

realidades



mitos
efectos
tipos

riesgos
abuso
consumo
dependencia

drogas



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO





Guía sobre drogas

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Secretaría General de Sanidad

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Con el agradecimiento de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a todos aquellos que han colaborado en la edición de esta Guía.

NIPO: 351-07-020-1

ISBN: 84-920522-3-6

Depósito Legal: M-54299-2007

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sociosanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Diseño y maquetación: Carlos Cadahía (cubierta), Mercader de Ideas para Targeting (interior)

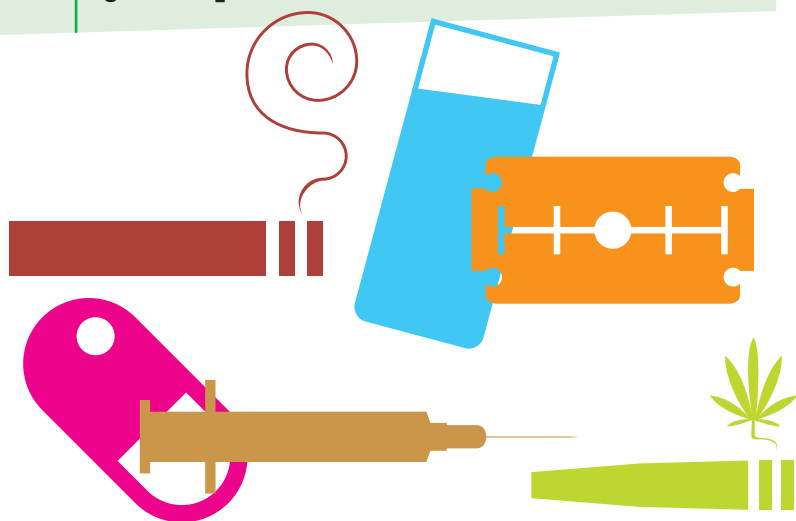
Fotografía: Elisa González y Banco de imagen **gettyimages**

Imprime: Avenida Gráfica

Tirada: 4.000.000 ejemplares

índice

- 2 **presentación**
- 4 **una guía útil sobre drogas**
- 6 **tabaco**
- 16 **alcohol**
- 28 **cannabis**
- 38 **cocaína**
- 48 **heroína**
- 56 **drogas de síntesis**
- 70 **aspectos importantes que debemos conocer**
- 78 **el ABC de las drogas**
- 84 **¿donde puedo informarme?**



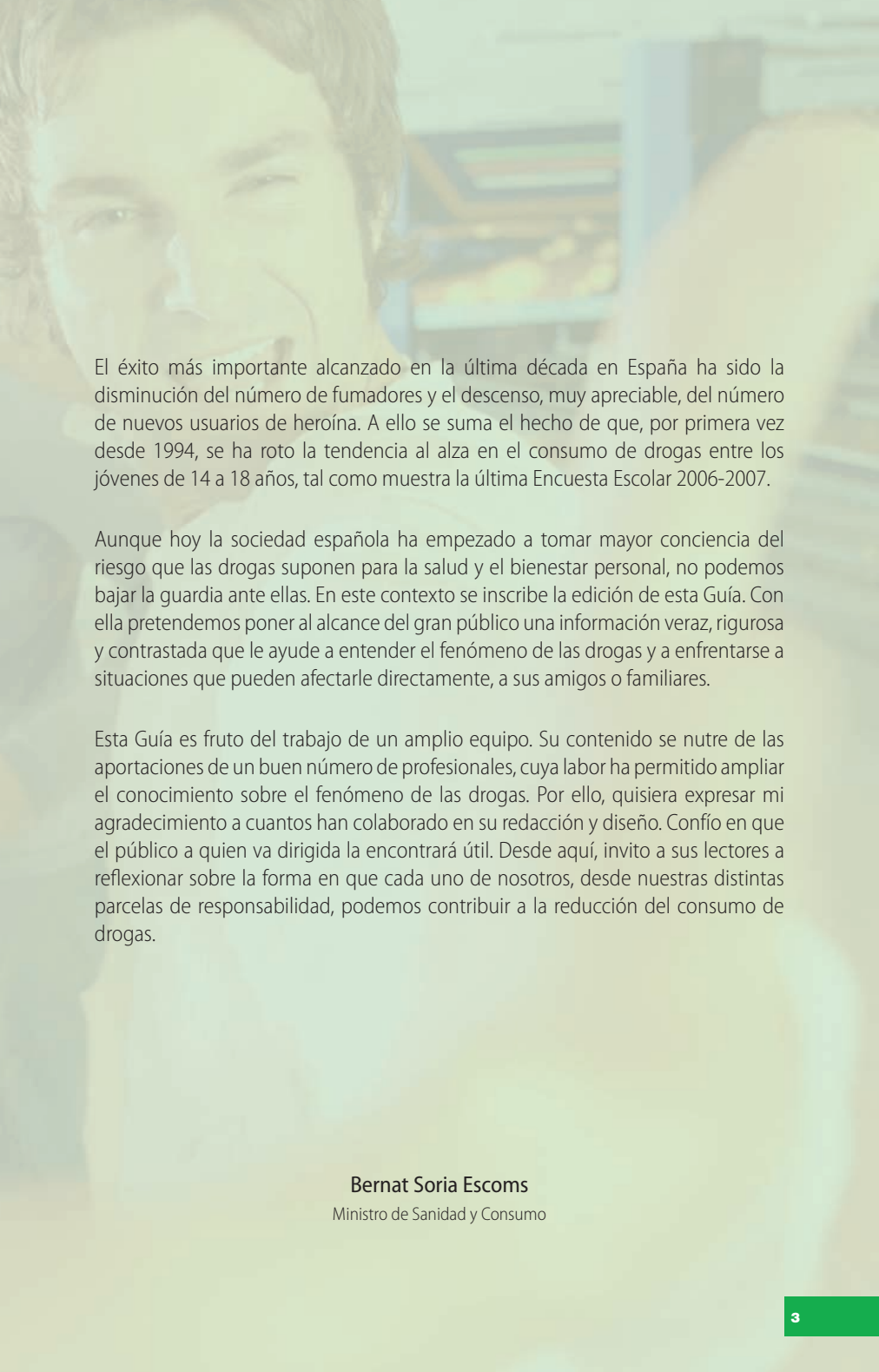
presentación

El consumo de drogas, y las consecuencias de toda índole que lleva aparejado, constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto.

Las cifras que publican tanto los organismos especializados de Naciones Unidas como los de la Unión Europea no dejan lugar a dudas. Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y, en menor medida, cocaína y drogas de síntesis.

En los últimos años, España ha redoblado sus esfuerzos en la planificación y ejecución de medidas para hacer frente a este importante fenómeno de las drogodependencias. Nuestro país cuenta con una Estrategia Nacional sobre Drogas, vigente desde el año 2000 hasta el 2008, y con un Plan de Acción que el Gobierno elaboró para el periodo 2005 - 2008, para avanzar en el cumplimiento de los objetivos finales de la Estrategia Nacional.

El Plan de Acción comprende 68 acciones concretas, centradas fundamentalmente en la prevención y la sensibilización social. También incluye medidas para mejorar la capacidad del sistema para diagnosticar y tratar precozmente el problema, así como otras para disminuir el daño en las personas consumidoras y potenciar la inserción social y laboral de los adictos en proceso de rehabilitación.

A young man with dark hair is smiling broadly, looking towards the camera. He is in a classroom or office setting, with a computer monitor and other people blurred in the background. The lighting is soft and natural.

El éxito más importante alcanzado en la última década en España ha sido la disminución del número de fumadores y el descenso, muy apreciable, del número de nuevos usuarios de heroína. A ello se suma el hecho de que, por primera vez desde 1994, se ha roto la tendencia al alza en el consumo de drogas entre los jóvenes de 14 a 18 años, tal como muestra la última Encuesta Escolar 2006-2007.

Aunque hoy la sociedad española ha empezado a tomar mayor conciencia del riesgo que las drogas suponen para la salud y el bienestar personal, no podemos bajar la guardia ante ellas. En este contexto se inscribe la edición de esta Guía. Con ella pretendemos poner al alcance del gran público una información veraz, rigurosa y contrastada que le ayude a entender el fenómeno de las drogas y a enfrentarse a situaciones que pueden afectarle directamente, a sus amigos o familiares.

Esta Guía es fruto del trabajo de un amplio equipo. Su contenido se nutre de las aportaciones de un buen número de profesionales, cuya labor ha permitido ampliar el conocimiento sobre el fenómeno de las drogas. Por ello, quisiera expresar mi agradecimiento a cuantos han colaborado en su redacción y diseño. Confío en que el público a quien va dirigida la encontrará útil. Desde aquí, invito a sus lectores a reflexionar sobre la forma en que cada uno de nosotros, desde nuestras distintas parcelas de responsabilidad, podemos contribuir a la reducción del consumo de drogas.

Bernat Soria Escoms

Ministro de Sanidad y Consumo

una guía útil SOBRE DROGAS

El fenómeno de las drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas, fundamentalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

La heroína ha sido sustituida por sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, combinadas entre sí o mezcladas con alcohol y tabaco. Este cambio de las sustancias también se ha acompañado de nuevos patrones de consumo. Estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, perfectamente integrados en la sociedad, que consumen con fines recreativos y socializantes y para quienes estos consumos son actos triviales cuyos riesgos desdeñan.

Las guías son una herramienta importante para transmitir información útil sobre los efectos y las consecuencias del uso de drogas. España, al igual que otros países de nuestro entorno europeo, como Francia, Italia, Reino Unido, y otros muchos más, ha recurrido a la edición de guías, dirigidas a la población general como instrumento para proporcionar información veraz y consistente, basada en la evidencia científica, pero con un lenguaje cercano y de fácil comprensión.

Esta guía está centrada en seis sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntesis (nombre con el que se agrupan distintos tipos de drogas) y heroína.

En ella se aporta información sobre los efectos y riesgos que produce su consumo, los aspectos epidemiológicos e, incluso, se aclaran algunos mitos muy extendidos sobre el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas.



Los datos epidemiológicos proceden de las dos grandes encuestas estatales sobre uso de drogas en España que realiza, cada dos años, la Delegación de Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas: Encuesta Domiciliaria (EDADES) dirigida a la población general de 15 a 64 años y Encuesta Escolar (ESTUDES) dirigida a estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años de edad.

Además pretende dar respuesta a preguntas como: ¿puedo detectar precozmente el consumo de drogas en mis hijos?, ¿cuáles son los signos de alarma?, ¿qué debo hacer si sospecho que mi hijo consume?... también incluye otros apartados sobre cuestiones de especial relevancia, como son los factores de protección frente al consumo de drogas y aquellos elementos que pueden suponer un mayor riesgo.

Por último, el texto dispone de un cuadro sinóptico que resume los aspectos fundamentales relacionados con las drogas que aquí se abordan, así como una relación de direcciones útiles de organismos públicos que se ocupan de la atención a las drogodependencias.

TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO

TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO TABACO

TABACO TABACO

TABACO

TABACO



tabaco

▶ ¿QUÉ ES?

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes:

- **Alquitranes:** responsables de los distintos tipos de cáncer.
- **Monóxido de carbono:** favorece las enfermedades cardiovasculares.
- **Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico):** responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- **Nicotina:** causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.



Otros componentes del tabaco: arsénico, cadmio, níquel, polonio 210, acetona y metanol, entre otras sustancias cancerígenas o tóxicas.

► ¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?

Fumar un cigarrillo significa exponerse a numerosas sustancias perjudiciales para la salud y al riesgo de desarrollar una dependencia.

El **monóxido de carbono** se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración.

La **nicotina** actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.

A diferencia de la imagen atractiva que tiene a veces, el tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables entre las que se encuentran:

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado "rostro del fumador".
- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos.

Los jóvenes que empiezan a fumar no suelen conceder importancia a los efectos que el tabaco producirá sobre su salud a largo plazo, pero existen otros efectos, más cercanos en el tiempo, que han sido demostrados en población juvenil y que pueden constatarse sin necesidad de que exista cronicidad en el consumo de tabaco.



Efectos a corto plazo en jóvenes

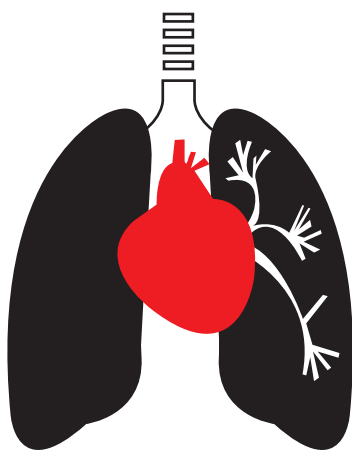
- Aumento de catarras de repetición.
- Aumento de la tos.
- Disminución del rendimiento deportivo.
- Pérdida de apetito.

▶ **¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE TABACO?**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

En España cada año mueren más de 50.000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de drogas ilegales juntos.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:



- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón.

Riesgos adicionales en las mujeres:

- La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales.
- Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado.
- Aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis.

El consumo de tabaco incrementa en un 70% el riesgo de morir prematuramente por diversas enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Este mayor riesgo es directamente proporcional al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos que se fuman a diario, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada.



El tabaquismo es la causa de...

- Más del 90% de los casos de bronquitis.
- Del 95% de los casos de cáncer de pulmón.
- Del 30% de todas las cardiopatías coronarias.
- Parte importante de los casos de cáncer de esófago, vejiga urinaria, cavidad bucal y laringe.



► FUMADORES PASIVOS

Se ha demostrado que las personas que no fuman, pero que respiran el aire contaminado por el tabaco (fumadores pasivos) también corren riesgos.

Inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y de pulmón que los fumadores. Además, si padecen problemas alérgicos, asmáticos o cardiovasculares, pueden ver agravada su sintomatología.

