

INDICE.

- Drogodependencias: Introducción. Pág. 2
- Tipos de Drogas:
 - Alcohol. Pág. 4
 - Anabolizantes. Pág. 5
 - Anfetaminas. Pág. 6
 - Cannabis. Pág. 7
 - Cocaína. Pág. 9
 - Éxtasis. Pág.15
 - Heroína. Pág.16
 - Inhalables. Pág.17
 - LSD. Pág.19
 - Metadona. Pág.20
 - Metanfetamina. Pág.20
 - Tabaco. Pág.22
 - ◆ Plan Nacional Sobre Drogas:
 - Ámbitos de actuación. Pág.24
 - Actividades realizadas por Castilla-La Mancha. Pág.26
 - ◆ Gráficos estadísticos sobre el consumo de drogas.
 - Consumo de Alcohol. Pág.28
 - Consumo de Alucinógenos. Pág.31
 - Consumo de Anfetaminas – Speed. Pág.32
 - Consumo de Cannabis. Pág.33
 - Consumo de Cocaína. Pág.35
 - Consumo de Éxtasis. Pág.37
 - Consumo de Heroína. Pág.39
 - Consumo de Inhalables. Pág.40
 - Consumo de Tabaco. Pág.41
 - ◆ Legislación. Pág.44
 - ◆ Bibliografía. Pág.50

DROGODEPENDENCIAS: INTRODUCCIÓN.

El término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción. Este término incluye no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas como el café; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles.

Las drogas, pueden ocasionar dependencia, tanto física como psicológica. Cuando se refiere al primer tipo de dependencia, se trata de una situación en la que la droga se incorpora al metabolismo del sujeto, de tal manera que el organismo se habitúa a tenerla presente en una cierta cantidad en la sangre, y cuando no es así, aparece el característico Síndrome de Abstinencia. Sin embargo, cuando se refiere a la dependencia psicológica, se trata de un sentimiento de consumir la droga que se esté tomando para sentirse bien, o para eliminar un aspecto afectivo negativo.

Cualquier comportamiento humano, incluida la drogodependencia, tiene su origen en la interacción de una serie de elementos que influyen de manera constante entre sí.

En el caso concreto de las adicciones éstas resultan de la acción conjunta de tres grupos de factores:

- Una sustancia, con determinadas propiedades farmacodinámicas.
- Las características personales del sujeto que las utiliza.
- La naturaleza del contexto sociocultural en el que ese consumo se produce.

No existe ni un único motivo ni una manera exclusiva de volverse drogodependiente. Siempre se da la interacción de diversos factores y sólo a partir de la consideración de los tres vértices del mismo triángulo –sujeto, sustancia y contexto–, se puede alcanzar una visión veraz de la realidad.

TIPOS DE DROGAS.

1. EL ALCOHOL.

1.1. Introducción.

El alcohol se extrae de la fermentación de diversos frutos y plantas. Incluye el vino, cerveza, licores,...

Es una de las drogas de uso más antiguo y amplia aceptación en la cultura mediterránea. Por sus efectos, está clasificada como droga depresora del Sistema Nervioso Central.

El alcohol es una droga con alto poder adictivo, si bien la amplia tolerancia social y su fácil adquisición la convierten en una sustancia doméstica, con presencia constante en nuestra cultura occidental.

El consumo de alcohol se mide en Unidades de Bebida (UB). Una UB es equivalente a 8–10 gramos de alcohol puro.

- ♦ Caña de cerveza / sidra = 1 UB
- ♦ Copa de vino / cava = 1 UB
- ♦ Copa de coñac / brandy = 2 UB
- ♦ Whisky/Vodka/combinado = 2 UB
- ♦ Vermouth / jerez = 1 UB

Las autoridades sanitarias consideran que el límite de peligro en la ingesta de alcohol está en 30 gramos de alcohol al día (aproximadamente 3 UB) y 210 gramos a la semana (21 UB) para los hombres; y en 20 gramos de alcohol al día (2 UB) y 140 gramos a la semana (14 UB) para las mujeres.

1.2. Riesgos y daños.

Las patologías que pueden tener relación con el abuso de alcohol son:

- ♦ Músculos: miopatía aguda o crónica.
- ♦ Sistema Nervioso: polineuropatía alcohólica, neuritis óptica, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakov.
- ♦ Estómago / Esófago: gastritis crónica y aguda, reflujo gastroesofágico, pirosis y vómitos, carcinoma esofágico.
- ♦ Cardiovascular: hipertensión arterial, arterioesclerosis, miocardiopatía alcohólica.
- ♦ Hígado: esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica.
- ♦ Páncreas: pancreatitis aguda y crónica.
- ♦ Intestino: Deficiencias nutricionales, cuadros diarreicos y de malabsorción.
- ♦ Genitales: disminución de la libido, impotencia, atrofia testicular, infertilidad.

A nivel comportamental el consumo de alcohol se ha comprobado que origina una gran violencia y agresividad que se manifiesta en riñas callejeras o en violencia intrafamiliar.

2. LOS ANABOLIZANTES.

2.1. Introducción.

Los anabolizantes son drogas que mimetizan los efectos de la hormona natural masculina llamada testosterona. Se comercializan bajo diferentes nombres.

Se usan generalmente en el deporte con el fin de obtener un mejor rendimiento. La mayoría de la gente usa los anabolizantes o anabolic steroids para:

- ◆ Incrementar la masa muscular.
- ◆ Incrementar su potencia / resistencia muscular
- ◆ Entrenar con más dureza.
- ◆ Reducir el tiempo de recuperación tras el esfuerzo físico.

2.2. Administración.

Los Anabolizantes se toman oralmente o se inyectan en un músculo; nunca en una vena. Los Anabolizantes se suelen tomar junto con otras drogas, al mismo tiempo(a esto se le llama Stacking). Con frecuencia se toman siguiendo ciclos: a un período de uso sigue otro de abstinencia.

2.3. Riesgos y daños.

- ◇ Incremento del riesgo de ataques cardíacos.
- ◇ Aparición de acné.
- ◇ Alteración del estado de ánimo y agresividad.
- ◇ En hombres puede causar:
 - ◆ Infertilidad.
 - ◆ Reducción de los testículos.
 - ◆ Crecimiento de los pechos.
- ◇ En mujeres puede ocasionar:
 - ◆ Voz más grave.
 - ◆ Crecimiento del vello corporal.
 - ◆ Crecimiento del clítoris.

3.LAS ANFETAMINAS.

3.1. Introducción.

La anfetamina es un tipo de droga estimulante del Sistema Nervioso Central.

Se presenta en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color.

3.2. Efectos.

Las anfetaminas producen sensaciones de alerta, confianza y aumenta los niveles de energía y autoestima. Hace desaparecer la sensación de hambre y de sueño.

Son drogas adictivas, capaces de generar dependencia.

A veces se usan como estimulante químico para mejorar el rendimiento en una tarea o actividad concreta de forma artificial, sin embargo, la energía alcanzada es ficticia y puede poner al organismo en un sobreesfuerzo.

3.3. Administración.

Las anfetaminas pueden ingerirse vía oral, esnifarse o inyectarse.

3.4. Riesgos y daños.

La pérdida del apetito es frecuente lo que conlleva a una situación de desnutrición y mayor vulnerabilidad a enfermedades e infecciones.

El síndrome de abstinencia se presenta con un cuadro muy grave de depresión, letargia y cansancio, lo que puede llevar a tomar grandes dosis de anfetaminas para mitigar este estado.

El uso excesivo de anfetaminas puede generar psicosis: las personas se sienten fuera de si mismas, creen que las persiguen o que les vigilan.

4. EL CANNABIS.

4.1. Origen y Variedades.

Los cannabinoides son compuestos derivados de la planta denominada Cannabis Sativa, que se cultiva en amplias extensiones de clima cálido y seco como Oriente Medio y Lejano, gran parte de África, zonas centrales del Norte y Sur de América, etc.

Farmacológicamente se clasifica como un alucinógeno menor. Los constituyentes químicos de la planta son muy complejos y variados; de entre ellos, los más conocidos son los cannabinoles, en concreto el tetrahidrocannabinol (THC), responsable de casi todos los efectos característicos de estas sustancias.

Para su consumo se suele presentar de tres formas: "marihuana o hierba" preparada a partir de las hojas secas, flores y pequeños tallos de la Cannabis sativa; "hashish o hash", que se elabora prensando la resina de la planta hembra, dando lugar a un bloque de color marrón. Su contenido de THC (hasta un 20%) es superior al de la marihuana (del 5 al 10%), por lo que su toxicidad es potencialmente mayor. Por último, existe un concentrado líquido conocido como "aceite de cannabis o aceite de hachis" que se obtiene mezclando la resina con algún disolvente como acetona, alcohol o gasolina, el cual se evapora en parte, dando lugar a una mezcla viscosa cuyas proporciones de THC son muy elevadas (hasta un 85%).

4.2. Vía de administración.

Puesto que el THC no es soluble en agua, las únicas formas de consumo posibles para el hombre son la ingestión y la inhalación. Normalmente se fuma mezclado con tabaco en cigarrillos hechos a mano. El humo del cannabis alcanza altas temperaturas, por lo que sus usuarios insertan en el cigarrillo grandes filtros con el fin de evitar quemaduras en la garganta.

Otra manera de fumar el cannabis es mediante pipas fabricadas a tal fin; éstas se diseñan con cañas largas o pequeños depósitos de agua, cuyo objetivo es enfriar el humo antes de inhalarlo.

La mayoría de usuarios de cannabis lo fuman, siendo poco común su ingesta.

Aunque su sabor es amargo, también se emplea como ingrediente en repostería y caramelos.

4.3.Efectos.

Sus efectos, de rápida aparición, varían según las dosis, el tipo de cannabis, el estado de ánimo del individuo, sus expectativas, ...

– Inmediatos.

Inicialmente, dosis bajas pueden producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, locuacidad, taquicardia, enrojecimiento de ojos, dificultades en los procesos mentales complejos y alteraciones de la percepción temporal y sensorial. A ello le sigue una segunda fase de depresión y somnolencia.

En dosis elevadas puede provocar confusión, letargo, percepción alterada de la realidad y, de manera más inusual, estados de pánico.

– A largo plazo.

Destaca el aún muy discutido "síndrome amotivacional", unido a una frecuente disminución en la capacidad de concentración y de memorización.

La estructura química del cannabis es muy compleja y no se conocen aún las secuelas producidas por todos sus componentes. Sí se puede afirmar que el humo de esta planta es más perjudicial para el pulmón humano que el del propio tabaco, y que puede causar alteraciones en los sistemas reproductores –masculino y femenino– e inmunológico.

El THC atraviesa la barrera placentaria, por lo que su consumo supone un riesgo para el feto, tanto durante el embarazo como en la lactancia.

Puede generar tolerancia y dependencia, con el consecuente síndrome de abstinencia en caso de retirada brusca de la droga. Éste conlleva ansiedad, insomnio, irritabilidad, depresión, anorexia, etc.

Está constatada la potencialidad del cannabis como elemento desencadenante de psicosis y cuadros delirante–alucinatorios en personas en riesgo.

Existen pocas posibilidades de sobredosis mortal por cannabis.

Por otra parte, hay otro elemento de riesgo a considerar en relación con la utilización de esta sustancia: no todo usuario de cannabis experimentará necesariamente con otras sustancias más peligrosas, pero sí existe un riesgo situacional, derivado de la inclusión en un circuito comportamental de consumos y de consumos ilícitos.

Además está el peligro de condicionar o limitar las posibilidades de vivir libre y autónomamente el desarrollo personal en los adolescentes.

5. LA COCAÍNA.

5.1. Introducción.

Antes de abordar el tema de los derivados de la coca conviene precisar:

- ◆ No existe ningún vínculo entre el tradicional uso de las hojas de la coca por parte de los indios sudamericanos y los patrones de consumo dominantes en el mundo contemporáneo.
- ◆ Hay una clara tendencia a denominar cocaína a cualquier variedad de esta droga, generándose con ello gran confusión. Dado que se trata de sustancias perfectamente diferenciables, se analizan a continuación de manera independiente.

5.2.Fuente.

Los derivados cocainicos se obtienen a partir del arbusto de la coca del que existen multitud de variedades. De entre ellas, las más conocidas son: la boliviana o "huanaco", propia de Bolivia, la colombiana o "novagranatense" cultivada en Colombia, y la "trujillense" del Perú.

La planta, que puede ser productiva hasta treinta o cuarenta años, permite recoger cuatro o cinco cosechas al año en condiciones favorables. Salvo un pequeño porcentaje que se dedica al consumo interno o a la exportación legal, la mayoría de la producción se destina a elaborar cocaína y al narcotráfico.

