisfacciones que no pongan en peligro su desarrollo. Ayudarle a construir modos positivos de disfrutar el ocio a partir de las posibilidades del lugar donde vive.
- **Favorecer un ejercicio razonable de la autoridad paterna** que permita a los niños y adolescentes interiorizar unas normas aceptables de convivencia, y les ayude a tomar decisiones responsables aún cuando actúen movidos por la curiosidad y el placer.
- **Reducir la presencia de las drogas** en los lugares por los que se mueven los adolescentes.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PADRES?

Las presiones al consumo de drogas crecen y parece cada vez más normal tomarlas, pero no lo es ni debe serlo. Los padres pueden hacer mucho para prevenir esta conducta.

La familia es el principal entorno protector frente al consumo de drogas, aunque también puede convertirse en un entorno de riesgo en condiciones adversas.

Hay una gran cantidad de elementos preventivos que pueden ser potenciados por los padres y que se convierten en los



más importantes factores de protección para sus hijos. Veamos algunos de ellos:

- **Los valores:** En la familia se aprenden los principales valores del ser humano, aunque la escuela y el entorno también influyen. Si usted es padre o madre, no delegue en otros esta importante función. Dedique tiempo a sus hijos, transmítale los valores que para usted son importantes, y muestre coherencia entre lo que usted dice y lo que hace. Los niños, especialmente durante la adolescencia, son muy sensibles a las contradicciones en el decir y el hacer de los padres.
- **La comunicación:** hable con su hijo, manténgase al tanto de lo que hace, de sus gustos e inquietudes. Dedique un tiempo al día a hablar con él. Sólo con una buena comunicación con los hijos, en un clima de afecto, logrará usted crear vínculos fuertes que protejan a su hijo de influencias externas negativas.
- **La supervisión parental:** saber lo que sus hijos hacen, con quién, dónde están, etc., es uno de los más importantes factores de protección. ¿Sabía usted que el consumo adolescente de drogas tiene una gran relación con los horarios de vuelta a casa por la noche? Se ha demostrado que las posibilidades de que un adolescente se emborrache se multiplican si el regreso a casa se retrasa más allá de las doce de la noche. En concreto, los jóvenes de entre 14 y 18 años que salen durante las noches del fin de semana y llegan a casa después de medianoche multiplican por 2,5 veces la posibilidad de emborracharse en relación con los adolescentes que llegan antes de esa hora.
- **El estilo educativo** tiene una fuerte influencia en la apari-



ción de problemas de conducta en los hijos. Se habla de tres patrones educativos:

- El autoritario, que impone normas pero no enseña, no educa.
 - El estilo *laissez-faire*: ni impone ni educa, deja a los hijos máxima libertad en sus decisiones.
 - El estilo positivo: establece normas y límites con el objetivo de que sean asimilados e interiorizados, es decir, que sean verdaderamente educativos. Estas normas y límites se adecuan a la edad y a la capacidad de tomar decisiones de cada hijo, tanto en su contenido como en la manera de imponerlas. Este estilo fomenta la autonomía. Para ejercerlo se necesita dedicar tiempo a estar, compartir y comunicarse con los hijos. Pero, ¡ojo!: comunicarse con los hijos no significa negociar todo con ellos. Habrá cosas que usted considerará no negociables.
- Fomente **hábitos de vida saludables**, estimule a sus hijos para que realicen actividades positivas que les gratifiquen y que les sirvan para ocupar su tiempo libre en el futuro.
 - Ayúdele a **crearse una imagen positiva de sí mismo**. Fijese en sus virtudes y dígaselas; esto le ayudará a quererse, cuidarse, sentirse seguro de sí y ser menos vulnerable a las influencias externas negativas.