Estos riesgos son especialmente significativos en el caso de las mujeres embarazadas y los niños. Durante el embarazo existe un riesgo superior de aborto espontáneo, de nacimiento prematuro o de bajo peso al nacer.

En los niños, la exposición al humo del tabaco aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante y se incrementa el riesgo de infecciones respiratorias, asma, neumonía y otitis. También se ha demostrado un empeoramiento de los niños asmáticos expuestos al humo del tabaco.



Aire contaminado

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) detectó en 2002 la presencia de 69 agentes cancerígenos en el aire contaminado por humo de tabaco, por lo que respirar ese aire también puede producir cáncer.

Según el IARC, tras la combustión del tabaco, quedan suspendidas en el aire partículas cancerígenas que, por su pequeño tamaño, pueden alcanzar rincones profundos del sistema respiratorio y ser muy nocivas.

► **SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO**

- **Enfermedades previas o actuales:** Las personas que han tenido o tienen problemas respiratorios, cardiovasculares, alérgicos o enfermedades que puedan agravarse con el consumo del tabaco son especialmente vulnerables.
- **Embarazo y lactancia:** La nicotina atraviesa la barrera placentaria que protege al feto y también pasa a la leche materna.
- **Delante de menores:** No sólo se les expone al humo, sino que se les enseña un modelo erróneo de conducta para ellos.
- **Estancias pequeñas y sin buena ventilación.**
- **Adolescentes:** La edad de inicio se relaciona con la dependencia del tabaco y la dificultad para abandonarlo.

No fumar es especialmente importante en aquellos casos en los que el daño a la propia salud o a la de terceras personas aumenta.

► **¿CUÁNTO SE FUMA EN ESPAÑA?**

El consumo de tabaco en España ha experimentado un descenso progresivo en los últimos años que coincide con un aumento en la última década de la percepción del riesgo que la población tiene de su consumo.

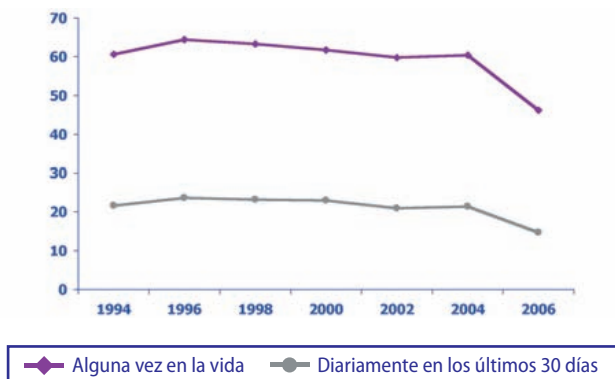
Pese a ello, en España, todavía hoy fuman a diario 3 de cada 10 personas mayores de 16 años. El porcentaje de fumadores varía con la edad, y así se registra una mayor proporción de fumadores entre los 25 y los 44 años mientras que son los mayores de 65 años los que menos fuman.

En los últimos diez años, el consumo ha descendido entre los hombres. En cambio, se ha observado un aumento entre las mujeres, especialmente entre las más jóvenes. Son cada vez más las que fuman y lo hacen de forma más intensa.



Entre los adolescentes, el tabaco adquiere también una singular importancia, puesto que es la segunda droga más consumida y la que más pronto se empieza a utilizar, con una edad media de inicio de 13 años. Los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), han mostrado un descenso muy significativo del consumo experimental, y diario en jóvenes de 14 a 18 años, aunque 1 de cada 4 adolescentes sigue consumiendo cigarrillos a diario.

**Evolución del consumo de tabaco entre estudiantes de 14 a 18 años (%).
España 1994-2006 ***



Entre los escolares, las chicas fuman más que los chicos, y muestran mayor continuidad en el consumo, mientras que éstos comienzan a fumar algo antes y mayor cantidad de cigarrillos.

Cáncer de pulmón en las mujeres

El cáncer de pulmón en mujeres está aumentando de manera muy significativa, debido al incremento del consumo de tabaco entre la población femenina. En los últimos 10 años, la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres ha aumentado un 20%, frente a un 5% en los hombres.

* Todos los gráficos del texto, salvo que se especifique otra cosa, son de elaboración propia y proceden de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo).

mitos y realidades sobre el tabaco

Mito:

Fumar un cigarrillo relaja y alivia el estrés.

Realidad:

El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante. La aparente sensación de "alivio" que se siente al fumar un cigarrillo se debe a la supresión de los síntomas de abstinencia producidos por la falta de nicotina en el cerebro.

Mito:

Los cigarrillos bajos en nicotina no hacen daño, no son cancerígenos.

Realidad:

Aunque los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán son menos nocivos, se suelen fumar en mayor cantidad para conseguir la misma concentración de nicotina en sangre, con lo cual se anulan sus ventajas y los riesgos se asemejan a los de los cigarrillos normales.

Mito:

El tabaco contamina, pero más los coches y las fábricas, así que si podemos ser víctimas de la contaminación ambiental ¿por qué preocuparnos?

Realidad:

No hay que olvidar que el tabaco está presente en una tercera parte de todos los cánceres diagnosticados, un porcentaje suficientemente importante como para tener en cuenta sus riesgos.

Mito:

Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera.

Realidad:

La dependencia del tabaco es difícil de cortar y para dejar de fumar hay que tomárselo muy en serio.

Mito:

Cuando se deja de fumar se pasa muy mal, es peor el remedio que la enfermedad.

Realidad:

Es cierto que al principio, cuando se deja el tabaco, la dependencia a la nicotina provoca malestar, pero se trata de una sensación temporal. En cambio, los beneficios son muy evidentes e importantes y aparecen a los pocos días de abandonar el consumo.

Mito:

Si se deja de fumar, se engorda siempre.

Realidad:

Este mito es utilizado con frecuencia para no dejar de fumar. Es cierto que fumar conlleva un gasto calórico por sí mismo, y tras el abandono del tabaco puede producirse aumento de peso.

La ansiedad por el síndrome de abstinencia, el "picoteo" entre horas y la mejora del gusto y del olfato al dejar de fumar contribuyen al aumento de peso. Una alimentación adecuada y ejercicio moderado pueden ser de ayuda y existen además técnicas de tipo psicológico o farmacológico que son eficaces para este problema.

Mito:

Dejar de fumar es casi imposible.

Realidad:

Dejar de fumar tiene sus dificultades, como ocurre con cualquier otra adicción, pero es posible. En la actualidad se dispone de una amplia gama de tratamientos farmacológicos y psicológicos que ayudan a dejar de fumar.



alcohol

► ¿QUÉ ES?

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- **Fermentadas:** vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- **Destiladas:** son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro.



Graduación alcohólica

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

► ¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?

El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.

Pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes:



Desinhibición

Euforia

Relajación

Aumento de la sociabilidad

Dificultad para hablar

Dificultad para asociar ideas

Descoordinación motora

y finalmente, Intoxicación aguda ¹

En los casos en que la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los 3 gramos de alcohol por litro pueden aparecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

¹ Los efectos de la intoxicación aguda pueden variar en función del peso, la edad y estado de salud.

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad consumida, pero **existen otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar:**

La edad:

Los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más "resistentes" que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora.

El peso y el sexo:

El alcohol afecta de modo más grave a las personas con menor masa corporal. En general, la mujer pesa menos y el tamaño de sus órganos internos es proporcionalmente más pequeño. Por lo tanto, menores cantidades de alcohol pueden generar más rápidamente daños psico-orgánicos y desarrollar problemas con el alcohol más fácilmente que en el varón.

La cantidad y rapidez de la ingesta:

Según la cantidad de alcohol consumida, puede considerarse como de bajo, alto riesgo o peligroso. A mayor ingesta de alcohol en menor tiempo, mayor posibilidad de intoxicación.

La combinación con bebidas carbónicas (tónica, colas, etc.) acelera la intoxicación.

La ingestión simultánea de comida, especialmente de alimentos grasos, enlentece la intoxicación pero no evita ni reduce los daños al organismo.

La combinación con otras sustancias, como los tranquilizantes, relajantes musculares y analgésicos, potencia los efectos sedantes del alcohol. Cuando se combina con cannabis se incrementan los efectos sedantes de ambas sustancias; en el caso de la cocaína, que es un estimulante, los efectos se contrarrestan, pero la toxicidad de ambas sustancias es mayor que si se consumieran por separado.

▶ **¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE ALCOHOL?**

El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia.

Los problemas derivados del abuso de alcohol pueden producirse tanto a corto como a largo plazo.

A CORTO PLAZO (efectos agudos)

El abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:

- Se puede llegar a la **intoxicación etílica**, que puede provocar un coma e incluso la muerte.
- Favorece **conductas de riesgo**, ya que el alcohol desinhibe y, además, provoca una falsa sensación de seguridad. Por ello, está relacionado con accidentes de tráfico y laborales o con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Viajar en un vehículo cuyo conductor ha bebido

Según el Observatorio Español sobre Drogas, uno de cada diez estudiantes de 14 y 18 años ha conducido vehículos bajo los efectos del alcohol, y dos de cada diez han sido pasajeros de un vehículo cuyo conductor había bebido alcohol.

Intoxicaciones étlicas en menores

Las intoxicaciones étlicas en menores durante los fines de semana han aumentado en los últimos años. Según un estudio de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, el 48,6 % de los menores de 12 a 18 años atendidos por intoxicación en urgencias hospitalarias, habían consumido alcohol y/o drogas ilegales. El 67,1% de ellos acudió entre las 20 h del viernes a las 9h del lunes. El 92,9% había consumido alcohol (un 10% de éstos consumieron además drogas ilegales) y el 7,1% restante consumió únicamente drogas ilegales.

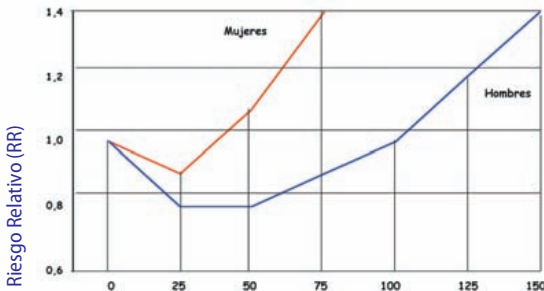
A LARGO PLAZO (efectos crónicos)

El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales. Estos efectos pueden presentarse incluso en el caso de personas que no hayan desarrollado una dependencia y, por tanto, no sean consideradas alcohólicas. Destacan los siguientes:

- Hipertensión arterial
- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías
- Encefalopatías
- Cáncer
- Alteraciones del sueño
- Agresividad
- Depresión
- Disfunciones sexuales
- Deterioro cognitivo
- Demencia
- Psicosis



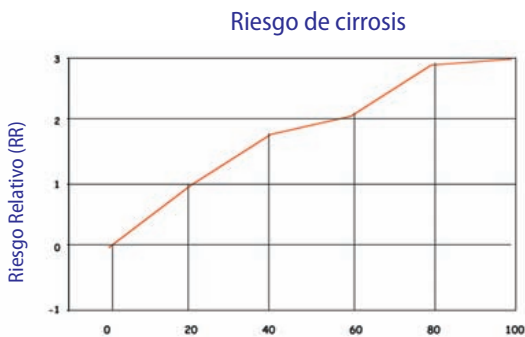
Riesgo de enfermedad coronaria por sexos



Consumo de alcohol (gramos/día)

Fuente: Rodríguez Artalejo, F. (2007)

En España el alcohol es la causa más frecuente de cirrosis hepática (50% de los casos).



alcohol (gramos/día)

Fuente: Rodríguez Artalejo, F. (2007)

Una de las consecuencias más graves del consumo excesivo de alcohol es el **alcoholismo** o **dependencia alcohólica**. Se trata de una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

El riesgo de desarrollar **alcoholismo** depende de varios factores, a destacar:

- **La vulnerabilidad individual:** los hijos de padre o madre alcohólica tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol, sobre todo si son varones. También tienen más riesgo aquellos que lo utilizan para aliviar el malestar psicológico o superar sus problemas personales.
- **La edad de inicio:** cuanto antes se empieza a beber, más riesgo existe de desarrollar dependencia en la edad adulta.
- **La cantidad que se bebe:** aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que no hay una cantidad "segura" por debajo de la cual no haya riesgos, se establecen tres categorías de bebedores en función de la cantidad ingerida y el sexo.



Para calcular la cantidad de alcohol consumida se utiliza la **Unidad de Bebida Estándar (UBE)**.

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR
Vino	1 vasito (100 c.c.)	1 UBE
Cerveza	1 caña (200 c.c.)	1 UBE
Licor	1 copa (50 c.c.)	2 UBE
Cubata	1 combinado	2 UBE

TIPO DE CONSUMIDORES SEGÚN LA OMS		
Consumo	Varón	Mujer
Bajo riesgo	Hasta 17 UBE/semana	Hasta 11 UBE/semana
Alto riesgo	Entre 17 y 28 UBE/semana	Entre 11 y 17 UBE/semana
Peligroso	Más de 28 UBE/semana	Más de 17 UBE/semana

Cuando el consumo se concentra en periodos cortos de tiempo, como por ejemplo en fin de semana, los riesgos y daños al organismo aumentan.

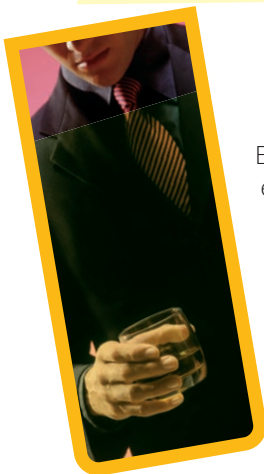
► CONSUMO “ 0 ”

Existen situaciones en las que no se debe consumir nada de alcohol

- **Menores de 18 años:** beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentra madurando, es especialmente nocivo. Cerebro, hígado y páncreas son muy vulnerables a los efectos del alcohol y durante su desarrollo pueden resultar gravemente afectados. También aumenta el riesgo de alcoholismo y/o abuso en la edad adulta.
- **Embarazo o período de lactancia en mujeres:** beber alcohol durante el embarazo supone un grave riesgo para el feto, ya que atraviesa la barrera placentaria que le protege durante su desarrollo.
- **Ingesta de determinados medicamentos o drogas psicoactivas,** por el efecto potenciador de la toxicidad.
- **Conducción de vehículos o manejo de maquinaria.**
- **Mientras se trabaja o estudia.**

Alcohol y embarazo

El Síndrome Alcohólico Fetal es en nuestro país la tercera causa de retraso mental grave y la más fácilmente evitable. Se presenta con frecuencia elevada entre los hijos de mujeres alcohólicas.