5.3. Origen.

La producción de la cocaína es sencilla y los pasos a seguir están bien definidos: básicamente se transforman las hojas de coca en pasta de cocaína y después, ésta en clorhidrato. La elaboración de cocaína es posible con el auxilio de unas sustancias químicas, llamadas precursores, entre las que se encuentran el éter, ácido sulfúrico, gasolina, etc.

Según el proceso de elaboración y las sustancias empleadas se obtendrán diferentes modalidades de derivados: pastas de coca o basuca, clorhidrato de cocaína, base libre y "crack".

– Pasta de Coca.

Tras macerar en agua las hojas de coca, éstas se tratan con determinados productos (sobre todo solventes y ácido sulfúrico) obteniéndose de esta manera la "cocaína cruda", también llamada pasta de coca, "pitillo" en Bolivia, "baserolo" en Ecuador, "basuca" en Colombia y en España, etc.

No hay estadísticas fidedignas de la magnitud que ha alcanzado su utilización, pero mientras que en Europa y Norteamérica el problema es prácticamente inexistente, se puede afirmar que en algunos países de América Latina "nunca un tipo de droga alcanzó grados más alarmantes de consumo y porcentajes más altos en tan corto tiempo que la basuca".

5.4. Efectos.

La absorción de la basuca – al igual que la de la base libre y el crack – es muy rápida y los efectos se suelen presentar tras la primera inhalación de manera inmediata. Éstos duran cuatro o cinco minutos y consisten en:

- ◆ Sensación de estimulación y bienestar efímero.
- ◆ Taquicardia, aumento de la presión arterial, sudoración.
- ◆ Anorexia o falta de apetito.
- ◆ Hipersexualidad.
- ◆ Manifestación de efectos adversos como ansiedad creciente, vómitos, diarreas, insomnio, ardor de ojos, cambios súbitos del humor.

Paradójicamente, la experiencia subjetiva que describen los usuarios de forma casi unánime no es placentera sino de angustia, la cual se ve disminuida al fumar de nuevo otro cigarrillo.

Tras un consumo considerable de pasta, el sujeto presenta un estado de mutismo con disminución de la atención y dificultades de tipo psicomotriz.

Puede presentarse la conocida psicosis cocaínica, con síntomas semejantes a los producidos por el clorhidrato de cocaína.

El uso ocasional de basuca suele tornarse con prontitud en consumo problemático: un alto porcentaje de adictos manifiestan que iniciaron un abuso diario de cantidades altas de pasta entre la segunda y la cuarta experiencia con esta droga. Es decir, puede confirmarse que la tolerancia se instaura rápidamente y que la adicción se presenta entre tres y seis meses de uso, si no es con mayor celeridad.

La supresión de la sustancia acarrea un síndrome de abstinencia en el que prevalecen los síntomas psicológicos sobre los orgánicos y caracterizado por ansiedad, necesidad del producto, diarrea, palidez, crisis de llanto, sudoración y taquicardia.

Si se trata de un consumo crónico, el sujeto aparece con un enorme desgaste físico (problemas bucodentales, desnutrición, dermatitis, alteraciones hepáticas, encefalopatías, disminución del deseo y actividad sexual, etc.) además de importantes consecuencias en los ámbitos psicológico y social; algunas de ellas son:

- ◆ Reacciones paranoides (hipervigilancia, delirios de persecución, etc.)
- ◆ Tendencia a la depresión, indiferencia sexual, melancolía, inseguridad, baja autoestima y, con menos frecuencia, ideas de suicidio.
- ◆ Fruto de lo anterior es el aumento de la criminalidad, el absentismo escolar y laboral, los problemas familiares, etc.
- ◆ Salvo en casos muy extremos, la mayor parte de estos síntomas son reversibles si concurren una abstinencia total y un tratamiento adecuado.

5.5. Clorhidrato de Cocaína.

5.5.1. Patrones de consumo.

Durante mucho tiempo la cocaína se popularizó entre las clases sociales más acomodadas e influyentes. Sus efectos, la creencia de que se trata de una droga "segura" y la aparente ausencia de riesgos al consumirla le han valido sobrenombres como "la droga de los ejecutivos", "el champán o caviar de las drogas", "el polvo de oro", etc.

En la actualidad, su consumo es generalizado, alcanza todos los estratos sociales y, en los países desarrollados, ha seguido una tendencia claramente ascendente.

Se consume habitualmente por vía nasal (esnifada), aunque también se absorbe por mucosas (frotando en las encías). Algunos consumidores se la inyectan, sola o mezclada con otras drogas (heroína).

5.5.2 Efectos Inmediatos.

Dosis moderadas de cocaína producen:

- ◆ Ausencia de fatiga, de sueño y de hambre.
- ◆ Exaltación del estado de ánimo.
- ◆ Mayor seguridad en sí mismo.
- ◆ Prepotencia: disminuyen las inhibiciones y el individuo suele percibirse como una persona sumamente competente y capaz.
- ◆ Aceleración del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial.

- ◆ Aumento de la temperatura corporal y la sudoración.
- ◆ Reacción general de euforia e intenso bienestar.
- ◆ Anestésico local.
- ◆ Cuando el uso es ocasional puede incrementar el deseo sexual y demorar la eyaculación, pero también puede dificultar la erección.

Con dosis altas, los efectos son:

- ◆ Ansiedad intensa y agresividad.
- ◆ Ilusiones y alucinaciones.
- ◆ Temblores y movimientos convulsivos.
- ◆ La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una bajada caracterizada por cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.

5.5.3. Efectos a largo plazo.

- ◆ Complicaciones psiquiátricas: irritabilidad, crisis de ansiedad, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración. Mención especial merece la llamada "psicosis cocaínica": consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, pudiendo producir verdaderas crisis de pánico, cuadros alucinatorios, etc.
- ◆ Apatía sexual o impotencia.
- ◆ Trastornos nutricionales (bulimia y anorexia nerviosa).
- ◆ Alteraciones neurológicas (cefaleas o accidentes vasculares como el infarto cerebral).
- ◆ Problemas respiratorios (disnea o dificultad para respirar, perforación del tabique nasal, ...)
- ◆ Importantes secuelas sobre el feto durante el embarazo (aumento de la mortalidad perinatal, aborto y alteraciones nerviosas en el recién nacido).

Los datos respecto a la dependencia física y la tolerancia de la cocaína no son concluyentes. Sin embargo sí se puede afirmar con rotundidad que el grado de dependencia psicológica es uno de los más elevados entre las diferentes sustancias psicoactivas.

5.6. Base libre y "Crack".

No se trata de sustancias nuevas, ni tampoco de cocaína sintética. Ambas son dos formas base de la droga, químicamente iguales entre ellas, que difieren fundamentalmente en el proceso de elaboración: la base libre se obtiene desde el clorhidrato de cocaína añadiendo éter y calor elevado. En cambio, si lo que se utiliza es bicarbonato sódico, amoníaco y agua con calor moderado, el producto final será el "crack".

La llamada base libre fue una forma de consumo iniciada en los años 70 y muy popular en EE.UU. a finales de esa década (free base house). Sin embargo, las complicaciones de su utilización, la peligrosa elaboración del producto "el éter es muy inflamable", y su elevado precio hicieron que esta práctica no se generalizara. Hacia 1980, su uso estaba restringido a determinados sujetos que la elaboraban a nivel particular para su propio consumo.

Una pequeña variación en el proceso de producción dio lugar al surgimiento de "crack" o "rock", de efectos similares y, en cambio, de uso mucho más sencillo que la base libre.

La vía más normal de consumo es a través de la aspiración de los vapores de la combustión o fumándolos.

6.6.1. Alcance del problema.

Mientras que en Latinoamérica ha sido la basuca la más devastadora de las sustancias derivadas de la hoja de coca, los países más desarrollados, sobre todo EE.UU., asisten a un crecimiento inusitado del

abuso del "crack". Este problema no ha tenido la misma incidencia en Europa; no obstante, algunos marcadores como los ingresos hospitalarios por su consumo, los decomisos de esta sustancia, etc., apuntan un cierto crecimiento.

Algunas de las razones que justifican esa propagación son:

- ◆ El precio del producto, mucho más asequible que el clorhidrato de cocaína.
- ◆ La sencillez del proceso de obtención: en cualquier cocina doméstica puede producirse.
- ◆ La transformación del clorhidrato de cocaína en "crack" por parte del traficante, pues con ello multiplica sus beneficios.
- ◆ La intensidad de su acción y la súbita bajada de la misma, lo que incita al consumo reiterado de nuevas dosis.
- ◆ La rápida aparición de dependencia que lleva a los adictos a la utilización de la sustancia de manera compulsiva.

5.6.2. Efectos.

Son semejantes a los del clorhidrato de cocaína pero mucho más potentes y con más riesgos para el individuo.

Se inician con euforia, una exagerada sensación de bienestar y excitación sexual. Pronto se disipan viéndose reemplazados por una fuerte depresión, irritabilidad, angustia, insomnio y disminución del apetito.

Produce un claro aumento de la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea lo que explica el alto porcentaje de infarto de miocardio y hemorragias cerebrales entre los usuarios.

Las afecciones bronquiales y el fallo respiratorio son otras de las complicaciones de rápida aparición que resultan usualmente mortales.

La naturaleza de esta sustancia le otorga un enorme poder adictivo con el consecuente síndrome de abstinencia en caso de retirada de la misma.

6.EL ÉXTASIS.

6.1. Introducción.

El nombre químico del Éxtasis es MDMA o Metilendioximetanfetamina aunque las pastillas de la calle suelen estar adulteradas con otras sustancias como el MDA o MDEA que son muy peligrosas. Pertenecen a la familia de drogas estimulantes.

Puede costar entre 1500–3000 pts. y se presenta en forma de pastillas de diferente forma y color. Otros nombres que también recibe el Éxtasis son: EVA, XTC, E,...Es una sustancia prohibida por las leyes internacionales.

Como cualquier otra sustancia tóxica puede generar dependencia.

6.2. Efectos.

Se conoce todavía relativamente poco acerca de los problemas asociados al consumo de Éxtasis sin embargo, algunas personas han muerto en Gran Bretaña en relación con el consumo de Éxtasis.

Como consecuencia de la acción sobre el cerebro se puede sentir depresión.

Hay personas que son especialmente sensibles al Éxtasis y hasta una dosis muy pequeña puede producirles consecuencias muy graves.

Aquellas personas que sufren de hipertensión, problemas de corazón, epilepsia, asma o mujeres que están embarazadas o tomando antidepresivos no se le es recomendado el consumo de Éxtasis.

En jóvenes, el hecho de bailar ininterrumpidamente y tomar Éxtasis les puede ocasionar deshidratación.

Si es mezclado con alcohol el riesgo de sufrir una mala reacción aumenta enormemente.

El consumo de Éxtasis se ha asociado como causa de muerte. Los expertos creen que puede ser debido a los Golpes de Calor y deshidratación. Los Golpes de calor o subidas bruscas de la temperatura corporal tienen su origen en la combinación de:

- ◆ Éxtasis
- ◆ Baile frenético
- ◆ Beber insuficiente agua
- ◆ Lugares con mucho calor y humedad.

El consumo de Éxtasis provoca una subida de la temperatura corporal.

6.3. Medidas para reducir los riesgos ocasionados por el éxtasis.

Si alguien tiene un colapso:

- ◆ Llamar a una ambulancia o servicio de urgencias.
- ◆ Situar a la persona afectada en la posición de seguridad.
- ◆ Mantener a la persona afectada con fresca (agua fría).

7. LA HEROÍNA.

7.1. Introducción.

La heroína es una sustancia que se extrae del opio (Papaver Somniferum), al igual que otros derivados opiáceos como la metadona, morfina, codeína,...

La heroína es una sustancia que genera una fuerte dependencia, tanto física como a nivel psicológico y comportamental. Quien toma heroína regularmente se convierte en adicto y experimenta:

- ◆ Tolerancia: la necesidad de aumentar continuamente las dosis para obtener el mismo efecto.
- ◆ Síndrome de Abstinencia: síntomas orgánicos con diferente gravedad e intensidad: temblores, bostezos, agresividad, etc.
- ◆ Una fuerte necesidad psicológica ('craving') de droga.

La heroína cuesta entre 10.000–15.000 pts. el gramo.

7.2. Administración.

La heroína se puede administrar vía fumada, esnifada o inyectada. Los efectos son siempre los mismos, pero varía su intensidad y la rapidez de actuación.

7.2.1. Inhalar la heroína.

('Fumarse un chino' Chasing the Dragon): La Heroína se calienta sobre un papel de aluminio y se inhalan los vapores que desprende.

7.2.2. Inyectarse la heroína.

La heroína se disuelve en agua y un poco de ácido cítrico en el seno de una cuchara y con ayuda de un filtro y una jeringa se inyecta directamente en la vena.

Cada vía de administración conlleva una serie de riesgos para la salud:

- ◆ Fumarla es más seguro que esnifarla. Penetra en el organismo de forma gradual y se puede controlar un poco más la dosis.
- ◆ La inyección es la forma de administración que más riesgos implica ya que se contraen numerosas infecciones: hepatitis, SIDA, etc.