CÓMO ACTUAR SI SURGEN PROBLEMAS

5

CUANDO UNO MISMO TIENE PROBLEMAS

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

Algunos datos nos pueden poner sobre la pista de una posible pérdida de control respecto a las drogas:

- Por ejemplo, cuando los dos o tres cigarrillos con los que uno decía que tenía suficiente van poco a poco camino de la docena o aún más.
- O cuando alguien desea dejar el tabaco y, tras comprobar que le cuesta más de lo que imaginaba, empieza a elaborar todo tipo de cuentos para justificar un consumo del que empieza a desconfiar.
- O cuando todas las salidas con los amigos acaban siempre en borrachera.
- O cuando son cada vez más frecuentes las mañanas de resaca en las que una capa de amnesia lo envuelve todo.
- O cuando en la vida cotidiana de una persona hay cada vez más sustancias ocupando un lugar.
- O cuando, a pesar de estar embarazada, una mujer se siente incapaz de renunciar a sustancias probablemente tóxicas para el feto.



- O cuando se empieza a tener la sensación de que uno se maneja peor en sus tareas cotidianas (estudios, trabajo, etc.), y de vez en cuando cruza por la mente la idea, rápidamente descartada, de si esto no tendrá algo que ver con el consumo de drogas.

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

Cuando surge la duda, hablar con un profesional puede ser una buena medida. En España existe una vasta red de alrededor de 500 centros asistenciales donde profesionales de las drogodependencias (psicólogos, psiquiatras, otros médicos, trabajadores sociales, etc.) trabajan para ayudar a las personas interesadas en revertir un consumo de drogas que empieza a amenazar su capacidad de control, o que se sitúa de lleno en el plano de la dependencia.

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

CUANDO LOS DEMÁS TIENEN PROBLEMAS

A veces, es más fácil reconocer situaciones de riesgo en los demás y detectar una creciente importancia del consumo de drogas en el estilo de vida de amigos o familiares. En estos casos, hablar con calma de la situación con un experto resultará sin duda beneficioso.

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

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



Alcohol

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

Alucinógenos



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

Anfetaminas y cocaína

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



Éxtasis

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



QUÉ DICE LA LEY

Consumo de drogas ilegales. La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, sanciona, principalmente con multas, el consumo en lugares públicos y la tenencia ilícita de drogas ilegales (aun cuando sea para el propio consumo), así como el abandono en dichos lugares de los instrumentos utilizados para el consumo de drogas. La misma ley, no obstante, prevé que no se ejecuten tales sanciones si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación.

Cultivo, elaboración y tráfico de drogas ilegales. El actual Código Penal castiga el cultivo, la elaboración y el tráfico ilegales de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como cualquier otra actividad que favorezca su consumo ilegal.

■ PENAS POR DELITOS DE CULTIVO, ELABORACIÓN Y TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS ■

	Drogas que causan grave daño a la salud	Otras drogas
Tipo básico	3 años a 9 años multa del tanto al triplo	1 año a 3 años multa del tanto al duplo
Tipos agravados	9 años y 1 día a 13 años y 6 meses multa del tanto al cuádruplo	3 años y 1 día a 4 años y 6 meses multa del tanto al cuádruplo
Tipos especialmente agravados	13 años, 6 meses y 1 día a 20 años y 3 meses multa del tanto al séxtuplo	4 años, 6 meses y 1 día a 6 años y 9 meses multa del tanto al séxtuplo

* La cuantía de las multas se calculará según el valor final de la droga.

* Las penas del cuadro no contemplan circunstancias modificativas de la responsabilidad penal.

Blanqueo de capitales. El Código Penal también considera delito la adquisición, conversión o transmisión de bienes -si se conoce que su origen proviene de un delito de tráfico ilegal de drogas o de tráfico de precursores-, la realización de cualquier acto de ocultación o encubrimiento del origen ilícito de dichos

bienes y la ayuda a los responsables del tráfico ilícito de drogas o de precursores a eludir las consecuencias legales de sus actos.

Precusores. El Código Penal castiga la fabricación, el transporte, la distribución y el comercio ilegales de los denominados precursores, sustancias químicas que se emplean en el cultivo, producción y fabricación de drogas.