▶ ¿CUÁNTO SE BEBE EN ESPAÑA?

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la sociedad española y la que más problemas sanitarios y sociales ocasiona. Del patrón tradicional de consumo “mediterráneo” –consumo vinculado sobre todo con la comida- se ha pasado al modelo “anglosajón”, en el que se bebe mucho en un corto periodo de tiempo, como ocurre en espacios de ocio durante los fines de semana, y especialmente bebidas de alta graduación, dando lugar a verdaderos “atracones de alcohol” (5 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión).

Esta conducta, que en la literatura médica se conoce como “binge drinking”, es de alto riesgo y es la que siguen una parte de los jóvenes en nuestro país actualmente.

Los riesgos del “atracón”

Consumir alcohol “en atracón” produce intoxicaciones y puede provocar tolerancia al alcohol. Las investigaciones científicas que se están realizando sugieren que este patrón de consumo podría desencadenar alteraciones cerebrales irreversibles, sobre todo en el caso de los adolescentes.

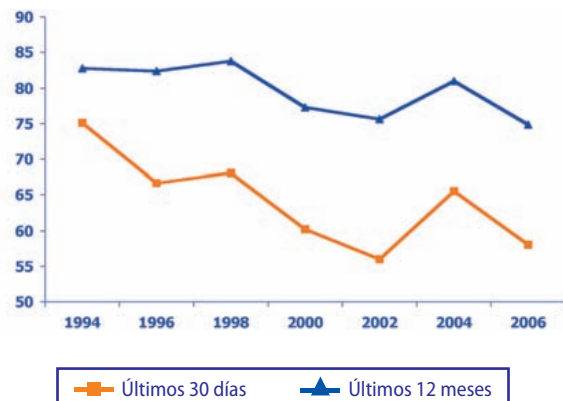
En España, según datos de la Encuesta Escolar sobre Drogas en jóvenes de 14 a 18 años en 2006, los adolescentes empiezan a consumir alcohol a los 13,7 años de promedio. El porcentaje de los estudiantes españoles de este grupo que ha probado el alcohol ha disminuido ligeramente en la última década.

Sin embargo, y pese a esta disminución, algunas pautas de consumo de riesgo han aumentado considerablemente en los últimos años. Por ejemplo, en 2006, 1 de cada 4 jóvenes de 14 a 18 años se había emborrachado durante el mes previo a la encuesta, frente a 1 de cada 5 que lo hizo en 1994.

En 2006, 1 de cada 10 jóvenes de 14 a 18 años consumió alcohol “en atracón” más de 4 o 5 días al mes.

Para este grupo de edad, el consumo se concentra en los fines de semana, y las bebidas más consumidas son los combinados/cubatas, seguidos de la cerveza y, por último, los licores fuertes, los licores de fruta y el vino/champán.

Evolución del consumo de bebidas alcohólicas entre estudiantes de 14 a 18 años (%). España, 1994-2006



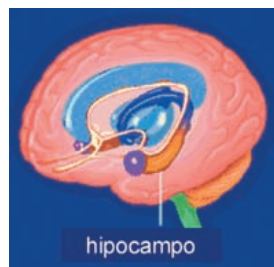
► CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES

El consumo de alcohol en la adolescencia aumenta las posibilidades de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas.

Los jóvenes rara vez presentan cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol, sin embargo las últimas investigaciones científicas han demostrado que el **consumo de alcohol en la adolescencia**, y especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar el **sistema nervioso central** a distintos niveles:

- Interfiere en el desarrollo del cerebro que atraviesa un periodo crítico de cambios durante esta etapa, limitando su futuro y su potencial individual.
- Afecta, entre otras, la zona cerebral relacionada con la memoria y el aprendizaje (hipocampo).
- En los casos en que el consumo de alcohol produce síntomas de resaca o abstinencia, se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas.

Como consecuencia, se producen alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo los efectos del alcohol.



mitos y realidades sobre el alcohol

Mito:

Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Realidad:

El daño que provoca el alcohol depende del llamado “patrón de consumo”, es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

Mito:

El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Realidad:

El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

Mito:

El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Realidad:

El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

Mito:

El alcohol es un alimento.

Realidad:

El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

Mito:

El alcohol es bueno para el corazón.

Realidad:

Diversos estudios han puesto de manifiesto que en adultos, el consumo moderado de alcohol disminuye el riesgo de padecer enfermedades de corazón, pero estos efectos beneficiosos no aparecen en todas las personas ni en todos los casos.

Mito:

El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Realidad:

Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.

Mito:

El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Realidad:

No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y "aguantar" un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

cannabis

► ¿QUÉ ES?

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado:

- **Marihuana:** obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.
- **Hachis:** elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- **Aceite de hachis:** resina de hachis disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.



Estos preparados se consumen fumados en un cigarrillo liado con tabaco, recibiendo diversas denominaciones que cambian con las generaciones de adolescentes: porro, canuto, peta, joint, etc. Con menor frecuencia se fuma en mini-pipas o se ingiere directamente.

- Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas.
- Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos aparecen entre la media hora y las dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas.

El THC, principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.

► ¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros.

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla. A dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad.

Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama "**borrachera cannábica**", con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.



Efectos tras el consumo

Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo.
Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular.
Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial.
Sequedad de boca.
Percepción distorsionada.
Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención.
Dificultades para pensar y solucionar problemas.
Dificultad de coordinación.

El sistema cannabinoide desempeña un papel fundamental en el área de la memoria y hace que, de forma natural, nos acordemos más de lo agradable que de lo desagradable, ayudando a eliminar aquellos recuerdos que produjeron un impacto negativo en nuestras emociones. Cuando se sobreactiva por el consumo de cannabis se olvida todo, y es más difícil recordar cualquier acontecimiento ocurrido. Por otro lado, el sistema cannabinoide controla la atención y la percepción.

También se encuentra implicado en la regulación de la actividad motora, lo que explica que el consumo de cannabis produzca una disminución del nivel de actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

El potencial terapéutico del cannabis ha sido revisado ampliamente en numerosas publicaciones científicas. Existe evidencia científica para su uso terapéutico en el caso de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos, la pérdida de apetito en Sida y cáncer terminal y el tratamiento del dolor neuropático en la esclerosis múltiple.



▶ **¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE CANNABIS?**

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones y apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
- Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardiaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
- Existen datos que indican que podría haber un aumento de la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia.

El impacto psicológico del consumo de cannabis tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los jóvenes. Provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria, obstaculizando, por tanto, el aprendizaje. Puede causar reacciones agudas de ansiedad y, en personas con predisposición a padecer trastornos mentales, puede provocar la aparición de estos trastornos o agravar los que ya se padecen.

Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial del consumo de cannabis asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol, lo que hace que aumente el riesgo de accidentes.

Efectos a largo plazo

Problemas de memoria y aprendizaje.

Peores resultados académicos. Abandono prematuro de los estudios.

Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).

Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.

Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.

Trastornos del ritmo cardiaco (arritmias).

Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

El cannabis actúa sobre el sistema de gratificación y recompensa cerebral de la misma forma que lo hacen otras drogas, a través del estímulo de la liberación de dopamina. Por eso, el consumo continuado de cannabis produce adicción. La adicción aparece entre el 7 y el 10 % de las personas que lo han probado y en 1 de cada 3 de los que lo consumen habitualmente.

Hay algunos síntomas que pueden hacer sospechar la existencia de un trastorno por dependencia del cannabis.

Síntomas de abuso o dependencia de cannabis

Abandono del grupo de amigos no consumidores.

Desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo.

Preocupación por disponer de cannabis.

Uso compulsivo del cannabis.

Problemas de rendimiento escolar o laboral.

Irritabilidad, agresividad, inquietud, nerviosismo, disminución del apetito y dificultades para dormir, que ceden al consumir cannabis.



Cannabis y Psicosis

El consumo de cannabis puede dar lugar a varios tipos de trastornos mentales, entre los que se incluyen los trastornos psicóticos. Su consumo aumenta más de cinco veces el riesgo de padecer psicosis a lo largo de la vida. Cuanto antes se comienza a consumir y más frecuente es el consumo, mayor es el riesgo.



► SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO

Todo consumo implica un riesgo pero éste es mayor en algunas circunstancias:

- **Adolescencia:** el cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El inicio temprano del consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro, con más dificultad para dejar de consumir, con problemas de rendimiento escolar y con el abandono prematuro de los estudios.
- **Conducción de vehículos:** el cannabis dificulta la ejecución de tareas que exigen coordinación y atención. Su combinación con alcohol aumenta el riesgo de sufrir un accidente en un 50%.
- **Embarazo y lactancia:** puede perjudicar el desarrollo del feto, aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y producir alteración en las funciones mentales del niño. Se relaciona con la aparición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **Estudio y aprendizaje:** dificulta el aprendizaje y las tareas que requieren concentración. Este efecto permanece incluso mucho tiempo después de su consumo, debido a su larga vida media en el organismo, por lo que consumir el fin de semana influirá en el rendimiento escolar de los días siguientes.
- **Enfermedades previas o actuales:** las personas que han tenido o tienen problemas psiquiátricos, respiratorios, cardiovasculares o alérgicos son especialmente vulnerables a las consecuencias negativas del consumo de cannabis.

Cannabis y rendimiento escolar

El consumo de cannabis durante la adolescencia se asocia con dificultades escolares, peores notas, menor satisfacción escolar, actitudes más negativas hacia la escuela, aumento del absentismo, abandono de los estudios y fracaso en la formación profesional y en los estudios universitarios.

► ¿CUÁNTO SE CONSUME EN ESPAÑA?

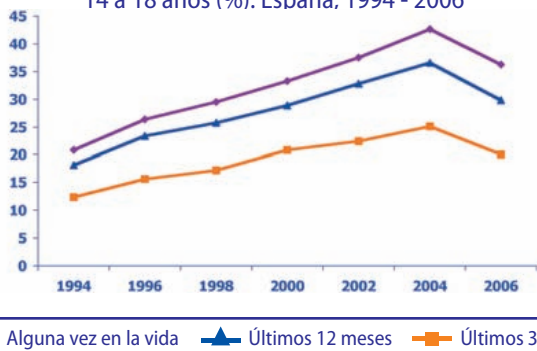
El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. En la última década su consumo ha aumentado de forma considerable, especialmente entre adolescentes y jóvenes, siendo la edad de inicio cada vez más temprana.

Su consumo no genera, aparentemente, preocupación social, aunque las investigaciones ponen cada vez más de manifiesto que acarrea importantes

problemas psíquicos, especialmente cuando se dan las circunstancias de edad de inicio temprana, policonsumo, abuso, etc.

En 2005, los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en población general muestran una estabilización del consumo, pero alertan sobre un aumento de consumidores habituales. Datos recientes, en jóvenes de 14 a 18 años, de la Encuesta Estatal Escolar 2006, muestran una tendencia claramente descendente de consumo frente a años anteriores, aunque el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida entre este grupo de población.

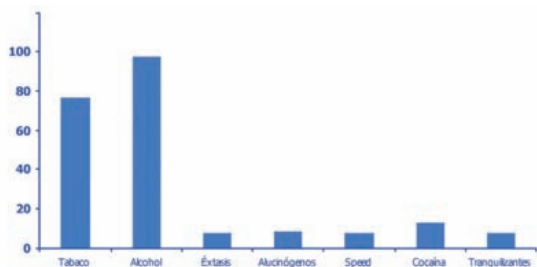
**Evolución del consumo de cannabis entre estudiantes
14 a 18 años (%). España, 1994 - 2006**



Los chicos consumen con mayor frecuencia y con mayor intensidad que las chicas. Los propios jóvenes perciben consecuencias negativas del consumo de cannabis: pérdidas de memoria, dificultades para trabajar o estudiar, tristeza, ganas de no hacer nada, y faltas a clase.

La mayoría de los estudiantes consumidores habituales de esta droga son poli-consumidores, es decir, consumen cannabis junto con otras sustancias, especialmente alcohol y tabaco.

Consumidores de cannabis, entre estudiantes de 14 a 18 años, que han consumido además otra sustancia psicoactiva (%). España, 2006



mitos y realidades sobre el cannabis

Mito:

Es un producto inofensivo para la salud, ya que es un producto natural. Es una droga ecológica, es la sustancia de la paz y el relax.

Realidad:

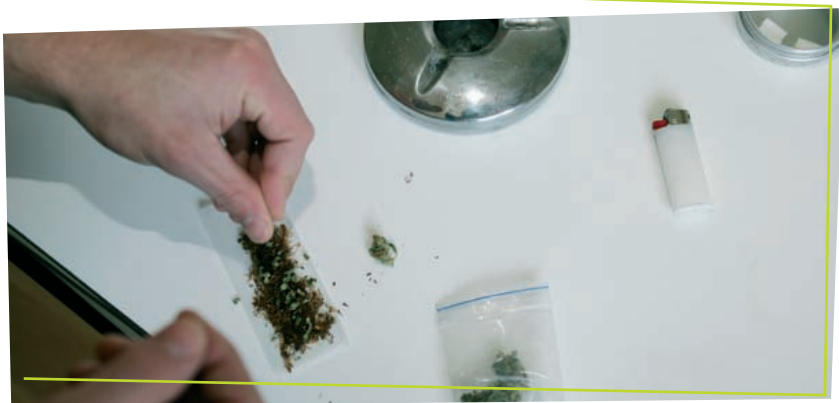
Producto natural y producto inocuo no son sinónimos. El tabaco y el opio también son naturales y nadie duda de sus riesgos. El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro, lo cual no es nada ecológico.