7.3. Riesgos y Daños.

La heroína atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y llega rápidamente al cerebro ocasionando alteraciones en los neurotransmisores cerebrales. También atraviesa la barrera placentaria y, en mujeres embarazadas, puede afectar muy negativamente al desarrollo del feto.

La heroína es adulterada con numerosos productos a veces muy tóxicos. Esto puede producir septicemia y otras infecciones graves.

Cuando se utiliza la administración intravenosa, la inyección puede dañar las venas provocando trombosis y abscesos. Además, si se comparten las jeringuillas para inyectarse ('chutarse', 'pincharse') o no se utilizan jeringas estériles cada vez se puede transmitir e infectar con el VIH (virus causante del SIDA). El cultivo, tráfico, comercio y posesión de heroína está castigado por las leyes. Es una droga ilegal clasificada en la lista I del Convenio de Estupefacientes de la ONU.

7.4. Medidas para reducir los riesgos ocasionados por la heroína.

Actualmente existen numerosas alternativas terapéuticas para tratar la dependencia de la heroína. Lo más recomendable es que te dirijas al Centro de Atención a las Drogodependencias más cercano, público y gratuito, y se solicite tratamiento. Se puede optar por tratamiento:

- ◆ Ambulatorio.
- ◆ Ingreso en Comunidad Terapéutica.
- ◆ Mantenimiento con Metadona.
- ◆ Mantenimiento con Naltrexona

8. LOS INHALANTES.

8.1. Introducción.

Se trata de una amplia gama de productos que tienen en común que, al entrar en contacto con la atmósfera, liberan diversos compuestos químicos cuya inhalación altera de manera transitoria y reversible el funcionamiento de nuestro cerebro.

Son productos de uso doméstico o industrial, habituales en nuestra sociedad, tales como gasolina, pegamentos, pinturas, lacas, quitaesmaltes, gas para encendedores, líquido de frenos o aerosoles de

todo tipo.

Debido a su facilidad de adquisición, bajo coste, venta autorizada y a los efectos rápidos e intensos que produce, esta droga es fácil de consumir en la sociedad actual.

8.2. Efectos.

La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc.

Al igual que el alcohol se trata de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que primero desinhiben al consumidor, para sumirle progresivamente en una depresión general que puede dar lugar a sueño, estupor o coma.

Los principales síntomas fisiológicos derivados del consumo son: irritación de la conjuntiva de los ojos y de las vías respiratorias superiores, lagrimeo, tos, gastritis, inhibición del apetito y dolor de cabeza.

8.3. Vía de administración.

Existen diversas formas:

- ◆ Impregnar un trapo o un pañuelo. Se emplea por los inhaladores de gasolina y disolventes.
- ◆ Inhalar desde una bolsa. Probablemente la forma de experimentar con mayor rapidez los efectos psicoactivos sea verter la sustancia en una bolsa de plástico o papel para inhalar los vapores introduciendo en ella la cara y absorbiendo los gases a través de la mucosa nasal y oral. Este procedimiento se emplea especialmente por los inhaladores de pegamento.
- ◆ Rociar con aerosoles directamente sobre la boca o nariz.

8.4. Riesgos y daños.

El consumo crónico de estas drogas puede generar problemas de salud:

- ◆ Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, anorexia).
- ◆ Trastornos renales y hepáticos.
- ◆ Arritmias.
- ◆ Alteraciones respiratorias (bronquitis crónica, edema pulmonar).
- ◆ Conjuntivitis crónica.
- ◆ Muerte súbita por fallo cardíaco, muerte por aspiración de vómito, muerte por arritmias ventriculares.

A nivel psicológico un riesgo muy importante es la aparición de alucinaciones visuales. Otros síntomas son: irritabilidad, disminución de la concentración, deterioro del rendimiento escolar, absentismo escolar, etc.

9.EL LSD.

9.1. Introducción.

El LSD es Dietilamida del Ácido Lisérgico, una droga alucinógena o psicodélica que se extrae químicamente del cornezuelo del centeno.

Se vende en forma de minúsculos sellos con diferentes formas y colores.

En la calle también se le llama tripi o ácido.

9.2. Efectos.

Los efectos que se experimentan cuando se toma LSD son descritos como un viaje porque se experimenta una sensación de traslación a otro lugar–espacio–tiempo. Esta experiencia se puede dividir en cuatro fases:

- ◆ Fase de Subida: Entre treinta minutos y una hora tras la toma, los colores empiezan a ensombrecerse, los objetos en movimiento dejan tras de si una estela. Incluso con los ojos cerrados se pueden tener visiones similares.
- ◆ Fase de Meseta: Alrededor de la segunda hora, los efectos se hacen más intensos. Aparecen visiones fantásticas y alucinaciones visuales.
- ◆ Fase o Pico Máximo: El tiempo parece que se detiene y se experimenta una especie de traslación a otro mundo. Esta experiencia puede ser algo místico o, por el contrario, producir temor y miedo.
- ◆ Fase de Caída o bajada: Entre cinco o seis horas después de la toma, van desapareciendo todos los efectos de la sustancia.

9.3. Vía de administración.

Se toma siempre de forma oral, ingiriendo o tragando los micropapeles impregnados con el LSD.

9.4. Riesgos y daños.

El uso de LSD puede producir graves alteraciones mentales como estados de paranoia, alucinosis, esquizofrenia, ansiedad extrema o ataques de pánico. Debido a estas posibles alteraciones mentales, cuando se ha tomado LSD se cometen muchas imprudencias y temeridades.

El uso frecuente de LSD produce cambios drásticos en la personalidad del individuo que influyen negativamente en su desarrollo posterior.

10.LA METADONA.

10.1. Introducción.

Es un analgésico potente similar a la morfina (también derivado opiáceo), pero sin un efecto sedante tan fuerte.

En su forma básica es un polvo blanco cristalino, pero suele estar disponible en varias formas y concentraciones: comprimidos, supositorios y autoinyectables.

Se utiliza en programas especiales para el tratamiento de la dependencia a la heroína. Neutraliza la euforia de la heroína y evita la aparición del síndrome de abstinencia.

10.2. Efectos.

La metadona tiene efectos secundarios, como: aturdimiento, mareos, náuseas, vómitos, boca seca o duración. En casos de abuso pueden aparecer fallos circulatorios y coma profundo y se han dado casos de muerte por fallo respiratorio.

10.3. Riesgos y daños.

Aunque el uso regular de metadona puede inducir dependencia, se considera que ésta es menos grave que la morfina o la heroína, y más fácil de tratar.

La persona inserta en un programa de mantenimiento con metadona puede llevar una vida normal.

11. LA METANFETAMINA.

11.1. Introducción.

La metanfetamina es un estimulante poderosamente adictivo que afecta dramáticamente el sistema nervioso.

Es un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor.

La metanfetamina es una drogas adictiva, con capacidad para generar dependencia.

La metanfetamina es corrientemente conocida como "speed", "meth", y "chalk". Generalmente se refiere a la forma fumada de la droga como "hielo" (ice), "cristal" (crystal), "arranque" (crank), y "vidrio" (glass).

11.2. Efectos.

Los efectos de la metanfetamina pueden durar de 6 a 8 horas. Después de la "sensación eufórica" inicial, hay un estado de alta agitación en algunos individuos que los puede conducir a que se comporten violentamente.

La metanfetamina tiene efectos tóxicos. En los animales, una sola dosis alta de la droga ha revelado un gran daño a los terminales de los nervios en las regiones del cerebro que contienen dopamina. Se cree que el gran desprendimiento de dopamina producida por la metanfetamina contribuye a estos efectos tóxicos en los terminales de los nervios del cerebro.

Dosis altas de la droga pueden elevar la temperatura del cuerpo a niveles peligrosos, a veces mortales, y también pueden causar convulsiones.

Además de ser adictos a la metanfetamina, los consumidores crónicos de la droga revelan síntomas que pueden incluir comportamiento violento, ansiedad, confusión, e insomnio. También pueden demostrar varias características psicóticas, incluyendo la paranoia, alucinaciones auditivas, ánimo alborotado, y delirio (por ejemplo, la sensación que insectos le caminan sobre la piel). Además, la paranoia puede provocar pensamientos de homicidio y / o de suicidio.

11.3. Administración.

La metanfetamina existe en muchas formas diferentes y se puede fumar, inhalar, ingerir oralmente, o inyectar. La droga altera el estado de ánimo en formas diferentes dependiendo de como se tome.

11.4. Riesgos y daños.

La metanfetamina es un estimulante clasificado en la "Schedule II", lo cual significa que la droga tiene un alto potencial de ser abusada y es disponible solamente por medio de recetas médicas que no se pueden renovar. Existen algunas razones médicas aceptables para el uso de esta droga, como el tratamiento de la narcolepsia, el desorden caracterizado por déficit de atención, y para uso, a corto

plazo, del control de la obesidad; pero estos usos médicos son limitados.

12.EL TABACO.

12.1. Introducción.

El tabaco se elabora a partir de las hojas secas de la planta del mismo nombre. El tabaco contiene varias sustancias, destacando la nicotina que es la responsable de generar dependencia.

La nicotina es el producto activo más importante del tabaco (junto con el alquitrán). Es una droga estimulante, genera adicción y produce un incremento del pulso cardíaco y de la tensión arterial.

Junto con el alcohol es la sustancia adictiva que más se consume y más problemas sanitarios acarrea.

12.2. Efectos.

Las primeras veces se suele sentir mareo, tos y hasta vómitos.

Los fumadores empedernidos dicen que les relaja y ayuda a combatir los estados de ansiedad o aburrimiento.

12.3. Administración.

El tabaco suele consumirse en forma de cigarrillos, puros o tabaco de pipa. Actualmente, un paquete de 20 cigarrillos de tabaco rubio cuesta en torno a las 350 pts.

12.4. Riesgos y daños.

El tabaco genera adicción y, por tanto, los fumadores deben fumar un número determinado de cigarros cada día (entre 20–30) para mitigar la dependencia. Si no pueden hacerlo aparece el síndrome de abstinencia.

La tos y los problemas respiratorios son muy frecuentes entre los fumadores. Los fumadores regulares y tras mucho tiempo de consumo aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón, de garganta, problemas circulatorios y bronquitis.

Fumar durante el embarazo puede dañar muy peligrosamente al desarrollo del feto.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000).

1. Ámbitos de actuación.

El Plan Nacional sobre Drogas cuenta con diferentes áreas de intervención, en las cuales se llevan a cabo un conjunto de actividades propuestas por las instituciones que conforman dicho Plan Nacional, como son la Administración Central, Planes Centrales y Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Las áreas de intervención serán numeradas y explicadas a continuación.

1.1.Prevenición.

La prevención es la actuación prioritaria para afrontar el fenómeno de las drogodependencias. El objetivo principal de la prevención es el educar para adquirir una serie de valores, evitando así que se consuman drogas y, evitando, a la misma vez, el conjunto de problemas sociales y sanitarios que

ocasionan las mismas.

Entre los diferentes ámbitos de población sobre los que se han realizado programas de prevención, están:

- ♦ **Ámbito escolar.** En este aspecto se han realizado programas dirigidos tanto a alumnos como profesores, dedicados a la formación de ambos. En el caso de los profesores, para ampliar sus conocimientos sobre las drogas con el fin de impartir posteriormente dichos conocimientos a los alumnos.

La FAD, ha realizado programas en este aspecto, uno de los cuales, denominado PIPES (Plan Integral de Prevención Escolar) tiene como objetivo buscar que los escolares tengan estilos de vida más saludables a través de procesos educativos que contribuyan a disminuir los factores de riesgo y a desarrollar factores de protección. Esto se lleva a cabo mediante un método práctico, con la elaboración de actividades aplicables de modo directo en el aula, que se completan con una preparación en estrategias educativas específicas.

- ♦ **Programas para jóvenes fuera del colegio.** Estos programas están centralizados en los consumos recreativos de fin de semana.

Se puede citar un programa llevado a cabo por la FAD denominado Programa Alcohol y Conducción, el cual tiene como objetivos el informar a los usuarios (alumnos que están en autoescuelas para sacarse el permiso de conducción y alumnos que superan la edad de los centros educativos) sobre los efectos que supone el alcohol tanto para las habilidades o capacidades del conductor, como para la propia conducta en general; sensibilizar a los futuros conductores sobre la influencia que el consumo de alcohol tiene en los accidentes de tráfico, mostrando las consecuencias de tipo social y sanitario atribuibles a esa conducta; y modificar algunas percepciones existentes sobre el alcohol y sus efectos.

- ♦ **Ámbito familiar.** El acceso a las familias se realiza por dos vías diferentes: una desde la escuela, y otra desde la comunidad.