Relevancia penal del consumo. El Código Penal también contempla varias **circunstancias eximentes de castigo** para quienes hayan cometido los delitos ya mencionados: la intoxicación plena por consumo de estas sustancias y la comisión de un delito bajo la influencia del síndrome de abstinencia. Además, la norma establece como atenuante la actuación del responsable a causa de su grave adicción a las drogas.

Por otro lado, **el nuevo Código Penal permite suspender la ejecución de las penas privativas de libertad**, cuando hayan sido impuestas por delitos cometidos a causa de la dependencia de las citadas sustancias, siempre que los penados se encuentren ya deshabitados o sometidos a tratamiento, o bien se sometan al mismo, y las citadas penas (tras la reforma legal introducida en 2003) no excedan de cinco años de duración.

Además, tras las reformas de 2003, el Código Penal introduce la **posibilidad de aplicar la libertad condicional a penados drogodependientes que hubieran cumplido únicamente la mitad de la pena impuesta**, siempre que participen en programas de tratamiento o desintoxicación. También por primera vez, aparece un tipo penal privilegiado, con una notable reducción de la pena (que puede llegar hasta dos grados) aplicable en exclusiva a drogodependientes que hubieran cometido un delito de tráfico ilícito de drogas, o de precursores, siempre que estas personas se hubieran sometido con éxito a un tratamiento de desintoxicación, y la cantidad de las drogas objeto del delito no sea importante.

Tráfico. Conducir bajo los efectos de bebidas alcohólicas o de drogas ilegales es castigado por el Código Penal con medidas que pueden ir desde una multa hasta el **ingreso en la cárcel**.



DÓNDE CONSEGUIR MÁS INFORMACIÓN

6

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

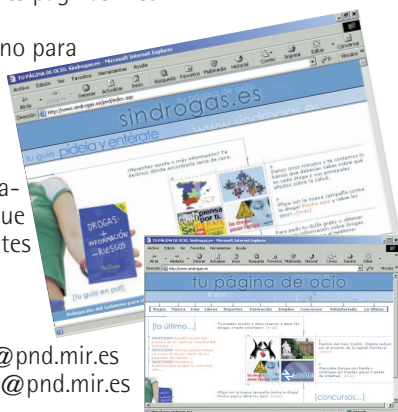
Es el organismo responsable de coordinar la política española sobre drogodependencias. Con él se puede contactar para obtener información especializada acerca del fenómeno de las drogodependencias, así como sobre los programas existentes en España en los distintos ámbitos de la vida social. Cuenta con el centro de documentación sobre drogodependencias más importante del país y con dos útiles páginas web.

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Calle Recoletos, 22
28071 Madrid

Puedes solicitar cualquier información personalizada y la ayuda que necesites a través de los siguientes teléfonos y correos electrónicos:

Teléfono: 902 16 15 15

Correos electrónicos: cendocu@pnd.mir.es
sindrogas@pnd.mir.es



Si quieres saber más sobre drogas y ponerte al día en qué actividades de ocio saludable puedes practicar con tus amigos, puedes visitar: www.sindrogas.es

Si buscas documentación más detallada sobre drogodependencias, puedes entrar en www.mir.es/pnd o llamar al teléfono 91 537 26 89 /88.

PLANES AUTONÓMICOS SOBRE DROGAS

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

Presentamos a continuación el directorio de las 17 Comunidades Autónomas y de las Ciudades de Ceuta y Melilla:

Comunidad Autónoma de **Andalucía**

Comisionado para la Droga. Cons. de AA SS
Héroes de Toledo, s/n
Edificio Junta de Andalucía
41006 Sevilla
Tfno: **900 84 50 40/ 955 04 83 26**

Comunidad Autónoma de **Aragón**

Unidad de Coordinación de Drogodependencias
D. G. de Salud Pública. Dpto. de Sanidad y Con.
P^a María Agustín, 16
50004 Zaragoza
Tfno: **976 76 58 02**

Comunidad Autónoma del **Principado de Asturias**

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
General Elorza, 32
33011 Oviedo
Tfno: **98 510 63 44**