Mito:

Los jóvenes consumen cannabis porque está prohibido: si se legalizara se consumiría menos.

Realidad:

Las drogas que más se consumen entre los jóvenes son el alcohol y el tabaco, y éstas son legales. Además, en el consumo, más que la prohibición, influye la facilidad para conseguir la sustancia y el grado de aceptación social de la misma.



**Mito:**

El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.

Realidad:

Los usos médicos del cannabis se realizan de manera controlada y no tienen nada que ver con su uso recreativo. También existen medicamentos derivados del opio y nadie piensa que sea sano consumir heroína.

Mito:

El consumo de cannabis puede controlarse ya que no produce adicción.

Realidad:

Existen estudios científicos que demuestran que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente cuando se consume en la adolescencia.

Mito:

Fumar cannabis resulta menos perjudicial que fumar tabaco.

Realidad:

El cannabis contiene muchos de los carcinógenos y mutágenos del tabaco y en mayor cantidad (un 50% más). Además, la forma de consumirlo (fumada, sin filtro y con aspiraciones profundas) aumenta los riesgos de padecer cáncer. Tiene efecto broncodilatador, lo que favorece la absorción de las sustancias tóxicas, y al igual que ocurre con el tabaco, también es perjudicial para los fumadores pasivos.

cocaína

► ¿QUÉ ES?

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas.

Se trata de una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*. A finales del siglo XIX, se consiguió aislar el principio activo contenido en estas hojas y surgieron diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada, fumada, inyectada, etc.) que producen efectos más rápidos e intensos que la hoja mascada y por tanto aumentan el riesgo de desarrollar adicción y dependencia.

Existen diferentes preparados a partir de esta droga:

- **Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína.** Es la forma habitual de presentación de esta sustancia en España. Se suele consumir esnifada (aspirada por la nariz) y tiene unos efectos casi inmediatos que duran entre 2 y 3 horas. Aunque menos frecuentemente, también se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclándola con heroína, lo que da lugar a un producto que los consumidores denominan speed-ball (pelotazo).
- **Basuko o pasta de coca:** Es sulfato de cocaína y se fuma mezclado con tabaco o marihuana. Su consumo en España es minoritario.
- **Crack o cocaína base:** Se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. Es muy adictiva, aunque su consumo en España es también minoritario.



En el argot callejero, a la cocaína se la conoce por diferentes nombres: coca, perico, farlopa, merca, dama blanca, nieve, etc.

▶ **¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?**

Aumenta la actividad del sistema de neurotransmisión dopaminérgico que modula importantes procesos en nuestro organismo, y produce los siguientes efectos:

- Estado de excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona.
- Cambios emocionales variados que pueden llegar a provocar crisis de ansiedad u otras alteraciones.
- Aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que permiten un aparente mayor rendimiento intelectual, aunque este efecto es pasajero.
- Aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria así como de la tensión arterial, lo que favorece la aparición de enfermedades cardíacas y respiratorias.



Efectos inmediatos:

Euforia y sensación de aumento de energía.

Disminución del apetito.

Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental.

Aumento de la presión arterial y el ritmo cardíaco.

Contracción de los vasos sanguíneos.

Aumento de la temperatura corporal.

Dilatación de las pupilas.

► ¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE COCAÍNA?

La cocaína actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida...) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por esto, la cocaína resulta tan adictiva.

La adicción se produce tras periodos de consumo más o menos largos que no tienen por qué ser diarios, y se ha comprobado que, incluso pequeñas cantidades de cocaína, pueden producir tolerancia y cambios cerebrales relacionados con la adicción. Esto hace que los consumidores, especialmente los de fin de semana, tengan en muchas ocasiones una falsa sensación de control y no perciban el problema.



A MEDIO Y LARGO PLAZO, el consumo de cocaína puede producir problemas físicos y psicológicos además de adicción. El consumo habitual afecta al funcionamiento cerebral y puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides (de persecución, de grandeza...) o depresión, y desencadenar cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños muy importantes en los sistemas circulatorio y respiratorio y complicaciones neurológicas y gastrointestinales.



A estos daños hay que añadir los propios de la vía de administración. Si la vía es nasal puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, ronquera o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.).

La dependencia de la cocaína es una de las más intensas. La supresión de su consumo tras un período prolongado da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, etc.

Riesgos y consecuencias del consumo

Adicción.

Alteraciones cardiovasculares y neurológicas: infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales...

Alteraciones del estado de ánimo: cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad...

Insomnio.

Impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad.

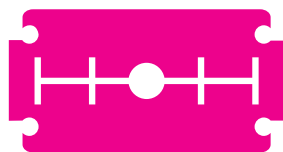
Paranoia.

Alucinaciones y psicosis.

► SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO

Todo consumo implica un riesgo pero éste es mayor en algunas circunstancias:

- **Policonsumo:** mezclar cocaína con otras sustancias aumenta los riesgos y las consecuencias negativas. Su uso combinado con el alcohol es altamente peligroso.
- **Adolescencia:** los riesgos y la posibilidad de generar dependencia son mayores cuanto menor es la edad de la persona consumidora.
- **Embarazo:** la cocaína atraviesa la barrera placentaria, por lo que afecta directamente al feto y puede provocar daños en su desarrollo o incluso abortos espontáneos.
- **Consumo recreativo:** la mayoría de los adictos a cocaína comenzaron consumiéndola de forma esporádica, simplemente por diversión, quitando importancia a los riesgos derivados del consumo que, al no ser diario, no se percibe como peligroso.
- **Vulnerabilidad genética:** la rapidez con que se llega a la adicción y su intensidad son distintas en cada persona, dependiendo, entre otras cosas, de factores genéticos. Hay individuos más vulnerables que otros, aunque no se conoce a priori el grado de vulnerabilidad de cada persona.



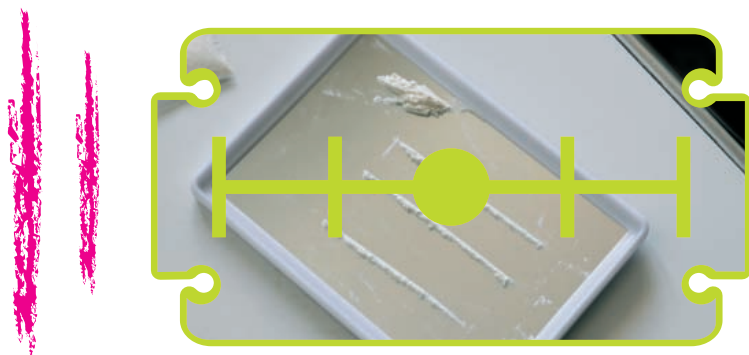
Cocaína y alcohol

Se ha demostrado que existe una interacción muy peligrosa entre la cocaína y el alcohol. Cuando se usan conjuntamente, el organismo las convierte en etileno de cocaína. El efecto del etileno de cocaína en el cerebro es más duradero y más tóxico que cuando se usa cualquiera de estas drogas por separado.

► ¿CUÁNTO SE CONSUME EN ESPAÑA?

El consumo de cocaína ha aumentado de forma considerable durante la última década en España, en Europa, y en todos los países desarrollados. Actualmente es la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis.

Una importante proporción de adolescentes y jóvenes prueban con esta sustancia. De ellos, un número significativo pasa a niveles de consumo más elevados y problemáticos, llegando a desarrollar una clara dependencia.



En la actualidad, la cocaína es la droga que genera más demandas de tratamiento relacionadas con el consumo de drogas, seguida de la heroína y del cannabis.

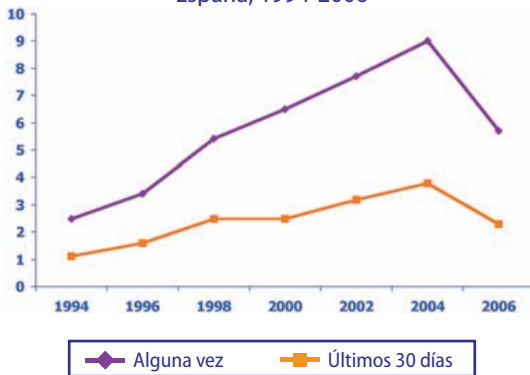
Su uso tiene fundamentalmente una intención recreativa. Al igual que ocurre con las anfetaminas, es utilizada con frecuencia para aguantar sin dormir las noches de fiesta, y a pesar de la evidencia sobre los daños que produce, la cocaína sigue manteniendo una cierta imagen de droga glamurosa y atractiva.

La proporción de consumidores varones es aproximadamente el doble que la de mujeres.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2005, entre los adultos se mantiene la tendencia al alza que se inició en el año 2000, pero afortunadamente también se ha observado un ligero aumento de la percepción de riesgo asociado al consumo de cocaína en este grupo de población.

Datos recientes muestran importantes cambios en las cifras de consumo entre los estudiantes de 14-18 años. Según la Encuesta Escolar de 2006, ha disminuido la proporción de jóvenes que han probado cocaína alguna vez, así como la de aquellos que refieren haber consumido recientemente (último mes). La edad media de inicio al consumo se mantiene estable en torno a 15,4 años, al igual que la proporción de chicos consumidores en relación con las chicas que sigue siendo de 2 a 1.

Evolución del consumo de cocaína entre estudiantes de 14 a 18 años (%). España, 1994-2006

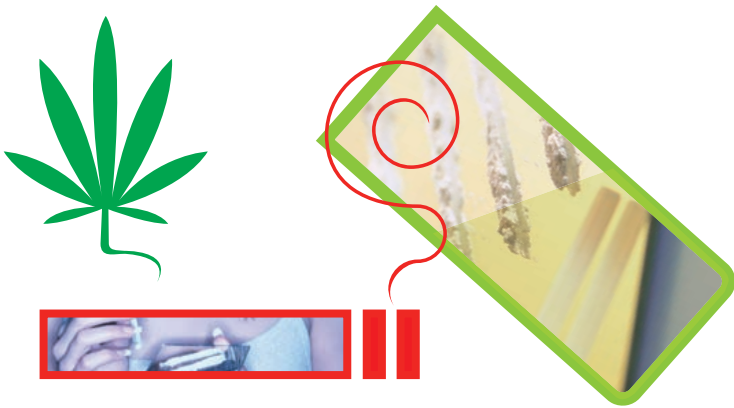
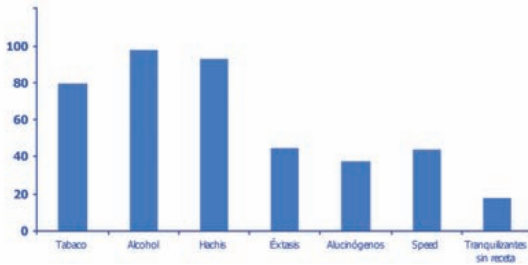


La mayoría de los consumidores habituales de esta droga son poli-consumidores, es decir, consumen cocaína junto con otras sustancias, como son el cannabis y el alcohol, drogas con las que más frecuentemente se combina. Existe también una asociación con el éxtasis y las anfetaminas.

Combinar sustancias aumenta los riesgos

La mayoría de los estudiantes consumidores de cocaína, consumen además otras drogas, especialmente alcohol, cannabis y tabaco. Esta combinación aumenta los riesgos, ya que a los que tiene de por sí el consumo de cada droga por separado hay que añadirle los que se producen por mezclarlas.

Consumidores de cocaína, entre estudiantes de 14 a 18 años, que han consumido además otra sustancia psicoactiva (%). España, 2006



mitos y realidades sobre la cocaína

Mito:

La cocaína da marcha.

Realidad:

La cocaína tiene un efecto estimulante pasajero (dura entre 30 y 60 minutos) tras el cual se produce un bajón intenso que causa cansancio, decaimiento y depresión.

Mito:

Mejora las relaciones con los demás ya que ayuda a desinhibirse.

Realidad:

Su consumo abusivo produce irritabilidad y agresividad por lo que las relaciones sociales del consumidor se deterioran.

Mito:

Las relaciones sexuales bajo los efectos de la cocaína son más satisfactorias.

Realidad:

El consumo habitual de cocaína disminuye el deseo sexual y ocasiona problemas de erección y eyaculación en los varones, pudiendo llegar a producir impotencia e infertilidad.

Mito:

La cocaína es una droga menos peligrosa que otras sustancias.

Realidad:

Las consecuencias que produce sobre la salud física y psicológica de sus consumidores son muy graves. Asimismo, junto con la heroína, es la causa principal de numerosos actos delictivos y violentos.

Mito:

No pasa nada si sólo se consume los fines de semana.

Realidad:

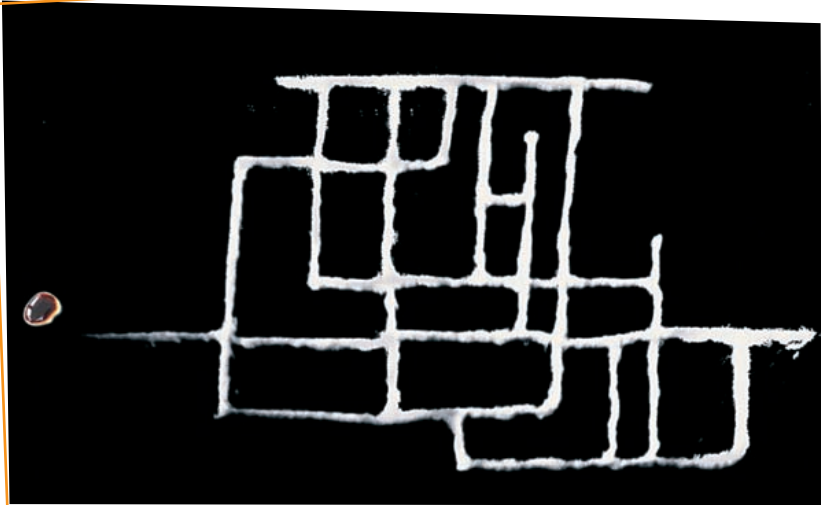
Consumir todos los fines de semana supone consumir más de 100 días al año, sin contar los periodos de vacaciones en los que también se consume, lo que conlleva un riesgo evidente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan y afectan a los días siguientes.