La FAD ha realizado programas también en este aspecto, como es el caso del programa Prevención del consumo de alcohol en el ámbito familiar. Este programa, como bien dice su nombre, va dirigido a la familia, por ser ella el seno en el cual un individuo se desarrolla inicialmente, y es por eso por lo que esta ONG le ha dedicado un programa. De esta manera, se podrá prevenir a los jóvenes desde su propio hogar sobre las consecuencias y daños que produce el alcohol, siendo educados por sus padres al respecto.

La FAD también cuenta con otro tipo de programas a llevar a cabo en el seno familiar, pero que en este caso están enfocados con el fin de prevenir el consumo de drogas. Este programa se llama Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar y es un programa similar al anterior.

- ♦ **Otros programas.** En este apartado se incluyen los programas destinados a la prevención en el ámbito laboral y a la prevención mediante los medios de comunicación.

1.2.Asistencia y reinserción social.

En lo referente a la asistencia, podemos decir que existen muchos tipos de programas. Podemos citar, por ejemplo, el Programa libre de drogas, del cual podemos decir que una gran mayoría de los usuarios, 73.467, ha sido atendido en los 495 centros ambulatorios existentes en nuestro país, entendiendo que en esta categoría se incluyen los centros de día terapéuticos que realizan también una atención de carácter ambulatorio. Por otro lado, 106 comunidades terapéuticas, públicas o privadas con financiación pública han atendido a 6.322 personas en régimen residencial y 56 unidades hospitalarias han asistido a 4.932 personas.

Existen también otros tipos de programas, como puede ser los Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, los cuales han sufrido también un incremento en el año 2000.

Otros programas que también merecen ser citados, pueden ser los destinados a la dispensación de metadona, en los cuales han intervenido considerables oficinas de farmacia; el Programa de reducción del daño; los Programas de Intercambio de Jeringuillas, que también han aumentado en número a lo largo del año 2000; Programas de asistencia al alcoholismo; y los Programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico penales, los cuales han mejorado bastante, y ya muchos de estos individuos pueden disponer de una asistencia sanitaria y un apoyo social mientras se encuentran en contacto con el sistema judicial.

En cuanto a la reinserción social, siguen en aumento los programas destinados a la reincorporación social de los drogodependientes, los cuales pueden ser agrupados en Programas de formación y Programas de reinserción laboral.

2. Actividades realizadas por la comunidad de Castilla-La Mancha.

A lo largo de 2000 se ha ampliado la cobertura de los programas de prevención, continuándose con el desarrollo del programa Comunidad, Escuela de Salud y aumentando la cobertura del programa Alcazul. El primero es un programa dedicado a las actividades de tiempo libre, con el fin de proponerlas como ocio alternativo al de las drogas. Este programa está dedicado a niños de 10 a 14 años. El segundo, Alcazul, es un programa similar al anterior, pero va destinado a jóvenes más que a niños.

En el ámbito de prevención laboral hay que destacar la participación de los sindicatos CCOO y UGT con la Confederación de Empresarios de Castilla-La Mancha, así como la publicación de dos nuevas guías de prevención, una en colaboración con los empresarios de la Región y otra con el sindicato de Comisiones Obreras. Estas guías reciben el nombre de CCOO y CECAM.

Por lo que se refiere al capítulo asistencial, se ha aumentado el número de plazas en régimen de internamiento y se ha reorganizado la atención prestada en la Comunidad Terapéutica El Alba para dar respuesta a las nuevas necesidades de los drogodependientes. Así mismo, se ha aumentado la asistencia prestada a pacientes alcohólicos y en programas de reducción del daño.

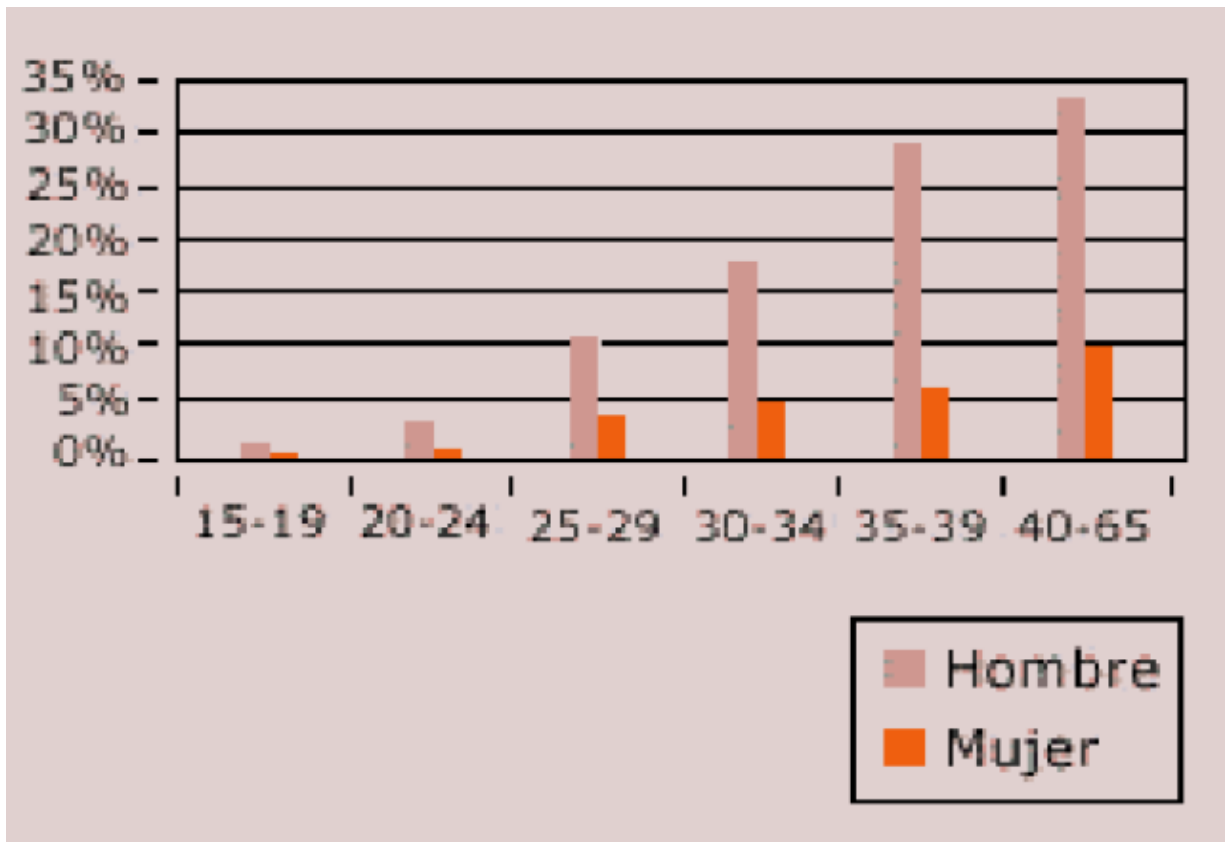
En el ámbito escolar, la colaboración con la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción se sigue realizando. La cobertura mantenida con el PIPES (Programa Integral de Prevención Escolar) se ha ampliado en lo referente a años anteriores. También se ha realizado el programa Entre Todos, en colaboración con El Proyecto Hombre.

Igualmente, en el medio familiar, se ha continuado con el programa Y tú, ¿qué piensas?, dirigido a los jóvenes de 16 a 18 años.

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.

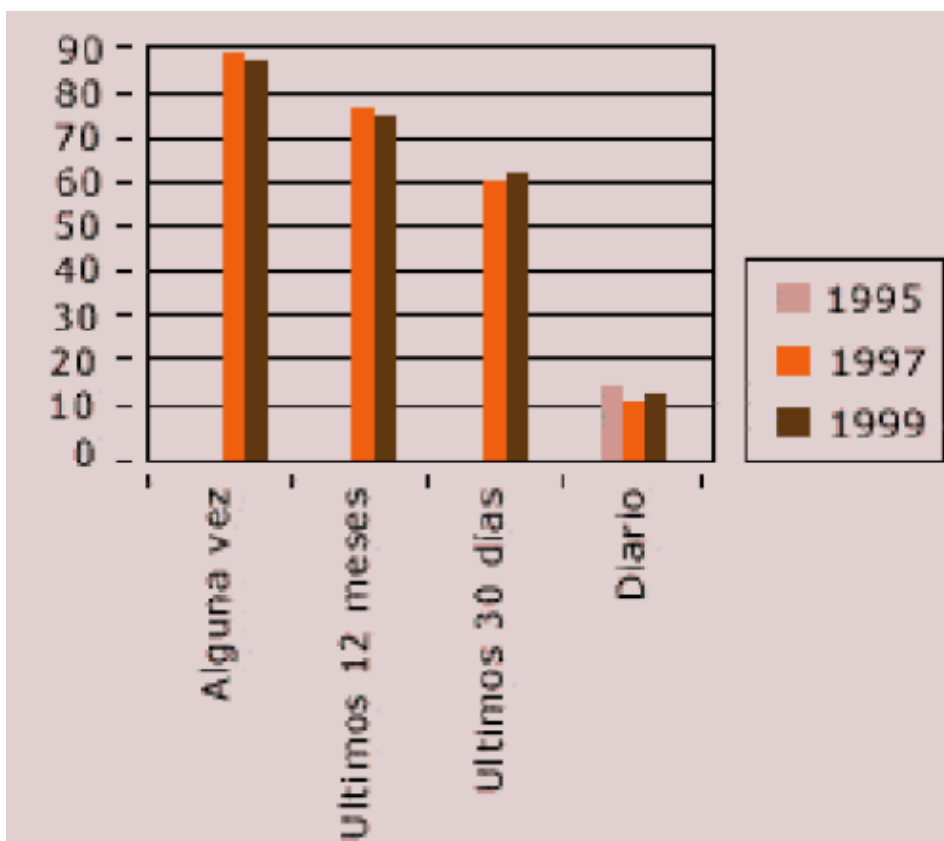
1. CONSUMO DE ALCOHOL.

1.1. CONSUMO DE ALCOHOL DIARIO POR EDAD Y SEXO.



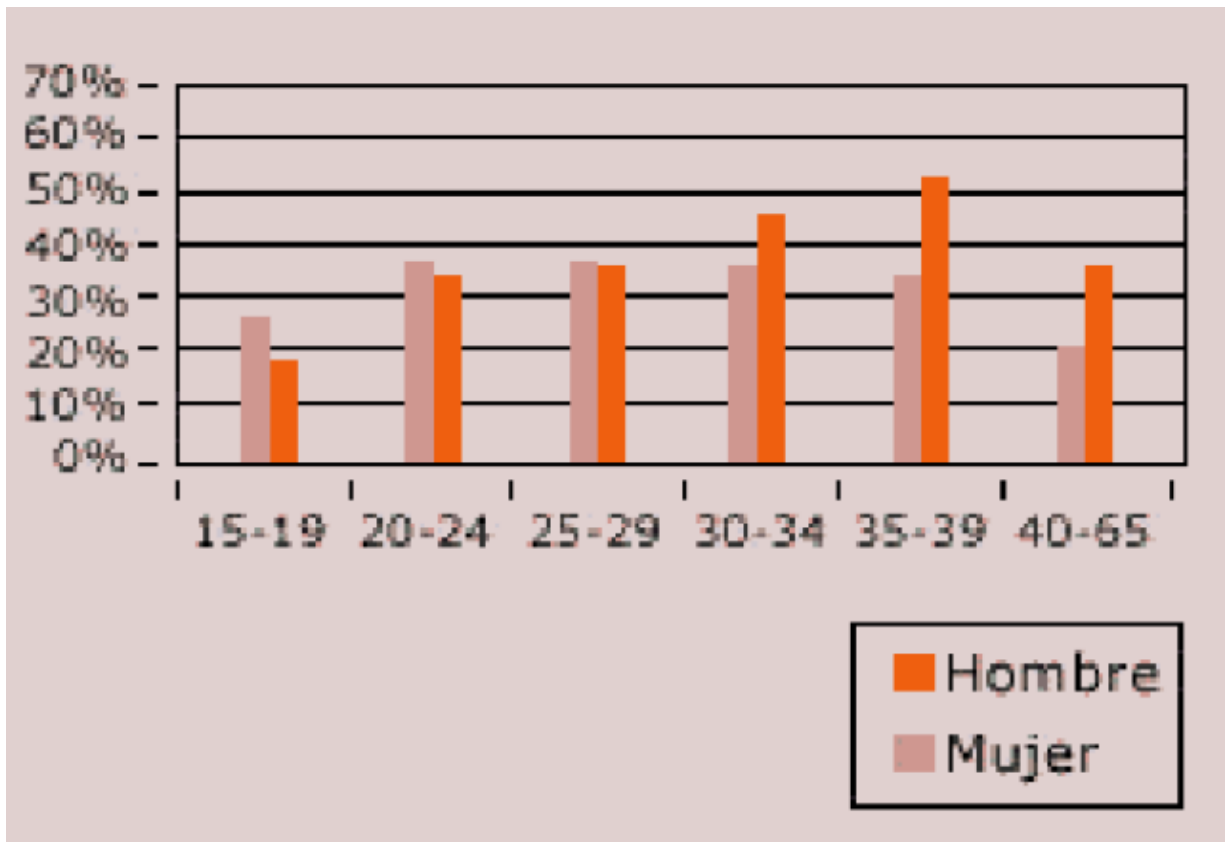
En ésta representación gráfica se puede comprobar como el alcohol es consumido a diario, con diferencia, por la población masculina. Esta diferencia se hace notoria a medida que la edad poblacional aumenta, aumentando también el tanto por ciento de personas que lo consumen. Aún así, el consumo diario de alcohol no es muy grande, pues ni los picos más altos alcanzan el 40%.