Comunidad Autónoma de **Illes Balears**

Oficina de Coordinación de Drogas
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo
Zuloaga, 2
07005 Palma de Mallorca
Tfno: **971 47 30 38**

Comunidad Autónoma de **Canarias**

Dir. Gral de Atención a las Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Consumo
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife
Tfno: **922 47 46 69/ 928 45 22 87**

Comunidad Autónoma de **Cantabria**

Plan Regional sobre Drogas
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Hernán Cortés, 9, 2^a planta
39002 Santander
Tfno: **942 20 77 92**

Comunidad Autónoma de **Castilla-La Mancha**

D.G. Planificación y Atención Sociosanitaria-
Servicio de Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Pza. de Zocodover, 7, 1^o
45005 Toledo
Tfno: **925 26 77 63**

Comunidad Autónoma de **Castilla y León**

Comisionado Regional para la Droga
Consej. de Familia e Igualdad de Oportunidades
Paseo Filipinos, 1
47071 Valladolid
Tfno: **983 41 22 79**

Comunidad Autónoma de **Cataluña**

Órgano Técnico de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Seguridad Social
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tfno: **934 12 04 12**

Comunidad Autónoma de **Extremadura**

Plan Integral sobre Drogas
Consejería de Sanidad y Consumo
Adriano, 4, 4^a Planta
06800 Mérida
Tfno: **900 21 09 94**

Comunidad Autónoma de **Galicia**

Plan de Galicia sobre Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Edificio San Lázaro s/n
15703 Santiago de Compostela
Tfno: **981 54 18 55 /56**

Comunidad de **Madrid**

Agencia Antidroga
Consejería de Sanidad
Julían Camarillo, 4-B, 4^a planta
28021 Madrid
Tfno: **901 35 03 50-Tfno Ayto.: 91 365 92 00**

Comunidad Autónoma de la Región de **Murcia**
Secretaría Sectorial de Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Pinares,4
30071 Murcia
Tfno: **968 36 57 70**

Comunidad Foral de **Navarra**
Plan Foral de Drogodependencias
Departamento de Salud
Amaya, 2, A
31002 Pamplona
Tfno: **848 42 14 39**

Comunidad Autónoma del **País Vasco**
Dirección de Drogodependencias
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales
Avenida de Donosti, 1
01010 Vitoria
Tfno: **945 01 81 04**

Comunidad Autónoma de **La Rioja**
Comisionado Regional para la Droga
Consejería de Salud
Villamediana, 17
26071 Logroño
Tfno: **900 71 41 10**

Comunidad **Valenciana**
Dirección General de Atención a la Dependencia
Consejería de Sanidad
Pº Alameda, 16
46010 Valencia
Tfno: **963 42 86 10**

Ciudad Autónoma de **Ceuta**
Centro de Atención a Drogodependientes
Juan de Juanes, 4
51002 Ceuta
Tfno: **956 50 33 59**

Ciudad Autónoma de **Melilla**
Dirección General de Servicios Sociales
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Teniente Bragado s/n. Edificio El Carmen
52006 Melilla
Tfno: **952 69 93 01**

PLANES MUNICIPALES SOBRE DROGAS

La mayoría de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes dispone de un plan municipal sobre drogas. En su sede puede encontrarse información útil acerca de las drogas, así como de los diversos recursos y programas existentes en el municipio: asociaciones, programas de ocupación del tiempo libre, escuelas de padres y madres, etc.

ORGANIZACIONES DE INTERÉS

Unión Española de Asociaciones de Atención al Drogodependiente (UNAD)
Proyecto Hombre
Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD)

UNAD
San Bernardo, 97-99
28015 Madrid
Tfno.: **902 313 314**
e-mail: unad@unad.org
web: www.unad.org

PROYECTO HOMBRE
Avda. Osa Mayor, 19
28023 Aravaca, Madrid
Tfno.: **91 357 92 78**
asociacion@proyctohombre.es
web: www.proyctohombre.es

FAD
Avda. de Burgos 1 y 3
28036 Madrid
Tfno.: **900 161 515**
e-mail: indid1@fad.es
web: www.fad.es