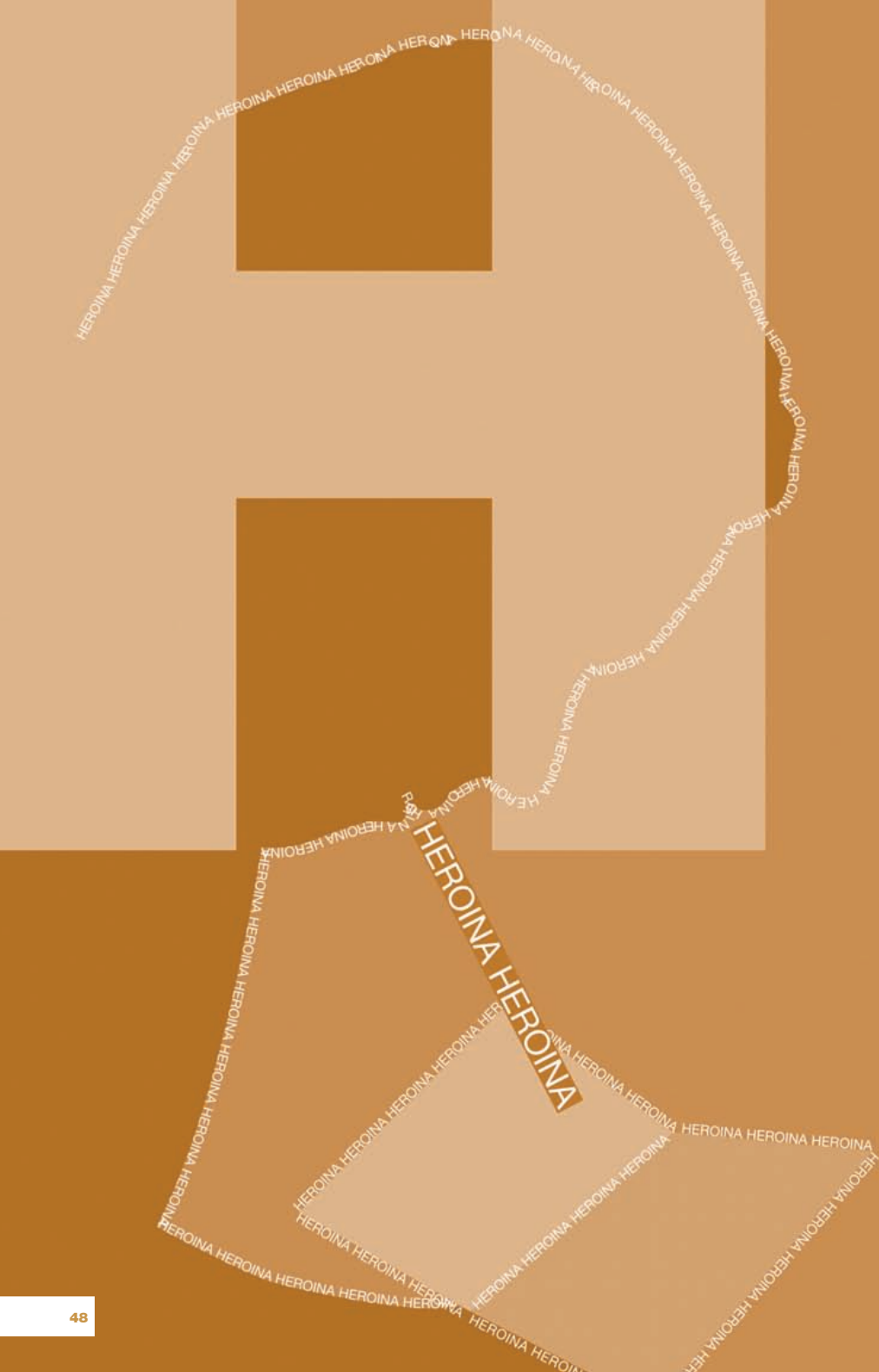
Mito:

Su uso es fácil de controlar.

Realidad:

Es una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción como se demuestra en el creciente número de personas que acuden a urgencias o a tratamiento por problemas relacionados con su consumo.





heroína

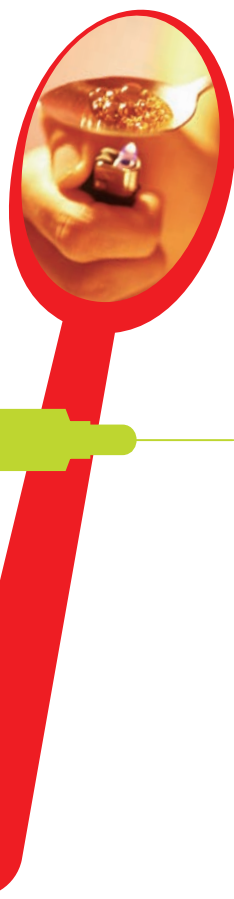
► ¿QUÉ ES?

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos. Fue sintetizada en 1874, tratando de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico.

Se presenta originariamente como un polvo blanco, inodoro y fino que, dependiendo del proceso de producción, puede presentarse con otro color y textura.

La heroína puede ser adulterada con quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc., incluso se ha utilizado estricnina y otros depresores del sistema nervioso central como barbitúricos y sedantes. Las adulteraciones son las causantes de una parte de los problemas médicos derivados de su consumo, a lo que hay que añadir la "contaminación" con bacterias, virus, hongos o partículas tóxicas.

La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma más rápida. Muchos usuarios jóvenes se inician aspirándola por la nariz o fumándola, pensando, erróneamente, que de esta manera no se llega a la adicción. Sin embargo, a medida que el organismo se acostumbra a la droga y los efectos que produce se hacen menos evidentes, recurren a la inyección para obtener resultados más intensos, como los que experimentaban cuando comenzaron a consumir.



▶ **¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?**

La heroína activa un sistema de nuestro propio organismo denominado "sistema opioide", que regula procesos físicos y psíquicos tan importantes como la sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y de las funciones respiratorias y cardiovasculares. Este sistema produce unas sustancias naturales llamadas "opioides endógenos" cuyos efectos son imitados en gran parte por la heroína.

Así, el consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece sintomatología de abstinencia, es decir, el sistema nervioso central necesitará la aportación externa de esta sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza.

Poco tiempo después de consumirse llega al cerebro, donde se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides, dando como resultado una oleada de sensaciones agradables, calma y euforia. La intensidad de estas sensaciones dependerá de la cantidad de heroína tomada y de la rapidez con que llega al cerebro.

Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades, en ocasiones seguidas de náuseas, vómitos y picor considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se ofuscan, las funciones cardíaca y respiratoria se alteran, a veces hasta el punto de causar la muerte, según la dosis consumida.

Efectos

- Flash (subidón), euforia, bienestar.
- Supresión del dolor.
- Náusea, vómito.
- Ofuscación de la mente.
- Depresión respiratoria.



▶ ¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE HEROÍNA?

La heroína es una droga altamente adictiva. Al principio, sus efectos son muy placenteros, lo que propicia una conducta de consumo continuado y repetido. Este consumo continuado de heroína provoca, rápidamente, un fenómeno de tolerancia. Es decir para conseguir el mismo efecto o evitar los síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez dosis más altas, siendo necesarias hasta 10 veces más al cabo de un cierto tiempo de consumo.

Con el tiempo, la heroína pierde la capacidad para producir el bienestar inicial que producía, lo que provoca un malestar cada vez mayor. Si al principio la obtención de placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo que el heroinómano busca es aliviar el malestar que le produce la ausencia de la heroína.

La supresión del consumo de heroína ocasiona la aparición del **síndrome de abstinencia** (conocido popularmente como "mono"). Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, midriasis (dilatación pupilar), lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, "piel de gallina", diarrea, náusea, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares.

El "mono" aparece aproximadamente a las 8 horas de la última dosis, generando un profundo malestar entre las 36 y 72 horas y pudiendo durar hasta 10 días. Aunque el síndrome de abstinencia no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia muy temida por el heroinómano.

Llega un momento en que toda la vida del adicto gira alrededor de la búsqueda, obtención y consumo de la heroína. Los heroinómanos dejan de mostrar interés por su entorno, por su familia y por sus amigos. Todo su pensamiento gira constantemente alrededor del consumo de la droga. Pierden el sentido de responsabilidad respecto a si mismos y a los que le rodean y, a menudo, no cumplen con las exigencias de la vida de estudio o profesional. Se aíslan y se limitan a un contacto superficial con el medio ambiente en el que viven.



Es frecuente el abandono del grupo de amigos habituales, la disminución de la capacidad para ejercer la profesión aprendida, la pérdida de la actividad laboral y, finalmente, la marginación social.

Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

El uso crónico de la heroína mediante inyección provoca la aparición de venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de la piel y tejidos blandos, y enfermedades hepáticas, cardíacas y renales. Las complicaciones pulmonares pueden ser el resultado tanto de los efectos depresores de la heroína como de la mala salud del consumidor, que por sus hábitos higiénicos o estilo de vida codicionado por su adicción, es más susceptible de adquirir enfermedades respiratorias (bronquitis, tuberculosis, etc...).



Algunos de los aditivos con los que se mezcla la heroína pueden obstruir los vasos sanguíneos de pulmones, hígado, riñones o cerebro, y causar infecciones y lesiones muy graves en estos órganos.

Compartir las jeringuillas u otros útiles de inyección, así como mantener relaciones sexuales sin protección, provoca infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH), los de la hepatitis B y C, etc...

Riesgos y consecuencias del consumo de heroína

Tolerancia.

Adicción o dependencia.

Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis).

Infección del endocardio y válvulas del corazón.

Artritis y otros problemas reumáticos.

Venas colapsadas.

Abscesos cutáneos.

► ¿CUÁNTO SE CONSUME EN ESPAÑA?

El consumo de heroína en España es inferior al de otras drogas, aunque hace años fue la droga más significativa.

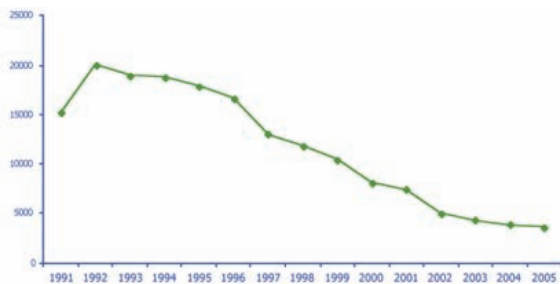
Es la droga que más alarma social ha generado entre la población por los graves problemas sanitarios, sociales y familiares que ha provocado. Entre ellos, las muertes por sobredosis asociadas a su consumo, su relación con la transmisión del VIH y de otras enfermedades infecciosas, y su asociación a la comisión de delitos por parte de los consumidores.

Los datos de la última Encuesta Escolar del 2006, nos informan de unas décimas de aumento en todas las frecuencias de consumo de heroína, aunque las cifras están siempre por debajo del 1%. El hecho de que esta tendencia al alza se venga observando desde el año 2002 y de que exista un incremento de oferta de heroína en el mercado, obliga a estar muy atentos a su evolución y a no bajar la guardia frente a esta droga.

En España, ha disminuido el número de personas admitidas a tratamiento por dependencia de heroína y se ha producido un cambio en la vía predominante de administración, pasando de la inyección a la vía fumada o inhalada. En estos cambios ha tenido un papel muy relevante la aparición del Sida y el desarrollo de programas de prevención y de reducción de daños, como los programas de intercambio de jeringuillas y de mantenimiento con metadona, ya desde hace años considerada una alternativa terapéutica eficaz.

Aunque los principales problemas sanitarios (infección VIH, mortalidad por intoxicación aguda o sobredosis) derivados de su consumo, se han reducido a lo largo de los años, sigue existiendo un núcleo de antiguos consumidores que requieren una adecuada atención social y sanitaria.

Evolución del número de nuevos heroínómanos tratados por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2005.



mitos y realidades sobre la heroína

Mito:

La heroína, si se fuma, se puede controlar.

Realidad:

La heroína, de cualquier manera que se consuma, produce una fuerte tolerancia y dependencia, por lo que el consumidor aumenta rápidamente la dosis. Frecuentemente se pasa a la vía inyectada para poder obtener efectos más intensos con la misma cantidad.

Mito:

Si la heroína no está adulterada no es peligrosa.

Realidad:

Aunque los adulterantes de la heroína provocan importantes problemas de salud, la heroína en sí misma conlleva importantes riesgos que varían dependiendo de la forma de consumo.

Mito:

Es muy difícil contagiarse del VIH-SIDA.

Realidad:

Un consumidor de heroína que sea portador del VIH, si comparte jeringuilla o mantiene relaciones sexuales sin protección, aunque sea una sola vez, puede contagiar a otro el VIH.

Mito:

Todos los consumidores de heroína son unos delincuentes.

Realidad:

Si bien es cierto que muchos adictos a la heroína han podido cometer delitos (sobre todo contra la propiedad) para costear su hábito, no todos lo hacen. En la actualidad, la mayoría de los consumidores de heroína que no pueden o no quieren abandonar su consumo, se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona. Este fármaco evita el síndrome de abstinencia y estabiliza los receptores opiáceos del paciente.

Mito:

Dejar la heroína es prácticamente imposible.

Realidad:

Los actuales tratamientos para la adicción a la heroína son efectivos. Hoy en día existe una amplia variedad de tratamientos que ayudan al heroinómano a abandonar el consumo.