1.2. CONSUMO DE ALCOHOL POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



En este gráfico se puede comprobar como existe un alto porcentaje de personas (90%) que han consumido alcohol alguna vez, y aunque el porcentaje era mayor en años anteriores, la diferencia es mínima. Sin embargo, el tanto por ciento de personas que consumen alcohol a diario es mínimo. El porcentaje que ha consumido alcohol en este último año es considerable, y mayor al de personas que han consumido alcohol en los últimos 30 días.

1.3. CONSUMO DE ALCOHOL SEMANAL POR EDAD Y SEXO.

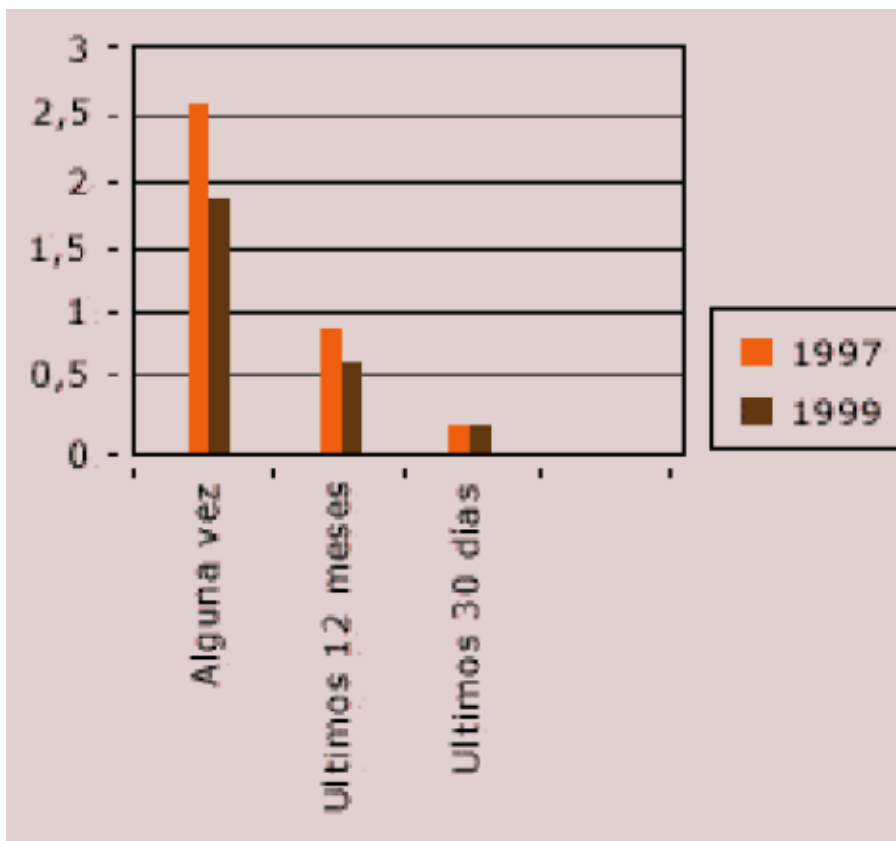


Esta representación gráfica muestra, como, a diferencia del gráfico 2.1. en el que se mostraba el consumo diario de alcohol por edad y sexo, el consumo semanal de alcohol está más igualado en lo que a sexo se refiere y no existen esas diferencias tan notorias entre ambos sexos como en el gráfico 2.1. se mostraba.

Este gráfico muestra de manera muy clara, como las mujeres son predominantes en el consumo de alcohol semanal en los períodos de edad que comprenden desde los 15 hasta los 29 años, estando más igualadas con los hombres en el rango de edad de los 25 a los 29, pero siendo, aún así, predominantes aunque en menor grado. A partir de los 30 años, son los hombres los que realizan más consumo semanal, alcanzando el porcentaje más alto y con más diferencia de la población femenina entre los 35 y los 39 años (alrededor del 50%).

2. CONSUMO DE ALUCINÓGENOS.

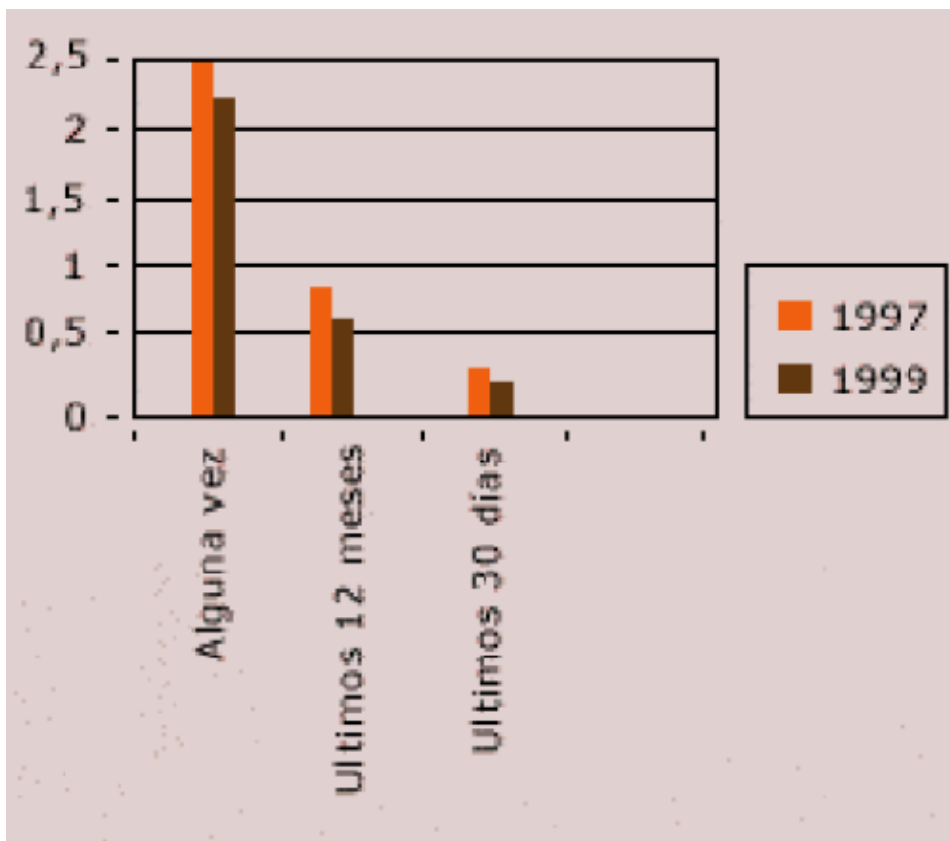
2.1. CONSUMO DE ALUCINÓGENOS POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Aquí se puede comprobar como existe un porcentaje de personas que ha consumido alucinógenos alguna vez, porcentaje que ha disminuido en los últimos años (1.8%). Sin embargo, el consumo en los últimos 30 días es muy pequeño, y ha variado muy poco en comparación a años anteriores (0.3%).

3. CONSUMO DE ANFETAMINAS-SPEED.

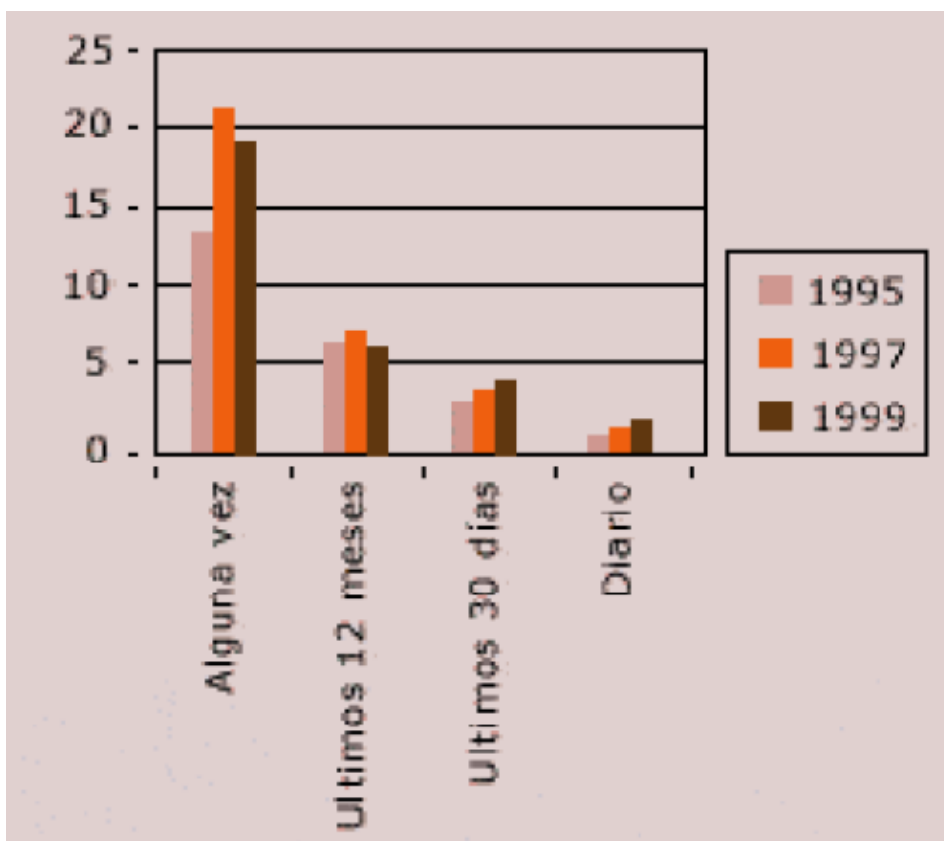
3.1. CONSUMO DE ANFETAMINAS-SPEED POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Se puede observar como existe un porcentaje del 2.3% que ha consumido este tipo de droga alguna vez, aunque el consumo de la misma ha disminuido, aunque no es muy notorio, si comparamos el consumo de años anteriores (2.5%). Al igual que la gráfica anterior, el consumo de anfetaminas-speed disminuye cuando se trata del consumo en los últimos 12 meses o al consumo en los últimos 30 días. Sin embargo, ese consumo no deja de ser nulo, aunque si es muy pequeño.

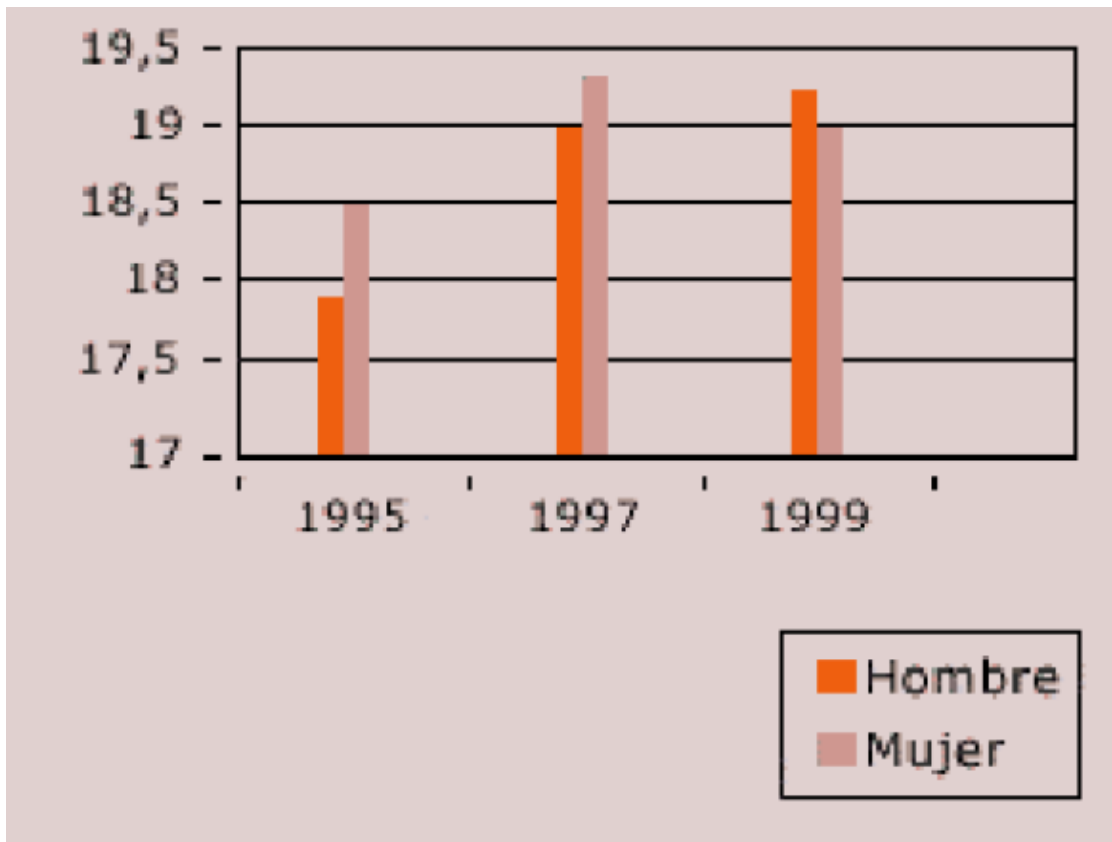
4. CONSUMO DE CANNABIS.

4.1. CONSUMO DE CANNABIS POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



El mayor porcentaje de consumo de cannabis, al igual que en las otras drogas, se encuentra en aquellas personas que lo han consumido alguna vez (19%). Aunque el consumo en este rango ha aumentado en los últimos años, era menor en el año 1995 (14%), con lo que se puede decir que el consumo de esta droga se encuentra, por decirlo así, en aumento. Por lo referente a los otros rangos (últimos 12 meses, últimos 30 días y diariamente), el consumo es decreciente, hasta llegar a cifras como las de 1999 (0.3%) que son muy poco importantes.

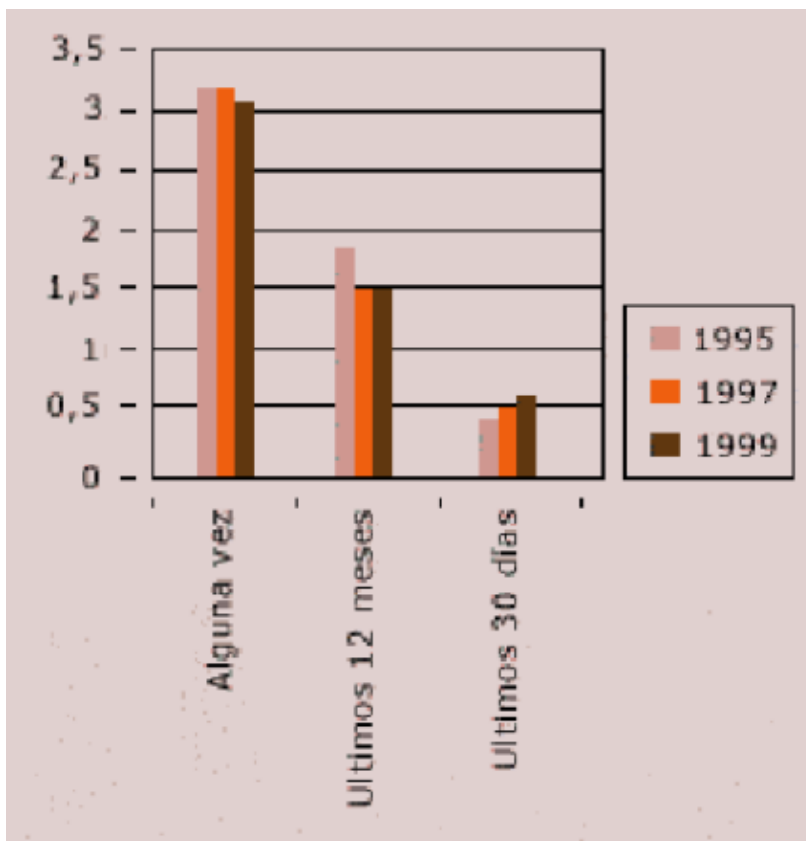
4.2. EDAD MEDIA DE CONSUMO DE CANNABIS POR SEXO.



Éste gráfico muestra como, con el avance de los años, la población masculina ha comenzado a consumir cannabis a edades más tardías (en 1999 la edad media era de 19.2 años), mientras que la mujer: en el año 1995, la edad media de consumo de cannabis era a los 18.5 años; en el año 1997, la edad subió a los 19.3 años y el año 1999, volvió a bajar para situarse en los 19 años. Aunque no son diferencias de edad muy notorias, son pequeñas variaciones. En general, se puede afirmar que la edad media de consumo de cannabis en la mujer es a los 19 años, mientras que la del hombre ha variado más.

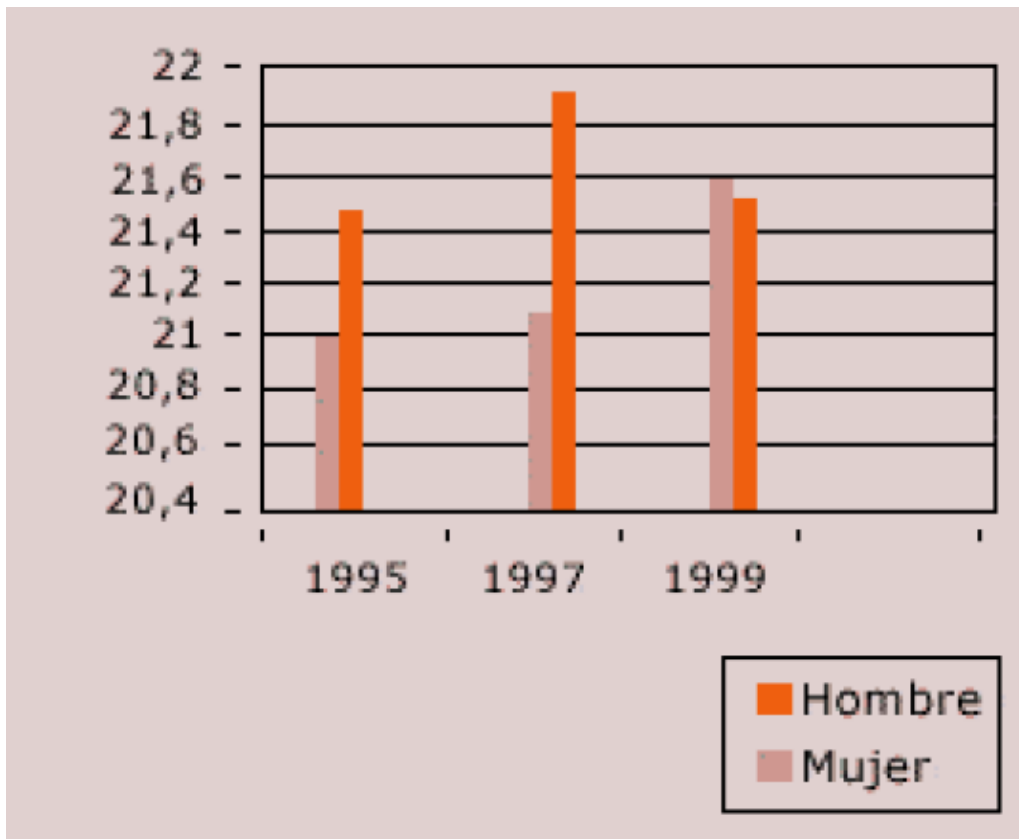
5. CONSUMO DE COCAÍNA.

5.1. CONSUMO DE COCAÍNA POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Ésta representación gráfica nos permite comprobar como un porcentaje de alrededor el 3% de personas ha consumido cocaína alguna vez. Sin embargo, la consumición disminuye cuando nos referimos a períodos de tiempo más cercanos al actual. Así, la consumición es mayor en los últimos 12 meses que en los últimos 30 días, pero ésta última, es mayor que en años anteriores(0.6%).

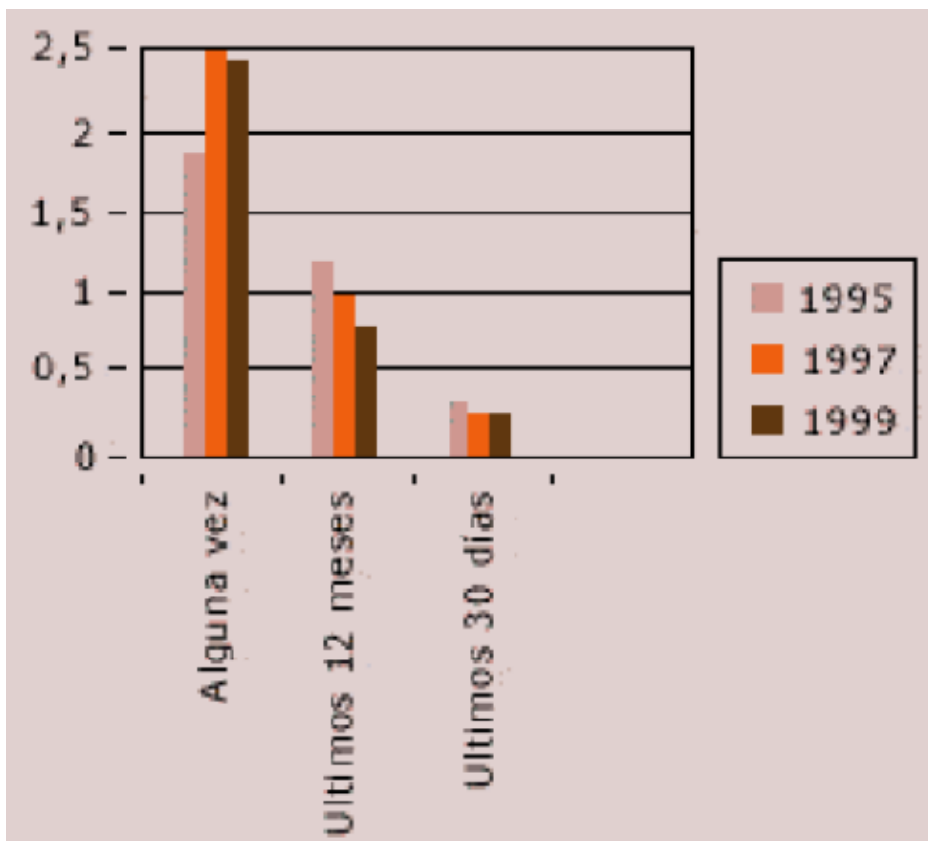
5.2. EDAD MEDIA DE CONSUMO DE COCAÍNA POR SEXO.



Se puede ver como mientras que la mujer, con el avance de los años, consume cocaína con edades más tardías (en 1999, a los 21.6 años), los hombres varían más: aunque en 1995 y 1997 la edad media de consumo superaba a la de la mujer con unas edades del 21.5 y del 21.9 frente a 21 años y 21.1, respectivamente, en 1999, la mujer supera al hombre en una edad del 21.6 frente al 21.5. A pesar de que son edades muy similares, las diferencias existen.

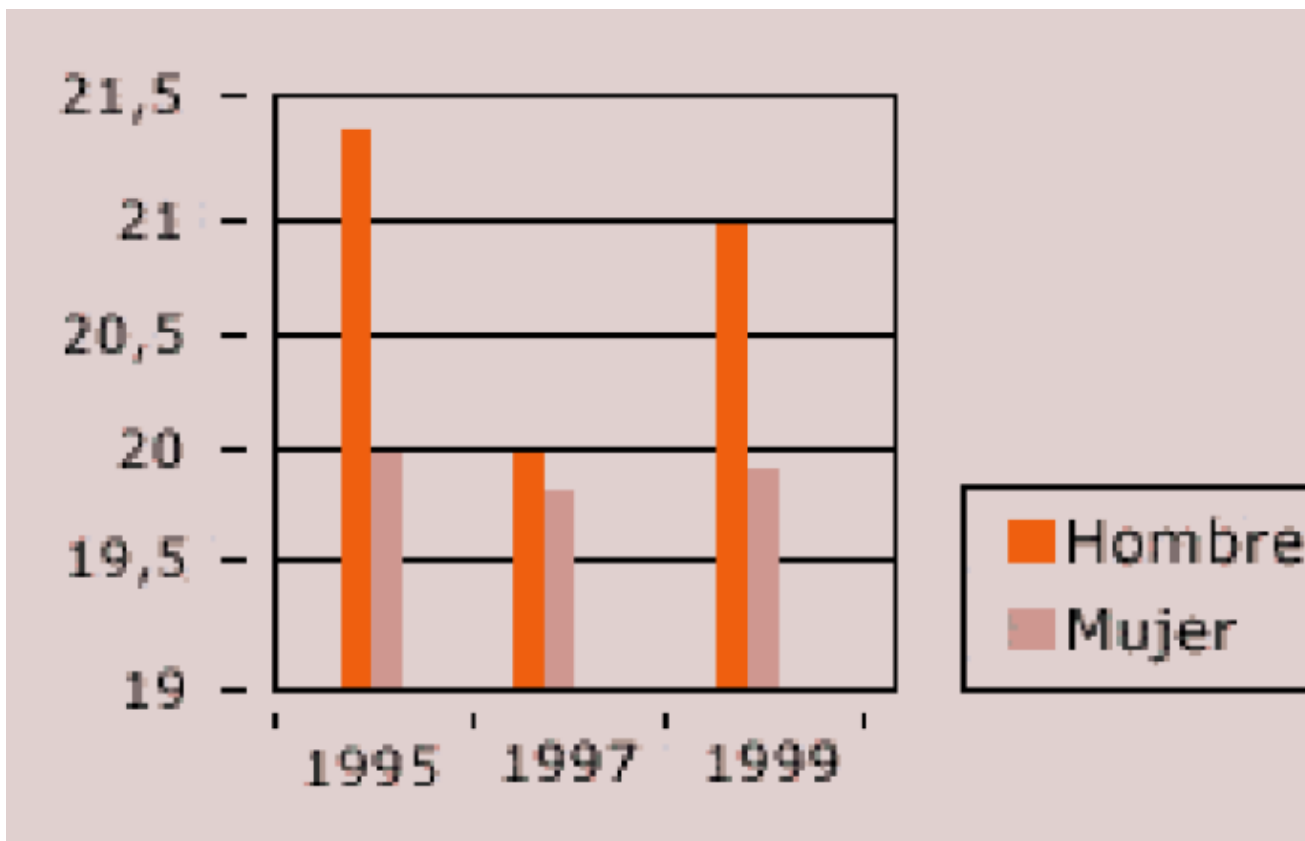
6. CONSUMO DE ÉXTASIS.