DROGAS DE síntesis

► ¿QUÉ SON?

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el éxtasis, el GHB, la ketamina, el PCP o "polvo de ángel".

En general contienen distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable, y que se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...) que pretenden resultar atractivas para los más jóvenes.

Muchas de estas drogas fueron descubiertas hace años por compañías farmacéuticas, que decidieron abandonar las investigaciones por los efectos indeseables que detectaron en este tipo de sustancias.

La fabricación en laboratorios clandestinos y el desconocimiento de su composición final, las convierte en especialmente peligrosas, pues los consumidores nunca saben exactamente qué están ingiriendo, por lo que sus efectos no son claramente previsibles.





éxtasis

► ¿QUÉ ES?

Aunque son varias las sustancias englobadas en el término drogas de síntesis, la más popular es el éxtasis (conocido técnicamente como MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina).

Se trata de una droga sintética, químicamente similar a la metanfetamina (estimulante) y a la mescalina (alucinógeno), aunque los efectos que produce no son claramente la suma de ambas.

El éxtasis tiene un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía, y de conexión con las demás personas.

Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede contener una media de 60 a 120 miligramos de MDMA y suelen llevar dibujos impresos que facilitan su reconocimiento a los consumidores y que, además, dan lugar a una auténtica jerga: love, delfines, pirulas, pastis, etc...

En los últimos años se ha detectado en el mercado español la presencia de una nueva forma de presentación del éxtasis llamada "cristal", término que se utiliza para designar las sales cristalizadas de dicha sustancia. Se presenta en forma de polvo o de pequeña roca, y se consume preferentemente por vía oral, introduciéndolo en cápsulas o en un trozo de papel de fumar ("bombitas"), aunque también puede fumarse, inhalarse o inyectarse.

Esta nueva forma de éxtasis que pretende sustituir a las tradicionales pastillas presenta ventajas de producción, comercialización y distribución para productores y traficantes, y es más fácilmente adulterable.

No debe confundirse el "cristal" (éxtasis cristalizado) con el "crystal" (metanfetamina cristalina), pues son drogas distintas con efectos diferentes.

▶ **¿CUÁL ES SU EFECTO INMEDIATO SOBRE EL ORGANISMO?**

Las pastillas se absorben en el aparato digestivo, desde donde pasan al torrente sanguíneo. Sus efectos comienzan a sentirse a la media hora y duran entre dos y tres horas.

El éxtasis afecta al metabolismo del organismo, dificultando su propio proceso de eliminación, por lo que al ingerir nuevas dosis de MDMA para mantener los efectos buscados, pueden producirse concentraciones muy elevadas en sangre y agravar sus efectos tóxicos.

En el cerebro incrementa la actividad de ciertos neurotransmisores, como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco).

Esto explica que se produzcan efectos como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y "aguante" durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y el baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial.



Efectos inmediatos

Sociabilidad, euforia, desinhibición.

Incremento de la autoestima.

Locuacidad.

Inquietud.

Confusión, agobio.

Taquicardia, arritmia e hipertensión.

Sequedad de boca, sudoración.

Escalofríos, náuseas.

Contracción de la mandíbula, temblores.

Deshidratación.

Aumento de la temperatura corporal o "golpe de calor".

► ¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE ÉXTASIS?

El éxtasis puede producir, de forma inmediata, numerosos efectos adversos para la salud, desde náuseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa o contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, hasta la muerte ocasionada por sobredosis.

En las horas o días siguientes a la ingestión de la droga se produce una reducción de ciertas habilidades mentales, en especial de la memoria y de la capacidad del individuo para procesar la información, lo que aumenta el riesgo de accidentes asociados a la conducción.

La asociación del éxtasis a una gran actividad física, como bailar durante horas, puede dar lugar al “golpe de calor” que consiste en un aumento de la temperatura corporal que puede provocar un fallo renal.



Además, en consumidores susceptibles, puede producir deshidratación, hipertensión y fallo cardíaco, así como ansiedad, agitación y comportamientos violentos o de riesgo.

Los usuarios crónicos de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

Algunos estudios sugieren la posibilidad de que estos efectos no deseados de larga duración, que no desaparecen con periodos de abstinencia prolongados, ocurran tanto en casos de consumo habitual como de consumo esporádico.

Factores como la edad de inicio en el consumo, la dosis, la frecuencia, el uso simultáneo de otras drogas, así como otros factores ambientales y genéticos, son determinantes en la magnitud de los efectos crónicos producidos.



EFFECTOS A LARGO PLAZO

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Ataques de pánico.
- Agresividad.
- Trastornos psicóticos.
- Flash back, con alucinaciones visuales o auditivas.

El éxtasis, como el resto de drogas, produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Así, alrededor de un 60% de usuarios reconocen haber presentado síntomas del síndrome de abstinencia que incluye, entre otros, cansancio, pérdida de apetito, dificultad de concentración, ansiedad y depresión y un 40% admiten haber experimentado síntomas de dependencia.



► SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO

Todo consumo implica un riesgo pero éste es mayor en algunas circunstancias:

- **Ingestión de dosis sucesivas:** la repetición de dosis en una misma noche para mantener los efectos estimulantes puede elevar la concentración de éxtasis en el organismo y aumentar peligrosamente los efectos y riesgos.
- **Condiciones ambientales:** el consumo en espacios cerrados poco ventilados o en épocas cálidas aumenta el riesgo del "golpe de calor" que puede llegar a ser mortal.
- **Actividad física intensa:** el riesgo aumenta si se realiza ejercicio físico o si se baila durante periodos prolongados.
- **Embarazo y lactancia:** el consumo de éxtasis puede provocar daños en el desarrollo del feto y en el lactante.
- **Adolescencia:** el consumo es especialmente perjudicial en una etapa en la que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando.
- **Enfermedades asociadas:** el consumo aumenta el riesgo de empeorar otras enfermedades como epilepsia, diabetes, hipoglucemia, cardiopatías, hipertensión o trastornos psiquiátricos.
- **Policonsumo:** el consumo de éxtasis con otras drogas aumenta su toxicidad y el peligro de reacciones adversas.

► ¿CUÁNTO ÉXTASIS SE CONSUME EN ESPAÑA?

En comparación con otras sustancias psicoactivas (como el alcohol, el cannabis o la cocaína en menor medida) el éxtasis es una droga de consumo minoritario en España, aunque debido a la notoriedad que alcanza en los medios de comunicación pudiera parecer lo contrario.

En la adolescencia, la proporción de consumidores en este grupo de edad (14 a 18 años) tiende a disminuir desde el año 2000, en contra de los pronósticos que aventuraban hace algunos años una generalización del consumo entre los jóvenes españoles.

Un dato significativo que permite valorar la justa dimensión del consumo de éxtasis es el porcentaje de demandas de tratamiento relacionadas con su uso, en comparación con el resto de sustancias: en 2005, solo el 1,3% de todas las solicitudes de tratamiento se debieron a esta sustancia.

OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS

Existen otras variantes de las drogas de síntesis, que se consumen por vía inhalada, oral e incluso pueden ser administradas por vía inyectada. Aunque tienen un bajo consumo, a continuación detallaremos aquellas que son más utilizadas.

metanfetamina

Es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Aunque a escala mundial, en términos de producción y tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo en España es en la actualidad inferior al de éxtasis.

La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de "speed", "meth" y "chalk" o bien "hielo" o "crystal" si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada, o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce.



Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo.

Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer, a la que se denomina "flash", que dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral).

EFFECTOS A CORTO PLAZO

- Aumento de la atención.
- Reducción del cansancio.
- Reducción del apetito.
- Sensación de euforia.
- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Hipertermia (golpe de calor).
- Convulsiones.
- Sobredosis.
- Aumento de la libido.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Trastornos paranoides.
- Reacción aguda por plomo usado como reactivo (vía intravenosa).



La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis.

EFFECTOS A LARGO PLAZO

- Adicción.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Disminución de la libido.
- Comportamiento violento.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Psicosis.

Algunas de estas alteraciones persisten incluso mucho tiempo después de no consumir la droga.



Otros riesgos añadidos son los derivados del consumo por vía inyectada, ya sea por la aparición de flebitis o abscesos cutáneos o por la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras) en individuos que utilizan material de inyección sin higiene o que lo comparten con otros inyectores.

ghb o éxtasis líquido **(gamma hidroxí butirato)**

El GHB es un potente depresor del sistema nervioso central que inicialmente puede producir sensación de bienestar y euforia. Es conocido también como "éxtasis líquido", aunque sus efectos tienen poco que ver con el éxtasis, que es un estimulante y no una droga depresora como el GHB.

En el mercado ilegal circula en forma de líquido transparente y se consume por vía oral generalmente mezclado con agua, por lo que es difícil controlar la dosis consumida y ligeras variaciones en cantidad o pureza producen efectos muy diferentes.

Los efectos del GHB varían mucho de una persona a otra. Se perciben a los 10 o 20 minutos del consumo, duran de 60 a 90 minutos, y desaparecen por completo a las 3 ó 4 horas.

Aunque los efectos buscados son el aumento de la sociabilidad y de la capacidad de comunicación, pueden aparecer sin embargo, somnolencia, obnubilación, dolor de cabeza, confusión, etc..., e incluso depresión respiratoria, ideas delirantes, alucinaciones y coma. Produce síndrome de abstinencia (insomnio, temblores, sudoración, ansiedad...) si se suspende el consumo habitual.

En los últimos tiempos, se ha detectado en el mercado la presencia del GBL (Gamma butiro lactona), con estructura muy similar al GHB, y que el organismo humano transforma en este mismo, por lo que provoca idénticos efectos. Ambos han sido relacionados con las denominadas "agresiones sexuales inducidas por drogas".



polvo de ángel o pcp

La fenciclidina, polvo de ángel o PCP es un polvo blanco, cristalino, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un sabor amargo y se puede mezclar con facilidad con colorantes.

Se presenta en forma de tabletas, cápsulas y polvos de colores y se consume inhalada, fumada o por vía oral.

Se utilizó en los años 50 como anestésico intravenoso, pero dejó de usarse debido a los efectos secundarios (agitación, delirios, etc...) que producía en los pacientes.

La PCP afecta el funcionamiento cerebral, bloqueando la capacidad de concentración y de pensamiento lógico, y alterando la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo. Algunos usuarios experimentan euforia en diferentes grados, mientras que otros sienten ansiedad o pánico.

Su consumo habitual produce trastornos emocionales, pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, síntomas depresivos y pérdida de peso, que pueden persistir hasta un año después de suspender su uso.

La PCP potencia el efecto de 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 sintetizado en 1962 que sigue utilizándose en la actualidad con fines médicos y en veterinaria. Su presentación farmacéutica es en forma de líquido inyectable.

En la calle se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas y se conoce popularmente como "special K". En ocasiones, puede estar mezclada con otras sustancias (efedrina, cafeína...).

Sus efectos dependen de la composición, la dosis, el contexto en que se consume y las características del consumidor (peso, edad, etc...). A dosis bajas, produce efectos similares a los de borrachera por alcohol, con pérdida de coordinación y dificultades para hablar y pensar, visión borrosa, etc... . A dosis altas puede provocar un "viaje" muy intenso, con delirios, pseudoalucinaciones, pérdida de la noción del espacio y del tiempo y distorsión de la realidad. Algunas personas se ven fuera de su cuerpo o piensan que han muerto o van a morir de manera inmediata.

Es una sustancia muy peligrosa que puede provocar ansiedad, paranoia, y paros respiratorio y cardiaco, e incluso consumos mínimos pueden producir sobredosis.

Su consumo habitual produce alteraciones en la memoria y en la concentración y deterioro de las habilidades del individuo.

La ketamina tiene un elevado riesgo de adicción y una rápida tolerancia. Su combinación con alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de sufrir depresión respiratoria, episodios de síncope o paro cardiaco. La mezcla con psicoestimulantes y/o alucinógenos puede provocar una reacción impredecible y muy peligrosa.



poppers

Los poppers se incluyen en el grupo de los inhalantes. Están compuestos en su mayoría por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se venden en pequeños botes de cristal para inhalar. El nitrato de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria y nunca ha de ser ingerida porque puede ser mortal.

Producen un efecto estimulante y vasodilatador que se percibe a los pocos segundos de inhalar la sustancia, con sensación de euforia, ligereza, aumento del deseo sexual... aunque estos efectos desaparecen rápidamente y dan paso a una sensación de agotamiento.

Los efectos adversos producidos son enrojecimiento de la cara y el cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia cardiaca e hipotensión.

Los poppers crean tolerancia, lo que unido a la breve duración de sus efectos, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis.

m-CPP

La meta-clorfenilpiperazina es una sustancia que pertenece al grupo de las piperazinas. Además de comercializarse de modo legal en algunos países, se distribuye en el mercado ilegal con la misma apariencia que tienen las pastillas de éxtasis y se venden y se consume como si fuera éxtasis, aunque no lo sea.

Se presenta en forma de comprimidos blancos o de de colores que incluyen diferentes logos de moda como "Tiburón", "Lacoste", "Mitsubishi", "Versace", "Rolls-Royce", etc., o también en forma de polvo sólo, o mezclado con polvo de otras sustancias.

La m-CPP tiene propiedades estimulantes y alucinógenas y su consumo conlleva numerosos riesgos para la salud: náuseas, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, daño renal, reacciones de pánico, comportamientos psicóticos, brotes de violencia, etc...



mitos y realidades

sobre las drogas de síntesis

Mito:

No pasa nada si sólo se consume los fines de semana.

Realidad:

Debe recordarse que algunos efectos graves del consumo como es el caso del "golpe de calor" son independientes del tiempo que se lleve consumiendo. Por otra parte, consumir todos los fines de semana conlleva un riesgo evidente. Además hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan durante varios días.

Mito:

La drogas de síntesis son inofensivas.