6.1. CONSUMO DE ÉXTASIS POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Se puede ver como, al igual que en las otras gráficas anteriormente mostradas en referencia a períodos cronológicos, el porcentaje más alto es el que se ha realizado alguna vez. La consumición realizada en los últimos 12 meses es una consumición bastante menor que la anterior, pero aún así, mayor que la realizada en los últimos 30 días.

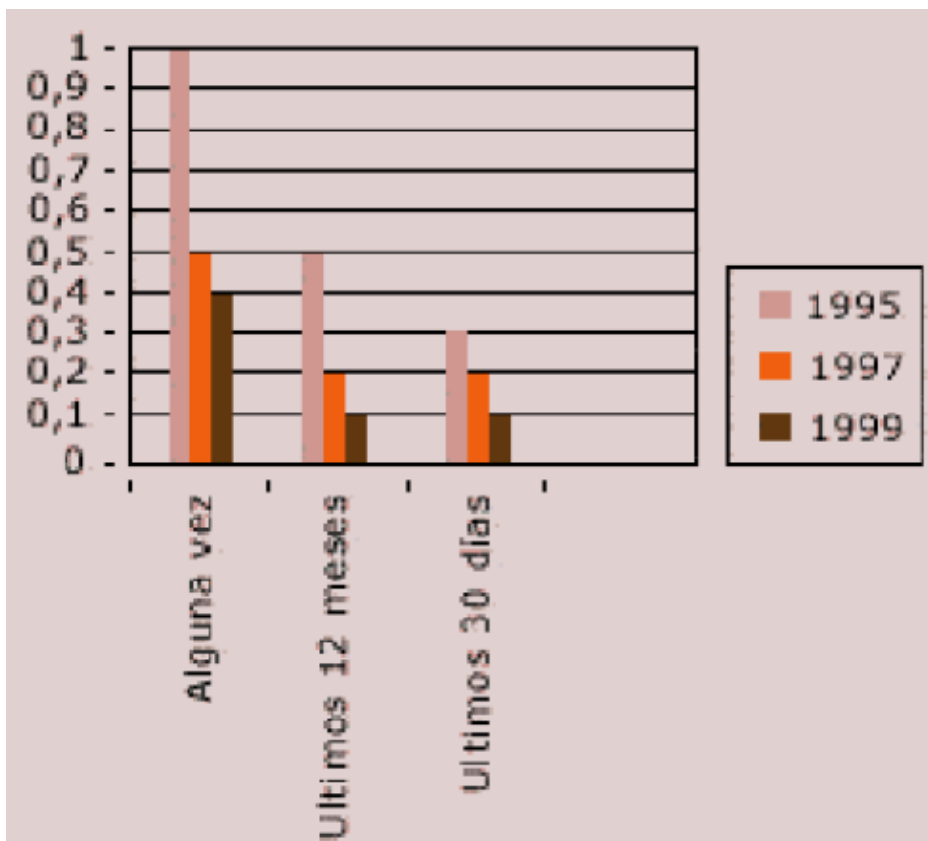
6.2. EDAD MEDIA DE CONSUMO DE ÉXTASIS POR SEXO.



Aquí se puede observar como la edad media de consumición de éxtasis por parte de la población femenina se mantiene más o menos constante, y siempre inferior a la del hombre. Por el contrario, la realizada por la población masculina varía más de unos años a otros: en el año 1995, la edad media de consumición de éxtasis era de una edad de 21.4 años; en el año 1997, disminuyó a los 20 años, pero en el año 1999, subió a los 21 años.

7. CONSUMO DE HEROÍNA.

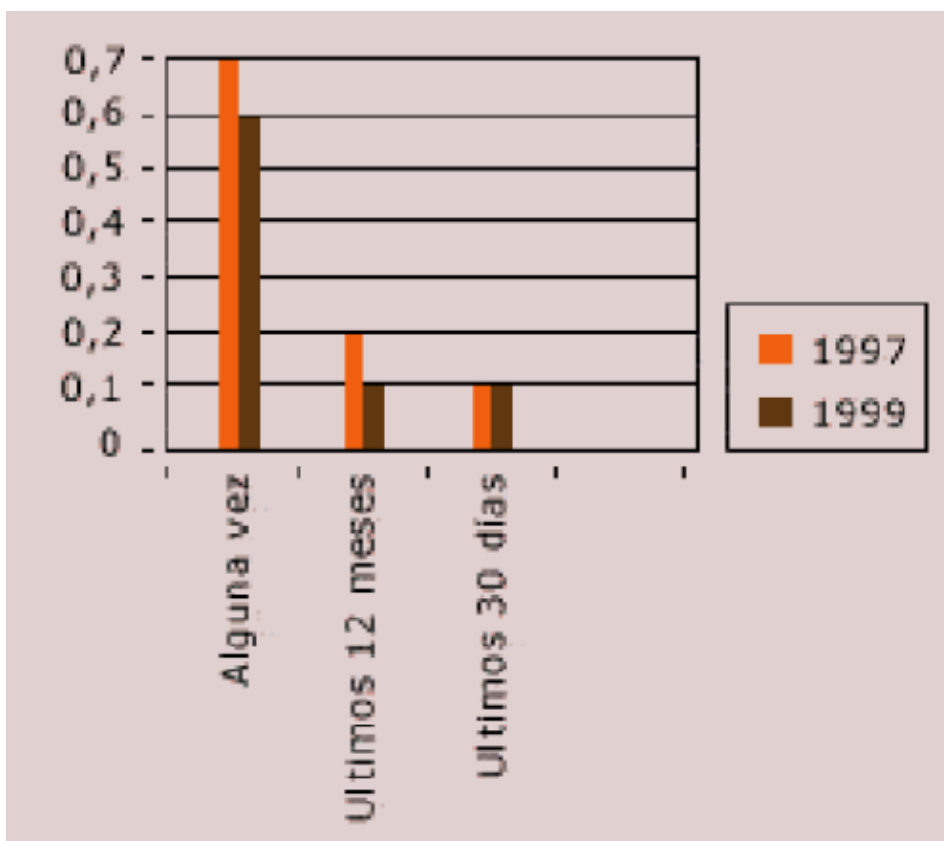
7.1. CONSUMO DE HEROÍNA POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Ésta representación gráfica permite observar como el porcentaje más alto de consumo es el realizado alguna vez (1%), mientras que los otros dos rangos van en orden decreciente al anterior. Así mismo, se puede decir, que el consumo más alto de heroína fue realizado en el año 1995, con tanto por ciento más alto en el rango de alguna vez. En el año 1999, sin embargo, el consumo ha disminuido considerablemente.

8. CONSUMO DE INHALABLES.

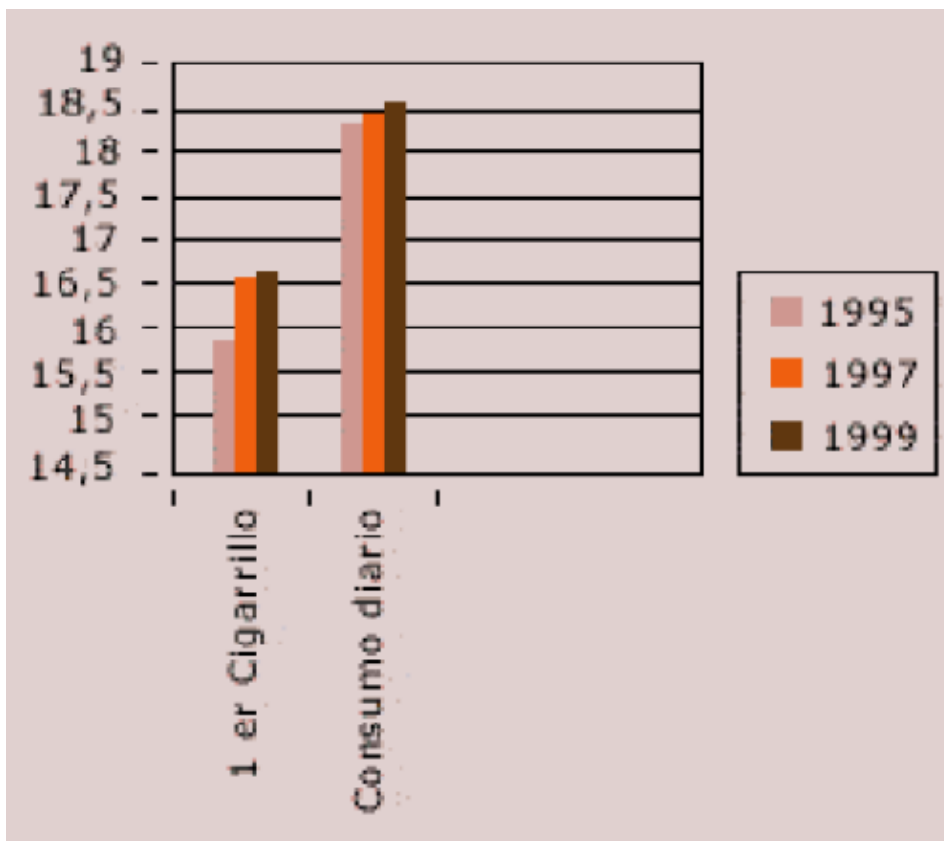
8.1. CONSUMO DE INHALABLES POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



Según éste gráfico, los inhalables han sido probados en alguna vez por un tanto por ciento del 0.7 en el año 1997, el cual ha disminuido a un 0.6 en el año 1999. En cuanto al consumo en los últimos 12 meses, el consumo era mayor en el año 1997 (0.2 %) que en el año 1999 (0.1%), aunque son cifras muy pequeñas. Por su parte, la consumición en los últimos 30 días es de 0.1 % en ambos años.

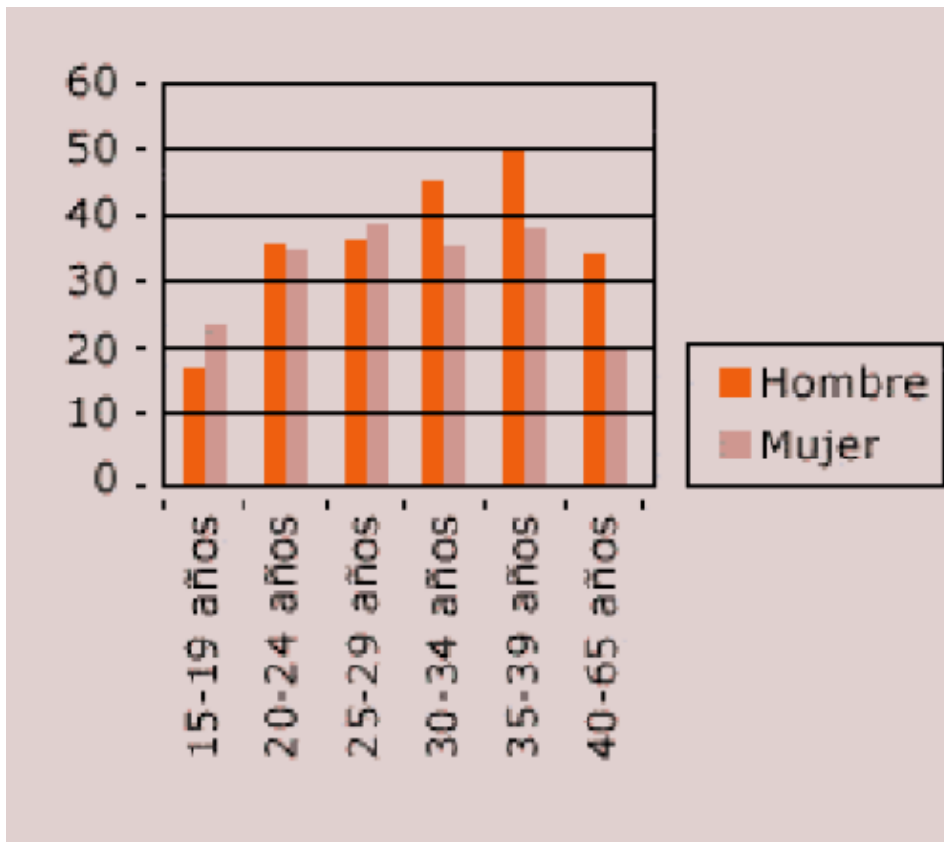
9. consumo de tabaco.

9.1. edad de inicio del consumo de tabaco.



Según éste gráfico, se puede observar como la edad de inicio de consumo de tabaco ha ido aumentando en estos últimos años, situándose sobre los 16.5 años actualmente. En cuanto al consumo diario de tabaco, se puede apreciar como también ha ido aumentando cronológicamente, y los jóvenes que más tabaco consumen son los de edades que rodean a los 18 años.

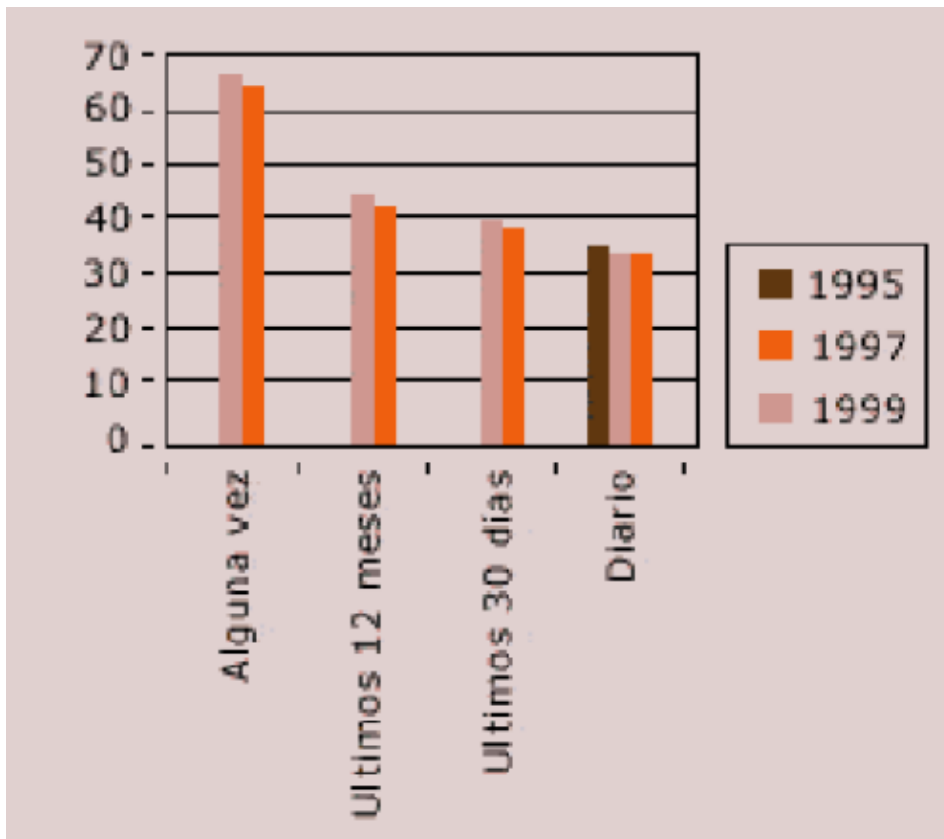
9.2. CONSUMO DE TABACO POR EDAD Y SEXO.



Según éste gráfico, se pueden observar diferentes aspectos:

- El consumo de tabaco en las edades más tempranas (15–19 años) se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.
- En la franja de edad de 20–30 años, el consumo está más o menos igualado, existiendo algunos cambios en algunos períodos de edad.
- A partir de los 30 años, el hombre supera considerablemente el consumo de tabaco de la mujer, existiendo la diferencia más importante entre los 40–65 años.

9.3. CONSUMO DE TABACO POR PERÍODOS CRONOLÓGICOS.



En este gráfico se puede estimar con qué frecuencia el tabaco es consumido. Así, se puede decir que una gran mayoría ha consumido tabaco alguna vez, mayoría que ha aumentado últimamente (65%). Así mismo, se puede ver también como el tabaco es una droga legal muy consumida, pues aunque no todo el mundo la consume diariamente (menos del 40%), si ha sido probada en alguna ocasión. Además, si no existe quien la consuma a diario, si hay quien la ha tomado en periodos de tiempo no muy lejanos, lo cual puede hacernos sospechar que podrían ser antiguos consumidores que quizá ya no lo son.

LEGISLACIÓN.

Ley Orgánica 5/1999.

En esta ley, correspondiente al 13 de enero, y publicada en el BOE 012-1999 en el día 14 de enero de 1999, y que trata sobre la modificación de la *Ley de Enjuiciamiento Criminal* en materia de perfeccionamiento de la acción investigadora relacionada con el tráfico ilegal de drogas y otras actividades ilícitas graves, se dice que:

... Por todo ello, en este texto se contempla en primer lugar la regulación de la *entrega vigilada* contenida en el artículo 263 bis de la ley de Enjuiciamiento Criminal, incluido en ésta por la Ley Orgánica 8/1992, y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y que hasta el momento estaba referida únicamente al delito de tráfico de drogas, para extenderla también a otras formas de criminalidad organizada.

Ley Orgánica 10/1995.

El artículo 368 del capítulo III del *Código Penal* dice:

Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos.

El artículo 369 dice:

Se impondrán las penas privativas de libertad superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior y multa del tanto al cuádruplo cuando:

1º. Las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se faciliten a menores de dieciocho años o disminuidos psíquicos, o se introduzcan o difundan en centros docentes, en centros, establecimientos y unidades militares, en establecimientos penitenciarios o en centros asistenciales.

2º. Los hechos fueren realizados en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos.

3º. Fuere de notoria importancia la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior.

4º. Las citadas sustancias o productos se faciliten a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación.

5º. Las referidas sustancias o productos se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otros, incrementando el posible daño a la salud.

6º. El culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que tuviere como finalidad difundir tales sustancias o productos aun de modo ocasional.

7º. El culpable participare en otras actividades delictivas organizadas o cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito.

8º. El culpable fuere autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador y obrase con abuso de su profesión, oficio o cargo.

9º. Se utilice a menores de dieciséis años para cometer estos delitos.

El artículo 371 también es un artículo que hace mención al contenido de los dos artículos anteriormente expuestos.

REAL DECRETO 192/1988.

Éste Decreto trata sobre las limitaciones de la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población, prohibiendo en sus artículos 6 y 7 el hecho de fumar. Así mismo, se prohibía el fumar dentro de transportes interurbanos, con el fin de respetar a los no fumadores. También se prohibía fumar en transportes aéreos, marítimos y ferroviarios, a excepción de que se hiciera en cubierta al aire libre.

REAL DECRETO 255/1996.

En éste Real Decreto se establece el régimen de infracciones y sanciones para la represión del dopaje.

LEY ORGÁNICA 1/1992.

Ésta ley muestra lo siguiente en los artículos 25 y 23:

Artículo 25: (1) : Constituyen infracciones graves a la seguridad ciudadana, el consumo en lugares públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviese destinada al tráfico de drogas ilegales tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo.

Artículo 25: (2): Las sanciones impuestas por estas infracciones podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado.

Artículo 23-h: La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirles por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos constituyen infracción grave.

Artículo 24: Las infracciones tipificadas en el apartado h del artículo anterior podrán ser consideradas muy graves.

Normas generales de comportamiento en la circulación según la dirección general de tráfico.

El capítulo V, que comprende las *Normas sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas* dispone:

Artículo 27: Estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas.

- ◆ No podrá circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, el conductor que haya ingerido o incorporado a su organismo drogas tóxicas o estupefacientes, o se encuentre bajo los efectos de medicamentos u otras sustancias que alteren el estado físico o mental apropiado para hacerlo sin peligro. Las infracciones a las normas de este precepto tendrán la consideración de graves.

Artículo 28: Pruebas para la detección de sustancias estupefacientes y similares.

Las pruebas para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas, así como las personas obligadas a su sometimiento, se ajustarán a lo dispuesto en los párrafos siguientes:

- ◆ Las pruebas consistirán normalmente en el reconocimiento médico de la persona obligada y en los análisis clínicos que el médico forense u otro titular experimentado, o personal facultativo del Centro sanitario o Instituto médico al que sea trasladada aquélla, estimen más adecuados.
- ◆ A petición del interesado o por orden de la Autoridad judicial, se podrán repetir las pruebas a efectos de contraste, pudiendo consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos.
- ◆ Toda persona que se encuentre en una situación análoga a cualquiera de las enumeradas en el artículo 21 del presente Reglamento, respecto a la investigación de la alcoholemia, queda obligada a someterse a las pruebas señaladas en el párrafo anterior. En los casos de negativa a efectuar dichas pruebas, el Agente podrá proceder a la inmediata inmovilización del vehículo en la forma prevista en el artículo 25 del Reglamento.
- ◆ El Agente de la Autoridad encargado de la vigilancia del tráfico que advierta síntomas evidentes o manifestaciones que razonablemente denoten la presencia de cualquiera de las

sustancias aludidas en el organismo de las personas a que se refiere el apartado anterior se ajustará a lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y a cuanto ordene, en su caso, la Autoridad judicial, debiendo ajustar su actuación, en cuanto sea posible, a lo dispuesto en el presente Reglamento para las pruebas para la detección alcohólica.

- ♦ La Autoridad competente determinará los programas para llevar a efecto los controles preventivos para la comprobación de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas en el organismo de cualquier conductor.
- ♦ Las infracciones a este precepto, en cuanto relativas a la ingestión de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas, tendrán la consideración de graves.

Los delitos contra la seguridad del tráfico por uso de alcohol-drogas.

El 18 de noviembre de 1995, el Congreso de los Diputados dio el visto bueno final al nuevo Código Penal, que entró en vigor en mayo de 1996. Los principales delitos relacionados con el uso de alcohol y/o drogas y la seguridad en el tráfico, son los tipificados en los artículos 379 a 384.

Las penas pueden ser de hasta 4 años de prisión, arresto de 12 fines de semana, multa de 18 millones y retirada del permiso de conducir por 10 años.

DELITO ARTÍCULO PENAL.

1. Conducir vehículo a motor o ciclomotor bajo influencia de bebidas alcohólicas o drogas.

379. Arresto de 8 a 12 fines de semana o multa de 3 a 8 meses y retirada del permiso de conducir de 1 a 4 años.

2. Negarse a someterse a las pruebas legalmente establecidas de detección de alcohol o drogas.

380. Prisión de 6 meses a 1 año.

En España está prohibido conducir con alcoholemias superiores a: 0,5 gramos/litro de sangre, como norma general. Para principiantes (con menos de dos años de experiencia) y profesionales, la tasa es algo más baja: 0,3 gramos/litro.

Tienen tasas límite más bajas los conductores de vehículos destinados al transporte de viajeros o mercancías (0,3 grs./litro para transportes de mercancías y 0,3 grs./litro en transporte de pasajeros o transportes especiales).

Es obligatorio someterse a la prueba de la alcoholemia siempre que los agentes de la autoridad encargados de la vigilancia del tráfico así lo requieran; la negativa constituye una infracción muy grave, sancionable con multa de hasta 100.000 ptas. y suspensión de la autorización para conducir por un período de hasta seis meses.

Si con una alcoholemia de 0,5 grs./litro se tiene un accidente, las compañías aseguradoras del vehículo pueden no hacerse cargo de los problemas que se hayan ocasionado. Además de la posibilidad de lesionar a personas y provocar daños, pueden darse también graves repercusiones legales (no sólo económicas, también de privación de libertad, además de la retirada del permiso de conducir y la multa correspondiente).

BIBLIOGRAFÍA.

– BOE número 58. Fecha de publicación 07/03/1996.

- **BOE número 266. Fecha de publicación 06/11/1998.**
- **BOE número 012. Fecha de publicación 14/01/1999.**
- **BOE número 188. Fecha de publicación 07/08/1999.**
- **Código Penal.**
- **Internet Explorer.**
- **Plan Nacional Sobre Drogas (2000).**
- **Revista Tráfico. Número 150. Fecha de publicación Septiembre–Octubre/2001.**

50