Realidad:

Los efectos negativos que se producen inmediatamente después de su consumo son reconocidos por los propios consumidores. Asimismo, los consumidores crónicos admiten, además, graves problemas sobre la salud física y mental y, también, sobre su vida social. Las reacciones agudas por sobredosis son relativamente frecuentes. Algunas son especialmente graves y pueden poner en peligro la vida de los consumidores.

Mito:

Son seguras.

Realidad:

Los consumidores desconocen tanto la composición exacta de la sustancia que ingieren (en ocasiones, ni siquiera se trata de la droga que supuestamente pretenden consumir), como las adulteraciones y la dosis real que consumen.

Mito:

Su uso es compatible, sin aumentar el riesgo, con el de otras drogas.

Realidad:

Una amplia mayoría de las personas que toman drogas de síntesis las consumen junto con otras sustancias. Este hecho aumenta los riesgos asociados al consumo de estas drogas.

Mito:

Son drogas modernas, de diseño.

Realidad:

El único diseño de estas drogas radica en los colores o logotipos con que se presentan, para hacer más sugestivo su uso.

Mito:

No crean dependencia.

Realidad:

El riesgo de desarrollar una dependencia emocional, psicológica y social es un factor común para todas las drogas ya que llega un momento en el que sus consumidores no saben divertirse, no aciertan a sentirse bien consigo mismos ni a relacionarse con otras personas sin la ayuda de las drogas.

Mito:

Tienen efectos afrodisíacos.

Realidad:

Aunque en un primer momento pueden utilizarse como ayuda para facilitar el acercamiento sexual, la realidad es que lejos de favorecer el disfrute de las relaciones sexuales, dificultan el orgasmo y, en los hombres, incrementan el riesgo de episodios de impotencia. Además, su uso crónico produce una reducción del interés por el sexo y del placer que éste produce.

Mito:

El "cristal" es un éxtasis de lujo por su elevada pureza.

Realidad:

El "cristal" por el hecho de presentarse en forma de polvo es fácilmente adulterable con otras sales o sustancias en polvo, mientras que los comprimidos de éxtasis sólo son adulterables en la fase previa a la elaboración de la pastilla. Por tanto, no siempre el "cristal" tiene mayor pureza que los comprimidos.

Mito:

Los efectos del "cristal" son distintos a los de las pastillas de éxtasis.

Realidad:

Se trata de la misma sustancia, y los efectos de su consumo dependerán de la concentración del principio activo, que puede variar en ambas formas de presentación, de la dosis, de la forma de consumo, del contexto y de las expectativas de los consumidores.

aspectos importantes que debemos conocer

Actualmente muchos adolescentes experimentan con las drogas a **edades tempranas**, en una etapa de la vida en la que su organismo, especialmente el cerebro, está en pleno proceso de maduración.

Algunos no pasarán de la experimentación, otros consumirán drogas de forma regular pudiendo llegar a la adicción con los graves problemas de toda índole que ésta conlleva.

No todos respondemos de igual forma ante el consumo de drogas. En el proceso de la adicción intervienen distintos factores, entre los que destacan la edad de inicio, las circunstancias personales y determinadas características individuales de tipo biológico y genético, variables de personalidad, antecedentes familiares de consumo o situaciones traumáticas vividas. La suma de todo ello sitúa a cada uno en un nivel diferente de vulnerabilidad ante las drogas.

Los programas de prevención se dirigen a reducir los llamados factores de riesgo que favorecen el uso y abuso de drogas y fomentar los de protección, es decir, aquellos que reducen la posibilidad de que el consumo aparezca o de que se convierta en una conducta problemática.

Factores de riesgo

Uno de los primeros elementos de riesgo es la propia **presencia de las drogas en el entorno**, es decir, su accesibilidad, su visibilidad y su disponibilidad. Se sabe que cuanto más fácil resulta conseguir las drogas más aumenta su consumo, lo que explica que el consumo de las drogas legales sea mayor que el de las ilegales.



Parte de las iniciativas en prevención se dirigen precisamente a limitar la presencia de las drogas en el entorno. Para el caso del alcohol y el tabaco, se reducen los espacios para su consumo, se limita su publicidad, se aumenta el precio y se eleva el límite de edad mínimo para poder adquirirlos. En el caso de las drogas ilegales es la acción policial la que trata de influir en estos aspectos, tanto a través de Planes Operativos específicos dirigidos al tráfico minorista (los llamados “camellos”), como mediante Grandes Operaciones contra el narcotráfico internacional. En este ámbito, España desempeña un papel destacado. De hecho, en 2006 ocupó el tercer lugar en incautaciones de cocaína en el mundo, por detrás de Colombia y Estados Unidos y el primer lugar en incautaciones de cannabis en la Unión Europea.

La existencia de un entorno social donde el tráfico de sustancias sea visible, facilita el acceso de los menores al consumo. La puesta en marcha de los planes operativos desarrollados por la Secretaría de Estado de Seguridad, en colaboración con los directores y profesores de centros educativos, con las asociaciones de madres y padres de alumnos, y con los empresarios del ocio, han conseguido reducir el tráfico minorista y el consumo de drogas en centros educativos y su entorno, al igual que en locales y zonas de ocio y diversión.

Por otro lado, la **actitud de la sociedad hacia las drogas** es también determinante, ya que la aceptación social del consumo es un importante factor de riesgo y el rechazo social una de las barreras más eficaces. A veces, la aceptación se ve favorecida por una falsa imagen de inocuidad de las drogas que no coincide con la realidad.

Algunos valores como **vivir al día y la búsqueda de placer a toda costa**, prevalentes en la sociedad actual, suponen un factor de riesgo y fomentan la idea de vivir el presente y la necesidad de recibir gratificaciones inmediatas, y restan valor al esfuerzo y las metas en el medio y largo plazo.

El **consumo de drogas por parte de los padres**, o situaciones de conflictividad familiar, donde la ausencia de habilidades educativas están presentes, pueden ser elementos predictores del consumo de drogas en los hijos.

Además, aún cuando no existan circunstancias que favorezcan el consumo, **la adolescencia es en sí una etapa de especial vulnerabilidad frente a las drogas**. La búsqueda de uno mismo, las ganas de construir la propia personalidad y de experimentar cosas nuevas, el sentimiento de invulnerabilidad, la necesidad de sentirse integrado en el grupo (**¡la presión del grupo es uno de los más importantes factores de riesgo!**) y la falta de habilidades para resistir a las presiones de los amigos, son algunos de los elementos que favorecen la experimentación con este tipo de sustancias. **La disponibilidad económica y la ausencia de normas** se han mostrado también como factores de riesgo.

Condiciones favorecedoras del consumo en jóvenes

Curiosidad por experimentar.

Búsqueda del placer sin más.

Baja tolerancia a la frustración.

Presión del grupo de iguales (compañeros).

Dificultad para plantearse metas a medio o largo plazo.

Control familiar muy autoritario o muy relajado o variable.

Disponibilidad de las drogas.

Factores de protección

Las características de las relaciones que se establecen entre padres e hijos son de fundamental importancia para la prevención del consumo. Así, familias en las que existe una **relación positiva** basada en la comunicación y el afecto, en la que además existen límites claros, se establecen **normas que se cumplen**, se supervisa lo que hacen los hijos y se comparte con ellos actividades, **son familias fortalecedoras** que ayudan a los hijos a integrarse, a ser menos vulnerables frente a las drogas y a tener una conducta más positiva y adaptada.

La **escuela** constituye un elemento vertebrador de las políticas preventivas. La detección y la transmisión de **valores y actitudes** preventivas permiten proporcionar a los escolares instrumentos y herramientas para hacer frente al consumo de drogas. El papel de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAs) es fundamental en esta tarea.

Los **medios de comunicación** desempeñan un papel fundamental en la prevención, ya que a través de una **información veraz, basada en la evidencia científica**, pueden **contrarrestar las creencias erróneas y los mitos** que existen en relación con las drogas, modificar las actitudes sociales y la baja percepción de riesgo, que están en la base de la aparente “normalidad” de los consumos.

Las políticas de drogas, además de potenciar las acciones en todos estos ámbitos –la familia, la escuela y los medios de comunicación– tienen un papel básico a la hora de regular, controlar y limitar todo tipo de promoción del consumo de sustancias, especialmente en el caso de los niños y los adolescentes.



La **prevención es una prioridad para el Plan Nacional sobre Drogas**. Tanto la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como los Planes Autonómicos y Locales de Drogas, con el apoyo de las ONGs, impulsan y ponen a disposición de los ciudadanos una gran cantidad de iniciativas (programas en los colegios, escuelas de padres, campañas de sensibilización, servicios de información, oferta de programas de ocio alternativo, etc...) enfocadas a prevenir el consumo sobre todo en edades tempranas.

► **¿QUÉ PUEDEN HACER LAS MADRES Y LOS PADRES?**

Los padres y las madres, y cualquier adulto que tenga la responsabilidad de educar, han de tener en consideración una serie de aspectos clave, en lo que a la prevención del consumo de drogas de los hijos se refiere, y que a continuación se detallan.

Hay que

- Sentirse a gusto con los hijos/as.
- Escucharles y razonar.
- Seguir su rendimiento escolar.
- Ayudarles y facilitarles la comunicación con los demás.
- Informales sobre aspectos relacionados con las drogas, y formarse para poder informar.
- Reducir el consumo habitual de drogas legales de los padres.

No se debe

- Administrar castigos severos para evitar la agresividad del hijo/a.
- Ignorar los problemas escolares y personales porque "son cosas de niños/as".
- Hablar como si se supiera todo, sin escuchar sus opiniones y vivencias.
- Tomar medidas de coacción, sin razonar, que limiten su libertad abusivamente.
- Mantener posturas excesivamente tolerantes.
- No tener tiempo para estar con los hijos/as.
- Ocultar información.
- Promover una dependencia excesiva y sin necesidad.
- Hacer del hogar un sitio inaguantable.
- Poner de manifiesto contradicciones entre los padres a la hora de educar.

▶ **SIGNOS DE ALARMA ANTE POSIBLES CONSUMOS**

Es muy importante detectar precozmente, sobre todo en los menores, el uso de cualquier droga, no sólo por los problemas de salud que pueden sufrir a corto y medio plazo, sino también por el riesgo de desarrollar una adicción. Entre las señales de alarma, que pueden ayudar a los padres a saber si su hijo/a ha empezado a consumir drogas, se encuentran las siguientes:

- Cambio brusco en el cuidado y aseo personal.
- Trastornos del sueño con insomnio y/o pesadillas y temblores.
- Pérdida de peso o apetito excesivo.
- Disminución del rendimiento escolar o abandono de los estudios.
- Aislamiento físico, tendencia a aislarse en su habitación.
- Disminución de la comunicación verbal y afectiva.
- Empobrecimiento del vocabulario.
- Abandono de aficiones e intereses.
- Cambios bruscos de humor.
- Pérdida de responsabilidad.

▶ **¿QUE DEBO HACER EN CASO DE SOSPECHA DE CONSUMO?**

Cuando el padre o la madre o cualquiera sospecha que su hijo o su hija, un familiar o alguna persona próxima, consume drogas debe mostrarse comprensivo pero firme. Existen cosas que podrá hacer y otras que no:

SI

Dialogar.
Dar la importancia justa.
Crear lo que se ve.
Compartir la preocupación.
Confrontar.
Supervisar sin presionar.

NO

Juzgar.
Dramatizar.
Negar la evidencia.
Ocultar información.
Encubrir.
Agobiar con reproches.

▶ ANTE LA EVIDENCIA DE CONSUMO

Cuando el consumo sea evidente, pida consejo a su médico de familia o acuda a un centro especializado. Debe saber que hay una serie de cosas que usted puede hacer y otras que no conviene que haga.



SI

- Dialogar y analizar las circunstancias que llevaron al consumo.
- Mantener el autocontrol emocional.
- Ofrecer ayuda pues ve en usted alguien a quien recurrir.
- Mostrarle su afecto por lo que él o ella es, independientemente de lo que haga.
- Intentar dedicarle más tiempo y prestarle más atención.
- Entender que se está ante una persona que tiene problemas y no “ante un problema”.

NO

- Desesperarse.
- Culpar, ni “echarle en cara” todo lo que usted ha hecho por él o por ella.
- Convertirse en su perseguidor/a.
- Criticar de forma continuada y violenta su comportamiento.
- Utilizar el castigo como único recurso para evitar que continúe consumiendo.
- Acosarle continuamente con preguntas, sospechas, acusaciones, pues ello sólo conseguirá que se aleje de usted cada vez más.

► **SI ALGUIEN TIENE UN PROBLEMA CON LAS DROGAS ¿EXISTE TRATAMIENTO?**

En la actualidad, todas las drogodependencias, sin distinción de la sustancia que las ocasiona, son consideradas como una enfermedad que requiere un tratamiento multidisciplinar y personalizado.

Ante cualquier problema relacionado con el consumo de drogas o sospecha de consumo en adolescentes, se aconseja acudir a un centro de tratamiento específico directamente, o bien solicitar ayuda a los profesionales de atención primaria que evaluarán cada caso y derivarán al centro que proceda.

España posee una amplia **red pública** de centros ambulatorios de tratamiento, distribuidos por todas las Comunidades Autónomas, que a su vez se complementan con recursos socio sanitarios de inserción social y laboral.

En la página 84 y siguientes, se detallan los teléfonos y las direcciones electrónicas de los organismos de los que dependen en cada Comunidad Autónoma los centros de tratamiento.

También se pueden localizar centros de tratamiento a través de la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas,

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/home.htm>

► **¿COMO SE REALIZA EL TRATAMIENTO?**

Cuando se aborda el tratamiento de una drogodependencia se trata de resolver **tres problemas**. El primero es el **síndrome de abstinencia**. A continuación se tratará la **adicción a la droga** utilizando fármacos y terapias psicológicas que, junto al apoyo de la familia, buscarán la deshabituación del consumidor. También se ha de resolver el conjunto de **enfermedades y complicaciones médicas** que surgen por efecto directo del consumo de la droga, o están derivadas de la forma de consumo (vía intravenosa), de la contaminación con otras sustancias (adulterantes) o de la transmisión de enfermedades infecciosas (sida, hepatitis, tuberculosis, etc...).

Los tratamientos farmacológicos y psicológicos, solos o combinados, son aspectos de un proceso terapéutico global que comienza con la desintoxicación seguida por la deshabituación y la prevención de las recaídas. Las recaídas deben considerarse parte del proceso terapéutico, y no un fracaso del mismo.

Los medicamentos pueden ayudar a restablecer la función normal del cerebro, a prevenir las recaídas y a disminuir el deseo de consumo a lo largo del proceso de tratamiento. Actualmente hay medicamentos para tratar la adicción a los opiáceos y al tabaco, y se están desarrollando otros para tratar la adicción a los estimulantes y al cannabis. La psicoterapia, por su parte, ayuda al paciente a afrontar un nuevo estilo de vida, dotándole de herramientas y recursos personales para ello.

Las fases de un proceso de tratamiento son:

- 1) **Acogida.** Tiene como objetivo reforzar la motivación del paciente y resolver las dudas de su familia al iniciar el tratamiento.
- 2) **Valoración.** Etapa en la que se definen y estudian aquellos rasgos del individuo y de su entorno que pueden ser relevantes para su tratamiento. Se realiza a través de la historia toxicológica, diagnóstico médico, psicológico y social, y del balance entre las carencias y necesidades del sujeto y de su medio, y los recursos con los que cuenta y que podrían ayudar a su recuperación.
- 3) **Desintoxicación.** Superación del síndrome de abstinencia que aparece cuando se interrumpe el consumo. Puede llevarse a cabo en un periodo de 7 a 21 días y no supone riesgo para el paciente. Debe ir seguida de un tratamiento de deshabitación para evitar las recaídas en el consumo.
- 4) **Deshabitación.** Es un proceso largo y complejo cuyo objetivo es superar la dependencia psíquica y recomponer la neurotransmisión cerebral. Existen diversas opciones en función del perfil y las circunstancias de cada paciente. En algunos casos, es conveniente alejarle del ambiente en el que se ha desarrollado la adicción mediante el ingreso en un centro. En otros casos, puede ser suficiente el tratamiento ambulatorio. En ambos supuestos, se busca un cambio de estilo de vida que haga innecesario el consumo de drogas.

el ABC

de las drogas

NOMBRE	NOMBRES ALTERNATIVOS	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<p>a</p> <p>Alcohol</p>	Priva, litrona, botellón.	Líquido	Oral
<p>t</p> <p>Tabaco</p>	Pito, pitillo.	Cigarrillos, puros, tabaco de liar o para pipa.	Fumada, e inhalada (en el caso de los fumadores pasivos)
<p>c</p> <p>Cannabis</p>	Hierba, maría, chocolate, porro, canuto, costo.	Hachis: pasta marrón. Marihuana: hojas trituradas. Aceite de hachis: líquido oleoso.	Fumada, inhalada, oral.
<p>c</p> <p>Cocaína</p>	Coca, nieve, blanca, farlopa, perico. Crack (cocaína en forma de base).	Polvo blanco. En el caso del crack, se presenta en forma de piedras o cristales.	Oral, intranasal, fumada, inhalada, inyectada.
<p>h</p> <p>Heroína</p>	Caballo, jaco, nieve, pico, "chino".	Polvo blanquecino, pardo, o marrón. En ocasiones, líquido.	Inyección intravenosa o subcutánea. Nasal, fumada.

EFECTOS (1)	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (2)	SÍNDROME DE ABSTINENCIA
<p>Depresor. Adormece el sistema nervioso central. Desinhibe la conducta. Falsa sensación de seguridad en uno mismo.</p>	<p>Adicción. Daños orgánicos múltiples, incluidos daños al feto. Riesgo de accidentes. Conducta agresiva y violenta.</p>	<p>Temblores, irritabilidad. Delirium.</p>
<p>Estimulante. Al contrario de lo que se cree, no tiene efectos relajantes.</p>	<p>Adicción. Cáncer, enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares.</p>	<p>Irritabilidad, ansiedad.</p>
<p>Psicodisléptico. Produce relajación, risa floja, locuacidad, desorientación y conjuntivas enrojecidas.</p>	<p>Adicción. Alteraciones de memoria y aprendizaje. Desmotivación y posibles alteraciones psiquiátricas.</p>	<p>Recientes estudios apuntan a la existencia de un síndrome caracterizado por ansiedad, insomnio e irritabilidad.</p>
<p>Estimulante. Provoca hiperactividad, aumento de la energía, insomnio, hipertensión, pérdida de apetito y pupilas dilatadas.</p>	<p>Adicción. Trastornos psiquiátricos, coronarios y cerebrovasculares. En el caso del crack, la adicción es muy rápida.</p>	<p>Insomnio o somnolencia, irritabilidad, agitación, tendencia a la violencia y a la actuación en "cortocircuito".</p>
<p>Depresor. Produce inactividad, aturdimiento y en un primer momento sensación de placer.</p>	<p>Adicción. Riesgo de sobredosis. Enfermedades infecto-contagiosas (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis).</p>	<p>Ansiedad, malestar general, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre, dilatación pupilar</p>

S

Drogas de síntesis

	NOMBRE	NOMBRES ALTERNATIVOS	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	éxtasis (MDMA)	Pastis, pastillas, droga del amor.	Comprimidos de distintas formas y colores, cápsulas.	Oral.
	metanfetamina	Speed, meth, chalk, ice, crystal.	Polvo blanco	Oral, fumada, inhalada o inyectada.
	GHB gamma hidroxi butirato	Éxtasis líquido *	Habitualmente en forma líquida. A veces, polvo blanco cristalino.	Oral.
	PCP o fenciclidina	Polvo de ángel	Polvo blanco soluble, tabletas, cápsulas.	Oral, inhalada, fumada
	ketamina	Especial K	Líquido, polvo, etc.	Inyectada, inhalada.
	poppers o nitrito butílico	Poppers	Líquido inhalable.	Inhalada.
	M-CPP	Tiburón, lacoste, mitsubishi, versace, rolls-royce.	Comprimidos. Polvo	Oral.

* Pese a que al GHB se le conoce como "éxtasis líquido" su composición y efectos son muy distintos a los de la MDMA (éxtasis).

EFECTOS (1)	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (2)	SÍNDROME DE ABSTINENCIA
<p>Estimulante/Psicodisléptico. Produce hiperactividad, mayor sociabilidad, aumento de temperatura, disminución de la fatiga.</p>	<p>Destrucción de neuronas. Golpe de calor y deshidratación. Posibles problemas de hígado y riñón.</p>	<p>Pueden aparecer síntomas como fatiga, tensión muscular o irritabilidad relacionados con síntomas subagudos psiquiátricos que no tienen que ver con el síndrome de abstinencia.</p>
<p>Estimulante. Disminución de la sensación de fatiga. Euforia intensa (flash).</p>	<p>Taquicardia. Hipertensión. Arritmias. Convulsiones. Estados psicóticos (paranoias, alucinaciones, delirios)</p>	<p>Depresión, ansiedad y agotamiento físico.</p>
<p>Depresor/Psicodisléptico. Relajación, deseo de comunicación, ideas delirantes y alucinaciones.</p>	<p>La relación dosis/efectos es impredecible. Depresión respiratoria, cefalea y coma.</p>	<p>Insomnio, temblores, sudoración, ansiedad si se suspende el consumo habitual.</p>
<p>Depresor/Psicodisléptico, adormecimiento extremidades, distorsión de las percepciones visuales y auditivas.</p>	<p>Paranoia, alucinaciones, delirio. Despersonalización conductas violentas y autodestructivas.</p>	
<p>Depresor/Psicodisléptico. Dificultad para hablar y pensar. Viaje psicodélico.</p>	<p>Ansiedad. Paranoia Parada cardiorrespiratoria.</p>	
<p>Depresor. Desinhibición, disminución del control.</p>	<p>Hipotensión, taquicardia espasmo coronario. "Muerte súbita por inhalación"</p>	
<p>Estimulante y alucinógeno.</p>	<p>Náuseas, dolor abdominal, dolor de cabeza, daño renal, comportamiento psicótico, brotes de violencia...</p>	

	NOMBRE	NOMBRES ALTERNATIVOS	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
O Otras drogas	LSD	ácido, tripi	Sellos de papel, tabletas, cápsulas, tiras de gelatina.	Oral.
	setas	Hongos alucinógenos (Psilocibina y Psilocina)	Polvo, cápsulas y "smell bags" (bolsa para oler)	Oral.
	sustancias volátiles	Colas, pegamentos, gasolina.	Barras, spray, líquido.	Inhalación de vapores.

EFECTOS (1)	CONSECUENCIAS NEGATIVAS (2)	SÍNDROME DE ABSTINENCIA
<p>Psicodisléptico. Cambios emocionales rápidos e intensos. Viaje psicodélico.</p>	<p>“Mal viaje”. “Flashback”. Trastorno de ansiedad, depresivo y psicótico.</p>	
<p>Psicodisléptico. Euforia y viaje psicodélico.</p>	<p>Despersonalización. Alucinaciones y delirios. Crisis de pánico.</p>	
<p>Euforia, somnolencia y confusión.</p>	<p>Fatiga, disminución de la memoria, depresión, agresividad, daños orgánicos múltiples.</p>	

- (1) Efectos: Se entiende por tales las sensaciones inmediatas tras el consumo, en ocasiones buscadas por los consumidores.
- (2) Consecuencias negativas: Daños que se producen a medio y largo plazo.



donde puedo informarme? en mi comunidad autónoma

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Ministerio de Sanidad y Consumo

Secretaría General de Sanidad

Teléfono: 91 822 61 00 / 60 88 / 60 89

e-mail: cendocupnd@msc.es

Página web: www.pnsd.msc.es

Centros de tratamiento: www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/home.htm

ANDALUCÍA

Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

Teléfono: 900 84 50 40

e-mail: infocomisionadodroga.cas@juntadeandalucia.es

Página web: www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/index.html

ARAGÓN

Departamento de Salud y Consumo

Dirección General de Salud Pública

Teléfonos: 976 71.45.91 Fax: 976 71.56.35

Teléfonos de información para jóvenes: 902 111 280 y 976 306 690

Página web www.saludpublicaaragon.com <<http://www.saludpublicaaragon.com/>>

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Dirección General de Salud Pública

Teléfono: 985 66.81.53 Fax: 985 66.81.52

e-mail: drogas@princast.es

Página web: www.princast.es/servlet/page?_pageid=2554&_dad=portal301&_schema=PORTAL30

ILLES BALEARS

Consejería de Salud y Consumo

Dirección General de Salud Pública y Participación

Teléfono: 971 47 30 38

Atención al público: 902 075 727

e-mail: pladrogues@dgsanita.caib.es

Página web: www.infodrogues.caib.es

CANARIAS

Consejería de Sanidad
Dirección General de Atención a las Drogodependencias
Teléfonos: 928 45 22 87 (Las Palmas) 922 47 46 69 (Tenerife)
e-mail: dgdrogas@gobiernodecanarias.org
Página web: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/

CANTABRIA

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública
Teléfono: 942/20 81 37
e-mail: prd@gobcantabria.es
Página web: www.saludcantabria.org/saludpublica/pag/drogas.aspx

CASTILLA LA MANCHA

Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria
Teléfono: 925 38 92 00
Página web: www.jccm.es/sanidad/salud/index.htm

CASTILLA Y LEÓN

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Comisionado Regional para la Droga
Teléfono: 983 41 23 31
Página web: <http://www.jcyl.es>

CATALUÑA

Departamento de Salud
Dirección General de Salud Pública
Teléfono: 93/412 04 12
e-mail: drogues.salut@gencat.net
Página web: www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/es/dir86/index.html

EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Consumo
Servicio Extremeño de Salud
Secretaría Técnica de Drogodependencias
Teléfono: 900 210 994
e-mail: std@sc.juntaex.es
Página web: www.sobredrogas.info

GALICIA

Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
Secretaría General del SERGAS
Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencias
Teléfono: 981 54 18 59
e-mail: saudemental.drogodependencias@sergas.es
Página web: www.sergas.es
Recursos en drogodependencias: www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=30022

LA RIOJA

Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Teléfono: 900 714 110
e-mail: oficina.drogas@larioja.org
Página web: www.larioja.org/infodrogas/index.htm

MADRID

Consejería de Sanidad y Consumo
Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid
Teléfono: 901 350 350
Página web: www.madrid.org/web_agencia_antidroga/

MURCIA

Consejería de Sanidad
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
Teléfono atención al público prevención: 968 366 822
Teléfono atención al público tratamiento: 968 365 813
Página web: www.murciasalud.es

NAVARRA

Departamento de Salud
Plan Foral de Drogodependencias
Teléfono: 848 42 14 40 y 848 42 14 41
e-mail: pdfrogod@cfnavarra.es
Página web: www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/

PAÍS VASCO

Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales
Dirección de Drogodependencias
Teléfono: 945 018 104
Página web: www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2205/es/contenidos/informacion/2771/es_2235/es_12031.html

COMUNIDAD VALENCIANA

Consejería de Sanidad
Agencia Valenciana de Salud
Dirección General de Drogodependencias
Teléfono atención al público: 900 16.15.15
Teléfono Consejería de Sanidad: 963 866 600
Página web: www.san.gva.es

CEUTA

Consejería de Sanidad y Consumo
Plan sobre Drogas
Teléfono: 956 50 33 59 ó 956 50 74 32
e-mail: plandrogas@ceuta.es
Página web: www.ceuta.es

MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Teléfono: 952 69 93 01
Página web: www.melilla.es



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS