

**CURSO BÁSICO DE INFORMACIÓN / FORMACIÓN
SOBRE**



**DROGODEPENDENCIAS
Y
ADICCIONES**

EDICIÓN 2006

EDITA: Junta de Andalucía
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
Dirección General para las Drogodependencias
y Adicciones
Avda. Hytasa, 14
Edificio Junta de Andalucía
41006 Sevilla
Tfno: 95 504 83 26 / 900 845040
Fax: 95 504 83 46
e-mail: drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es

MAQUETA E IMPRIME: EGONDI Artes Gráficas (Sevilla)

DEPÓSITO LEGAL: SE-422-07

I.S.B.N.: 84-689-0133-4

2ª Edición 2006

**CURSO BÁSICO DE
INFORMACIÓN / FORMACIÓN SOBRE**

DROGODEPENDIENCIAS
.....

y
ADICCIONES
.....

ÍNDICE

AUTORES	7
AGRADECIMIENTOS	7
PRESENTACIÓN	9
- PRINCIPIOS GENERALES	13
CONCEPTOS BÁSICOS	15
FACTORES DE RIESGO	47
FACTORES DE PROTECCIÓN	55
MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO	67
RED DE ATENCIÓN EN ÁNDALUCÍA	73
- DROGAS LEGALES	85
TABACO	87
ALCOHOL	99
FÁRMACOS	125
INHALABLES	145
- EL JUEGO	153
- DROGAS ILEGALES	163
CANNABIS	165
COCAÍNA	179
DROGAS DE SÍNTESIS	191
OPIÁCEOS	201
ALUCINÓGENOS	213
- PARA FINALIZAR	221
LIBROS, VÍDEOS, DVD Y WEBS DE INTERÉS	223

AUTORES

- ▀ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- ▀ Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones
Lourdes Villar Arévalo
(Jefa de Servicio de Evaluación y Control de Programas).
- Fidel A. Cañizares Márquez
(Técnico Superior de Acción Social en Drogodependencias).
- Ana Isabel Real Gil
(Técnico Superior en Documentación).

AGRADECIMIENTOS

- ▀ Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- ▀ Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones
Fernando Arenas Domínguez
Pastora Tirado Rodríguez
Elena Cubero González
- ▀ Excma. Diputación Provincial de Cádiz
- ▀ Servicio Provincial de Drogodependencias
José Manuel Martínez Delgado
- ▀ Unión General de Trabajadores de Andalucía
Emilia Oliva Rodríguez
- ▀ Comisiones Obreras de Andalucía
Roberto Ariza Martín

PRESENTACIÓN

El objetivo general del presente Manual “Curso básico de Información/Formación sobre Drogodependencias y Adicciones” es facilitar una documentación adecuada para la docencia en pequeños grupos de discusión y de información elemental y/o introductoria en esta materia.

De esta manera los mediadores sociales disponen de un material formativo en dos niveles complementarios.

Por una parte cada uno de los capítulos del Manual lleva un desarrollo teórico de cada uno de los elementos que lo componen, permitiéndole al formador contar con una documentación básica y elemental muy adecuada para la docencia. Esta información se complementa con un contenido en transparencias que cierran el círculo formativo, introduciendo la formación a través de la imagen.

Estas transparencias se pueden reproducir desde el mismo Manual, o acceder a ellas a través de la página Web de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

El formato, doble, en el que se presenta el Manual, implica ser muy esquemático en el uso del lenguaje y por tanto en la transmisión de los conocimientos. Esto, por otra parte, permite que durante la docencia puedan ser aportados otros elementos procedentes del bagaje experiencial y de conocimientos técnicos, científicos y sociales que cada ponente posea. Por lo que no se limita la libertad de la exposición, sino que se le facilita un soporte sobre el que se puedan plantear los diversos elementos que inciden en las drogodependencias y las adicciones.

El orden capitular engloba la práctica totalidad de los aspectos más importantes y generales tanto en lo referente a las sustancias adictivas como

al juego patológico, pero también se aporta material sobre los conceptos básicos generales que inciden en esta materia, así como de los factores de riesgo y de protección que hasta la fecha se han venido detectando y trabajando.

Somos conscientes que en la actualidad esta dualidad en cuanto a los factores se encuentra en discusión, debido a las características intrínsecas de este fenómeno, así como a la continua interacción de los diversos elementos que inciden en él. Por lo que este aspecto se complementa con las motivaciones que para el consumo se han extraído del Informe “Los Andaluces ante las Drogas IX”, del año 2005.

Los bloques de sustancias, salvo en el caso del alcohol que es un documento mucho más amplio en cuanto a contenido, llevan el mismo orden de presentación que se sigue en el formato de las transparencias:

- Se define la sustancia con respecto a sus principios activos y se aportan elementos curiosos acerca de las mismas, así como su uso a lo largo de la historia, su aspecto, formas de consumo y otras denominaciones por la que pueda ser conocida.
- Se realiza un análisis en cuanto a los efectos inmediatos que se presentan tras el uso de la sustancia.
- Seguidamente se presenta información sobre los efectos orgánicos y psicológicos, así como los riesgos que por uso continuado y/o abusivo pueden presentarse en ambos planos.
- Se aportan los datos generales del “Informe 2004” del Observatorio Español sobre Drogas con una horquilla poblacional de 15 a 64 años, correspondientes a las cifras obtenidas por las baterías de encuestas realizadas a nivel nacional durante el año 2003, más los indicadores que contempla en sus análisis el Observatorio y los datos de consumo obtenidos en el estudio realizado por nuestra Comunidad Autónoma en el 2005, “Los

Andaluces ante las Drogas IX” que recoge los datos de la población, ya en este informe y a diferencia de los anteriores, con la misma horquilla edataria.

- La información se complementa con una serie de pautas orientadas hacia la reducción del riesgo y del daño.
- El documento sobre el alcohol, mantiene la misma estructura general del resto, pero se le añaden datos referentes a normativa de tráfico así como un desarrollo sobre el consumo en unidades de bebidas estándar (UBE), esto último es importante de cara al control del autoconsumo, pues es un sistema fácil y muy utilitario en este sentido.

Por último indicar que una gran parte de este documento proviene del material que esta Dirección General elaboró, como apoyo, para el programa de Prevención de Drogodependencias en el Ámbito Laboral, documento que se realizó pensando y cuidando el uso sencillo del lenguaje, aunque sin olvidar el carácter técnico y científico con el que tenemos que dotarnos, a la hora de estudiar el fenómeno de las drogodependencias y adicciones.

Andrés Estrada Moreno

Director General para las Drogodependencias y Adicciones

PRINCIPIOS GENERALES



C ONCEPTOS BÁSICOS

La **Salud** es un concepto que ha ido modificándose con el paso del tiempo y con los cambios sociales, culturales y económicos, no obstante podemos partir del concepto que acuñó la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se introdujeron elementos relacionados con lo que hoy podríamos denominar, en un sentido amplio, como bienestar: “La salud es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.”

Indicamos **otros conceptos** sobre la definición de la Salud con la finalidad de establecer esta versatilidad cultural que hemos reseñado, como la que se refiere a la que propuso el Congreso de Médicos del Mediterráneo que se realizó en la ciudad de Perpignan en 1976, y que indica que la Salud es aquella forma de vivir autónoma, solidaria y alegre que se da cuando se va asumiendo la propia realización.

En la actualidad es el Concepto **Ecológico o Comunitario** el que más viene utilizándose por la comunidad científica internacional, definiéndola de la siguiente manera: “Cualquier estado de salud en el hombre es el resultado de un proceso dinámico donde, diferentes elementos ambientales y las características propias del individuo, entran en interacción.”

Otro elemento interesante de cara a la conceptualización de la Salud Pública es el que parte del **Informe Lalonde** de 1974 y que fue la base para la declaración de Alma-Ata de 1978, en referencia a los pilares que inciden en el desarrollo de la salud. Estos pilares sobre los que se sostiene y se instaura el principio básico de la salud son los de la propia **biología humana**, basado entre otros elementos en la genética de los individuos; el **medio ambiente**, referencia inexcusable para una propuesta sanitaria integral e integradora, es otro de los elementos importantes, por ser el

motivo para la existencia de numerosas enfermedades relacionadas con la higiene y con otros conceptos inherentes a la salud pública.

La organización de los **sistemas sanitarios** es otra de las bases fundamentales que Ladonde recoge en su informe, y que incide en la capacidad de respuesta que la comunidad puede generar ante la ruptura de la salud. Finalmente el **estilo de vida** en el que los ciudadanos y ciudadanas nos encontramos inmersos, emerge como factor de primer orden y vinculado a multitud de desajustes físicos y psíquicos, que pueden sensibilizar al individuo ante determinados procesos patológicos.

La drogadicción, es decir la ruptura del equilibrio ecológico en el individuo, como consecuencia del consumo de sustancias que alteran su campo de la conciencia, es consecuencia de la profunda interacción de tres **elementos fundamentales**: el propio individuo en sí mismo, las condiciones externas en las que se desarrolla y la farmacodinamia que presenta la sustancia. El consumo puede ser integrado y socializado o abusivo. Éste último es el que ya podría generar consecuencias para el consumidor o la consumidora y/o su ambiente.

En referencia al **concepto de “droga”**, aportamos la definición que es su momento hizo la OMS, “Cualquier sustancia, que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este.” y la que la Ley de Drogas de Andalucía, Ley 4/1997, recoge en las disposiciones generales de su Título I. : “Aquellas sustancias, naturales o sintéticas, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud.”

Las drogas se pueden conceptualizar en función de una serie de variables que, igualmente, se han ido modificando conforme la sociedad ha ido generando nuevos espacios de conocimiento y de profundización científica, bien en aquellos aspectos relacionados con la biología humana o con el avance de la psicología y de la sociología. Las podemos clasificar por **su**

origen (naturales, semisintéticas o sintéticas), por la **codificación socio-cultural** de su consumo (institucionalizadas/legales o no institucionalizadas/ilegales), por la **forma** en la que se consumen (fumada, por vía oral...), o por la **influencia** que despliegan sobre el **Sistema Nervioso Central**.

Pensamos que merece detenerse en el análisis, precisamente, de la influencia que las sustancias ejercen sobre la función y la operatividad del Sistema Nervioso Central (SNC) y las alteraciones que en él provocan.

Dentro de este último análisis conceptual y de clasificación podemos determinar a las sustancias como **Depresoras** que son aquellas que adormecen el funcionamiento de SNC y entre las que se encuentran el alcohol, los opiáceos, los tranquilizantes y los hipnóticos.

Otro grupo es el formado por los **Estimulantes**, estas son las sustancias que aceleran y activan el funcionamiento del SNC, dentro de las sustancias de este grupo podemos hacer una subdivisión entre estimulantes mayores: cocaína y anfetaminas y menores como son: la cafeína, la nicotina y otras.

El último grupo es el formado por las **Perturbadoras** de la función del SNC, que lo distorsionan hasta provocar alucinaciones y otros cuadros similares a los procesos psicopatológicos que encontramos en las psicosis. Dentro de este grupo nos encontramos un amplio abanico de sustancias, alguna de las cuales, como el hachís no está todavía claramente determinada en este grupo, y otras típicamente alucinatorias como el LSD.

En la actualidad no sólo hablamos de drogodependencias o adicciones a sustancias, sino que nos encontramos inmersos en un proceso creciente que es el de las **adicciones sin sustancias**, también llamadas **adicciones comportamentales**. Dentro de ellas se encuentra no sólo el juego patológico, quizás la adicción más trabajada y estudiada, sino otras de más reciente aparición como son las que se encuentran relacionadas con el uso/abuso de “internet”, telefonía móvil...

En definitiva, las **drogodependencias** tanto con sustancias o sin sustancias, quedan recogidas en la definición que la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas, conceptualiza como aquella enfermedad crónica y recidivante caracterizada por la necesidad compulsiva hacia el consumo o la acción adictiva.

Es diferente hablar de uso o consumo y abuso de una sustancia o actividad, o actitudes capaces de generar adicción. Por **uso o consumo**, no inadecuado, se entiende el que no genera problemas sobre el consumidor, consumidora o su entorno y puede ser de tipo experimental, por curiosidad, ocasional, esporádico y normalmente por factores sociales o de presión grupal, y el episódico, que es aquel que se realiza por cuestiones recreativas o en situaciones psicosociales muy concretas y por poco período de tiempo.

Dentro de este tipo sí puede haber un consumo que podríamos denominar como **inadecuado**. Este es el que se puede dar en aquellas situaciones donde el consumo de alguna sustancia, aunque sea en pequeña cantidad, puede producir consecuencias indeseables, por ejemplo cuando tomamos determinadas cantidades de alcohol y vamos a conducir.

Por **abuso** de sustancias se entiende aquella situación en la que los consumos, bien por su cantidad o por su mantenimiento continuado a lo largo de un tiempo prolongado, generan consecuencias negativas en el propio consumidor o consumidora, en su entorno o en ambos a la vez.

Hay otra serie de conceptos básicos que consideramos conveniente definir ya que nos aportan una información interesante y precisa, ayudándonos a entender lo complejo del fenómeno.

La **Politoxicomanía** la podemos definir como la situación en la que el consumidor o consumidora utiliza diversas sustancias, bien al mismo tiempo o de manera intercalada, por lo que los efectos que se producen corresponden a la relación farmacológica y bioquímica que genera la combinación de las sustancias, o incluso la mezcla de sustancias en situaciones

de adicción comportamental, como ocurre cuando se ingiere alcohol en determinadas cantidades, se fuma y se juega a las máquinas tragaperras. Por ejemplificar con politoxicomanías socializadas.

La **Intoxicación** a una sustancia se produce cuando el uso de la misma se realiza en una ingesta superior a la que el organismo puede asimilar. Esto provoca un trastorno clínico reversible. La **Sobredosis** se da cuando esta ingesta supera los límites tolerables para el organismo, generando un síndrome clínico no reversible. Esta diferencia es fundamental a la hora de hablar de intoxicación o de sobredosis.

La **Dependencia** tanto con sustancias como sin ellas, proviene de la correlación dialéctica de una serie de factores que se vienen denominando como factores de riesgo y que serán analizados con posterioridad. La consecuencia que se produce es un estado psíquico, físico y social que resulta del consumo continuado de una o varias sustancias o actividades adictivas, teniendo como objetivo: mantener los efectos agradables procedentes del consumo o actividad y evitar los efectos desagradables que pudieran producirse por la no ingesta o el no desarrollo de la actividad adictiva.

Esta dependencia puede ser **física**, también denominada adicción o **psíquica**. En la adicción, no obstante, también hay factores psíquicos inherentes al propio consumo. Lo que determina la adicción es la farmacodinamia de la sustancia. Hay sustancias que ponen en marcha mecanismos orgánicos que para seguir funcionando con normalidad, acaban necesiándola.

No obstante tanto la adicción como la dependencia psicológica vienen rodeadas de una serie de **factores** que sirven como “aviso” de que la enfermedad va instaurándose en el individuo de manera paulatina y gradual, como son: el abandono de otras fuentes de placer, el mantenimiento del consumo a pesar de conocer los efectos perjudiciales y la disminución de la capacidad de control, entre otros.

Seguidamente vamos a pasar a comentar otra serie de conceptos básicos que igualmente hay que conocer y barajar cuando tratamos de informar y formar sobre las drogodependencias y las adicciones:

Síndrome de Abstinencia: Es el conjunto de signos y síntomas que se observan en el individuo cuando ha interrumpido de manera brusca el consumo. Dependiendo de la sustancia estos síntomas pueden ir desde temblores, sensación de frío y ansiedad, hasta manifestaciones agresivas, etc. Se producen por tanto no sólo en el ámbito orgánico sino también psicológico y relacional.

Tolerancia: Es la adaptación del organismo a determinada cantidad de sustancia, por lo que para conseguir los mismos efectos, se necesita aumentar la dosis del consumo. Hablamos de tolerancia inversa cuando debido a las características de la sustancia, la dosis que produce el efecto es menor; en vez de necesitar más dosis, el individuo presenta los efectos de la misma con una ingesta de menor cantidad, este sería el caso de los alcohólicos y alcohólicas muy cronificadas que con menor cantidad de alcohol ya presentan los efectos de una “borrachera”.

Hay otro aspecto de la tolerancia que es la Tolerancia Cruzada, es decir, las sustancias interactúan entre sí de tal modo que consumiendo una de ellas hace al organismo más sensible cuando se consumen otras. Por ejemplo cuando se mezclan alcohol y barbitúricos.

Desintoxicación: Es el proceso físico que se realiza con el drogodependiente, para que su organismo vuelva a tener un funcionamiento normalizado, sin la necesidad de la presencia orgánica de la sustancia. Este proceso conlleva un control facultativo con intervenciones médicas y psicológicas, uniéndola de manera íntima con el proceso de deshabitación, elemento necesario para que el paciente obtenga un beneficio completo e integrado que lo encamine hacia la curación y reinserción plena.

Recaída: Así se denomina al acontecimiento que ocurre cuando el individuo, que ha podido ser desintoxicado y deshabitado o se encuentra

en uno o en ambos procesos, vuelve a consumir. Este consumo puede ser esporádico, y por lo tanto, trabajable desde de la acción terapéutica o puede generar una nueva situación de consumo y abandono de las terapias, con lo que conllevaría empezar de nuevo cuando el paciente lo decidiera o las circunstancias personales, familiares, sociales o laborales lo impulsaran a ello.

Patología Dual: Concepto relativamente nuevo que indica la situación de aquellos pacientes que presentan adicción a sustancias y cuadros psicopatológicos severos. Esta patología combinada puede ser producida como consecuencia del consumo de sustancias, o bien, la patología severa se encontraba instaurada de manera previa al consumo. Este tipo de pacientes debe ser atendido mediante los protocolos existentes entre los servicios de drogodependencias y de salud mental.

Cuando hablamos de **Prevención**, nos referimos a la coexistencia, en la sociedad, de tres elementos complementarios, dada la complejidad del fenómeno que estamos trabajando. Por un lado la Prevención Primaria es aquella que se realiza basándose en técnicas de información, promoción y de educación para la salud y que persigue retrasar el inicio del consumo de sustancias, fomentando hábitos saludables de vida y de comportamiento con uno mismo y con su entorno.

La Prevención **Secundaria** es la que se arbitra para que las personas que bien siendo consumidoras esporádicas o habituales, o tienen comportamientos adictivos, no lleguen a ser dependientes y sean capaces de mantener un consumo responsable.

Hablamos de Prevención **Terciaria**, cuando los programas que se articulan van dirigidos hacia aquellos individuos drogodependientes o que tienen adicciones comportamentales instauradas con la finalidad de que se integren en programas terapéuticos que les permitan salir de esas situaciones e incorporarse de una manera normalizada en la sociedad.

CONCEPTOS BÁSICOS

en

DROGODEPENDENCIAS

y

ADICCIONES

Cº PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



CONCEPTO DE SALUD O.M.S.

Es el estado completo de bienestar

Físico

Psíquico

Social

Y no sólo la ausencia de enfermedad

Cº PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



CONCEPTO DE SALUD

Perpignan, 1976

Es aquella forma de vivir



Que se da cuando se va asumiendo la propia realización.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogas Dependencias y Adicciones



CONCEPTO DE SALUD

MODELO COMUNITARIO

Cualquier estado de salud en el hombre es el resultado de un proceso dinámico donde, diferentes elementos ambientales y las características propias del individuo, entran en interacción.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogas Dependencias y Adicciones



CONCEPTO DE SALUD

otro

La persona sana es aquella capaz de vivir en sintonía con su proyecto de vida e integrado, solidariamente, en la comunidad donde reside, manteniendo su capacidad de ser libre y de ser autónomo.

PILARES DE LA SALUD LALONDE

- **La biología humana:**
 - Genética.
- **El medio ambiente:**
 - Contaminación.
- **El sistema de asistencia sanitaria.**
- **El estilo de vida.**

Hª NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS PERIODO PRECLÍNICO

INTERACCIÓN DE TRES ELEMENTOS BÁSICOS

- **Individuo:** Unidad somatopsíquica en evolución y en homeostasis.
- **Medio Ambiente:** Condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo.
- **Drogas:** Sustancias que introducidas en el organismo son capaces de modificarlo.

Hª NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS PERIODO CLÍNICO

Se produce cuando se rompe el equilibrio ecológico (no consumo) y aparece el consumo.

Este puede ser

Integrado



Abusivo
Abusivo

CONCEPTO DE DROGA

Cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste.

(O.M.S.)

CONCEPTO DE DROGA

Aquellas sustancias, naturales o sintéticas, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud

Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. Junta de Andalucía.

CONCEPTO DE DROGA EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA

Natural o sintética
Rara o frecuente
Legal o ilegal

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



POR SU ORIGEN

Drogas Naturales

No precisan sustancias precursoras: hongos alucinógenos, cerveza, vino...

Drogas Semisintéticas

Se producen a partir de una base vegetal, mediante un proceso químico: cocaína, heroína...

Drogas Sintéticas

Se fabrican únicamente a través de un proceso químico en un laboratorio: L.S.D., Speed...

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



Por la codificación sociocultural de su consumo

Drogas institucionalizadas

Tienen venta legal.

Tienen un uso normativo.

Son las que más problemas sociosanitarios generan.

Drogas no institucionalizadas

Venta sancionada por ley.

Generan alarma social debido a los estereotipos con los que se correlacionan (delincuencia, marginalidad...).

CONCEPTO DE DROGA EN FUNCIÓN DE LA FORMA DE CONSUMO

Fumada (Tabaco)

Vía oral (Alcohol)

Aspirada (Cocaína)

Inhalada (Pegamentos)

Inyectadas (Heroína)

CONCEPTO DE DROGA EN FUNCIÓN DE

LOS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO
CENTRAL

Depresoras.
Estimulantes.
Perturbadoras.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



POR LOS EFECTOS SOBRE EL S.N.C.

- Depresoras del S.N.C: **psicolépticas**
- Estimulantes del S.N.C: **psicoanalépticas**
- Perturbadoras del S.N.C: **psicodislépticas**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



Sustancias Depresoras del SNC

Entorpecen y adormecen el funcionamiento del cerebro

- **Provocan las siguientes reacciones:**
 - Desinhibición.
 - Generan un proceso progresivo de adormecimiento cerebral.
 - Pueden producir coma.

Tipos de Sustancias Depresoras del SNC

Alcohol.

Opiáceos (heroína, morfina, metadona...).

Tranquilizantes (pastillas para calmar la ansiedad).

Hipnóticos (pastillas para dormir).

Sustancias Estimulantes del SNC

Aceleran, activan el funcionamiento del S.N.C.

- **Pueden provocar desde:**
 - Dificultad para dormir (café...)
 - Hiperactividad (cocaína...)

Tipos de Sustancias Estimulantes del SNC

Estimulantes mayores:

- Anfetaminas y Cocaína.

Estimulantes menores:

- Nicotina.
- Xantina (Cafeína).

Sustancias Perturbadoras del SNC

Sustancias que distorsionan el funcionamiento del S.N.C.

- Dan lugar a:
Distorsiones perceptivas.

[Fortaleza irresistible.]



Tipos de Sustancias Perturbadoras del SNC

Alucinógenos: LSD, Mescalina ...

Derivados del cannabis: Hachís, Marihuana ...

Drogas de síntesis: Éxtasis o, vulgarmente, "Pastis".

Inhalantes: Acetonas, Bencenos ...

CLASIFICACIÓN PARADÓJICA



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



CONCEPTO DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Son las adicciones en las que no existe una sustancia, sino un comportamiento que provoca dependencia.

- El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones sólo contempla el juego patológico. Aunque pueden existir otras como: Internet, Comprar, Teléfono, Televisión...

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



CONCEPTO DE DROGODEPENDENCIA

Enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizada por una tendencia compulsiva al consumo de drogas.

Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. Junta de Andalucía.

HABLAMOS DE USO Y/O CONSUMO DE DROGA

Cuando se produce una relación con las sustancias o la actividad adictiva

- En las que:
 - Bien por su cantidad
 - Bien por su frecuencia
- No se detectan consecuencias inmediatas:
 - Sobre el consumidor y/o
 - Sobre su entorno.

TIPOS DE USO Y/O CONSUMO

- **Experimental:** La motivación principal sería la curiosidad. Puede quedarse ahí o pasar a la dependencia.
- **Ocasional:** Se consume esporádicamente y, generalmente, por factores sociales. El sujeto no toma la iniciativa en el consumo.
- **Episódico:** El uso durante un tiempo. Suele ser reactivo a situaciones psicológicas o sociales.

USO Y/O CONSUMO INADECUADO DE DROGAS

Es el consumo de cualquier sustancia que se realiza ante una situación en la que, por pequeña que sea la cantidad, puede generar riesgos y daños.

HABLAMOS DE ABUSO DE DROGAS

Quando se establece una relación con las sustancias o la actividad adictiva

- En las que:
 - Bien por su cantidad
 - Bien por su frecuencia
- Se producen consecuencias negativas:
 - Sobre el consumidor y/o
 - Sobre su entorno

POLITOXICOMANÍA

Coexistencia de una dependencia a varias sustancias y/o actividades adictivas.

INTOXICACIÓN

Es un síndrome clínico reversible que provoca un trastorno comportamental y orgánico, tras la exposición reciente a una sustancia en grandes cantidades.

SOBREDOSIS

Exceso de la dosis tolerable en un individuo dependiente.

DEPENDENCIA

Es el estado psíquico, físico y social que resulta del consumo continuado de una o varias sustancias o actividades adictivas.

- **Tiene como objetivo:**
 - **Mantener sus efectos agradables**
 - **Evitar los desagradables.**

DEPENDENCIA FÍSICA

- **Se produce cuando el organismo está habituado a la presencia constante de una sustancia.**
- **El sujeto necesita mantener cierto nivel de sustancias en sangre para funcionar con normalidad.**
- **Si el nivel de sustancia desciende se produce el Síndrome de abstinencia.**

DEPENDENCIA PSÍQUICA

- Es una compulsión o deseo irresistible por consumir una sustancia o realizar una actividad adictiva.
- Tiene como objetivo experimentar:
 - Un estado emocional agradable o
 - Librarse de un estado emocional desagradable.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA (I)



CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA (II)

Abandono de otras fuentes de placer

Aumento del tiempo para el consumo

Persistencia del consumo a pesar de conocer sus efectos perjudiciales

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Conjunto de signos y síntomas, observables clínicamente, que se generan al interrumpir de manera brusca el consumo habitual de una sustancia, o el mantenimiento de la actividad adictiva.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Se puede manifestar a tres niveles:

- **Trastornos Físicos:**
 - malestar, cefaleas, náuseas, vómitos, temblores de extremidades...
- **Trastornos Psicológicos:**
 - depresión, irritabilidad, nerviosismo...
- **Trastornos Psicosociales:**
 - dependencia al ambiente y a las relaciones sociales establecidas alrededor del consumo de sustancias o de la actividad adictiva.

TOLERANCIA

Es la adaptación del organismo a una cantidad determinada de sustancia, de forma que necesita aumentar continua y gradualmente la dosis para conseguir los mismos efectos.

TOLERANCIA INVERSA

Fenómeno por el cual ciertas sustancias,
poseen propiedades de reproducir
ciertos efectos
cada vez más acentuados,
incluso a dosis más bajas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



TOLERANCIA CRUZADA

Fenómeno por el que si una sustancia
se consume en repetidas ocasiones,
no sólo aparece tolerancia a la misma,
sino también a otra sustancia
cuyos efectos sobre el organismo
son similares.

Por ejemplo:
Alcohol y Barbitúricos.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



DESINTOXICACIÓN

Proceso físico por el cual pasa un drogodependiente que interrumpe el consumo, hasta que su organismo vuelve a un estado normal y autorregulado de funcionamiento.

DESHABITUACIÓN

Proceso psicológico por el cual pasa un drogodependiente para conseguir eliminar, controlar o modificar las causas que le incitan al consumo o lo mantienen en el mismo.

RECAÍDA

Es volver a consumir
tras un periodo
de abstinencia.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



PATOLOGÍA DUAL

Se define como la coexistencia de un abuso o dependencia de sustancias o adicción comportamental, con un trastorno mental.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



PREVENCIÓN PRIMARIA (Antes del consumo)

Tiene como objetivo retrasar la edad de inicio al consumo de drogas y la promoción de hábitos saludables.

Información
Información
Promoción
Educación para la salud

PREVENCIÓN SECUNDARIA (Cuando hay consumo)

Tiene como objetivo evitar que el consumo habitual se estructure en drogodependencia, potenciando el consumo responsable.

Articula estrategias de tratamiento a través de reconocimientos médicos, programas individualizados...

PREVENCIÓN TERCIARIA (Cuando hay abuso)

Tiene como objetivo que los drogodependientes puedan superar su situación de dependencia y se reinseren socialmente.



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



F FACTORES DE RIESGO

Los podemos definir como aquellas **circunstancias** que incrementan, directa o indirectamente, la probabilidad de que un individuo consuma drogas o implemente una serie de adicciones comportamentales, para evadirse, precisamente, de esas mismas circunstancias que lo atosigan, llegando a producir un cuadro patológico que va a interferir en su propio proceso de desarrollo y sobre su mundo circundante.

Nos referimos a “circunstancias”, en la definición de estos factores, porque en las drogodependencias y adicciones no podemos hablar de la existencia de un único elemento que provoque el mantenimiento del consumo o de la actividad adictiva, sino que este viene dado como consecuencia de la interrelación de varios factores.

Por ejemplo, un chico o una chica que pertenezca a una familia muy desestructurada, puede compensar la ausencia de roles, con personas ajenas a su familia primaria, que puedan ejercerlos adecuadamente. Si esto es así, no tiene porqué llegar a constituirse como un factor de riesgo.

De todos los estudios que se han venido realizando durante los últimos años, a nivel nacional y europeo, los factores de riesgo se articulan en general, en cuatro grupos prioritarios, para su mejor entendimiento. Pero siempre sin perder de vista la interacción de los mismos.

Estos factores se agruparían en los **Familiares**, que van desde el consumo y/o abuso por parte de los padres o de alguno de ellos, hasta las malas relaciones de pareja o familiares en sí mismas.

Los factores de riesgo de carácter **Social** hacen referencia a la existencia de consumos en los grupos de referencia, marginalidad, insolidaridad y ausencia de valores, así como a la falta de participación social.

Los factores **Personales** hacen referencia a la manera en la que el individuo se relaciona con el mundo y con los diversos elementos que componen su abanico relacional y su capacidad de resistencia, flexibilidad y de sensaciones.

También se han analizado, porque así han ido apareciendo en los diversos estudios, factores vinculados con las relaciones Laborales que se establecen en las empresas, en el ámbito del trabajo. Estos se encuentran en la existencia de situaciones contractuales abusivas y con pocas perspectivas de continuidad, la insatisfacción profesional, las jornadas de trabajo a turnos y/o prolongadas, el cansancio intenso, así como, con la presencia de factores generadores de estrés en el trabajo.

FACTORES DE RIESGO

Ante las drogodependencias y
las adicciones

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO Ámbito Familiar

- Los padres beben o toman drogas.
- Mala situación económica familiar.
- Trabaja y realiza tareas domésticas.
- Malas relaciones padres-hijos.
- Malas relaciones de pareja.

F.A.D "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL 2001"

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
Ámbito Social

- Consumo de drogas en el grupo.
- Insuficientes alternativas de ocio.
- Dinero y poder lo más importante.
- Insolidaridad social.
- Marginación social.
- No participación social.

F.A.D "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL 2001"

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
Ámbito Personal

- Siente soledad.
- Insatisfacción personal.
- Agobio y tensión.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- No puede superar sus dificultades.
- Dificultades para relacionarse.

F.A.D "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL 2001"

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
Ámbito Laboral

- **Condiciones de trabajo.**
- **Insatisfacción-limitación.**
- **Precariedad laboral.**

F.A.D "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL 2001"

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
FACTORES DE RIESGO
(Ámbito Familiar)

- **Malas relaciones padres - hijos.**
- **Malas relaciones de pareja.**
- **Abuso alcohol - drogas por padres.**
- **Mala situación económica.**

LOS JÓVENES ANDALUCES ANTE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES 2002

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
FACTORES DE RIESGO
(Ámbito Social)

- Consumo de drogas en el grupo.
- Uso de drogas en lugares de diversión.
- Facilidad para obtener drogas.
- Marginalidad en el barrio.
- No participación social.

LOS JÓVENES ANDALUCES ANTE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES 2002

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO
FACTORES DE RIESGO
(Ámbito Personal)

- Sensación de no poder superar dificultades.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- Insatisfacción en su vida actual.
- Insatisfacción en los estudios.
- Sensación de agobio o tensión.

LOS JÓVENES ANDALUCES ANTE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES 2002

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO (Ámbito Laboral)

- **Mala situación contractual o paro.**
- **Trabajo a destajo o alto rendimiento.**
- **Jornadas de trabajo prolongadas.**
- **Insatisfacción en el trabajo.**
- **Cansancio intenso o estrés en el trabajo.**

LOS JÓVENES ANDALUCES ANTE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES 2002

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grup para les Drogadependencias y Adicciones



F

ACTORES DE PROTECCIÓN

.....

Los podríamos definir como el conjunto de **situaciones, actitudes y valores** que ayudan a prevenir, reducir y modular el consumo de sustancias o la existencia de adicciones comportamentales en el individuo.

Debemos tener claro que los factores de protección no son elementos opuestos a los factores de riesgo de una manera unidireccional, sino que pueden interactuar con éstos de manera que se pueda reducir la posibilidad del consumo o de la actividad adictiva.

Estos factores se encuentran en todas y cada una de las situaciones que acompañan al individuo tanto en su desarrollo como en su “estar” en la familia, en la sociedad y en su entorno.

La existencia de valores solidarios, la participación activa en el desarrollo de actividades sociales y/o humanitarias dirigidas hacia el bien común, la potenciación de los núcleos base de la sociedad, la actividad deportiva que no conlleve un culto a la competitividad extrema, el cuidado racional del cuerpo... son elementos que facilitan el surgimiento de los factores de protección.

Uno de los escenarios prioritarios para que estos factores sean bien recibidos por el individuo, hace especial referencia al ambiente familiar.

Tal y como se encuentra estructurada nuestra sociedad y las bases sobre la que se asienta, la familia, se constituye como el pilar fundamental donde la persona comienza a constituirse como tal, tanto en lo referente a sus valores internos como externos.

Un **ambiente familiar** de diálogo, de confianza, de estabilidad y de buenas relaciones, son unas armas muy poderosas para resistir a las inevitables y necesarias presiones grupales que aparecen no sólo en la adolescencia sino a lo largo de las otras etapas de la vida.

Igualmente un **desarrollo adecuado de la comunidad** en la que se reside y en la que se comparten experiencias: escuela, barrio etc, es una barrera que actúa con efectividad y que potencia las actitudes individuales no consumistas ni volubles, dotando al individuo de elementos de desarrollo más adecuados y participativos desde la independencia de criterios y de actitudes.

Durante los últimos años viene incrementándose la importancia que los técnicos confieren a las **actitudes asertivas**, es decir, la capacidad que tiene el individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo ni desconsiderar los derechos de los demás. Esto es un proceso que se puede aprender de manera natural, cuando las estructuras familiares y educativas, así lo permiten.

Cuando esta actitud no se ha podido adquirir en la familia o en los primeros contactos con el medio educativo, se puede ir incorporando al bagaje de respuestas del individuo a través de un proceso de aprendizaje que siga las pautas que se indican:

- Reconocer y respetar los derechos que tenemos como individuos, pertenecientes a una sociedad democrática, al mismo tiempo que hacemos lo mismo con los que tienen nuestros conciudadanos.
- La potenciación del sentimiento de libertad a la hora de expresar nuestras ideas, analizando previamente el lugar y la conveniencia de la expresión de las mismas.
- Tratar de expresar nuestros sentimientos ante las situaciones que nos rodean, con la finalidad de que los demás los conozcan.
- Actuar desde el máximo respeto a nosotros mismos, ya que esto nos ayuda, de manera muy efectiva, a potenciar la autoestima.

En definitiva, la Asertividad, consiste en potenciar ante nosotros mismos y ante los que nos rodean, actitudes de libertad, respeto y defensa del pensamiento y de los valores personales de una manera integrada e integral.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Ante las drogodependencias y
las adicciones

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

- **Son aquellas:**

- Situaciones.
- Actitudes.
- Valores.

- **Que van a:**

- Prevenir.
- Reducir.
- Modular.

El consumo de sustancias y/o adicciones.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

- Los factores de protección (F.P.) no son algo opuesto a los Factores de Riesgo (F.R.).
- F.P. y F.R. son realidades distintas que interactúan entre sí.
- Los F.P. interactúan sobre los F.R. y los modulan reduciendo la probabilidad de consumo.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

(Valores Alternativos)

- En oposición a valores de riesgo insolidarios y presentistas (tendencia a la realización inmediata de la necesidad), los siguientes valores pueden tener un carácter protector:

Mantenerse al margen de los consumos.
Importancia de la salud.
Renuncia a satisfacciones inmediatas por futuras.
Objetivos claros de lo que se quiere.
Solidaridad, colaboración con los demás.

FACTORES DE PROTECCIÓN

(Conductas y Ocio Alternativo)

- En oposición a valores de riesgo como el consumismo y el ocio hedonista encontramos conductas y ocios constructivos:

Participación en actividades sociales.
Participación en actividades humanitarias.
Participación en actividades religiosas.
Práctica de deportes y afición a la lectura.

FACTORES DE PROTECCIÓN

(Desarrollo Personal)

- Importancia y cuidado de la salud y el propio cuerpo.
- Objetivos claros en lo que se quiere y debe hacer.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogas y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

(Integración Familiar)



- Las buenas relaciones y la estabilidad familiar.
- La confianza en los padres.
 - El apego familiar.

Diálogo sobre los riesgos de las drogas o adicciones.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogas y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

(Entorno comunitario y Prevención)

Ausencia de drogas en el barrio.
Prevención de drogas en general.
Prevención de drogas en las escuelas.

Apego e integración en el barrio.
Ver - Oír algún mensaje preventivo.

FACTORES DE PROTECCIÓN

(Acción Institucional y Prevención de Drogas)

- Mensajes y campañas preventivas ante las drogas en general.
- Actividades concretas de información sobre drogas.
- Programas de prevención realizados en el ámbito escolar, social y laboral.

FACTORES DE PROTECCIÓN

ASERTIVIDAD



Es la capacidad que tiene el individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo ni desconsiderar los derechos de los demás.

FACTORES DE PROTECCIÓN

ASERTIVIDAD



La asertividad no significa ni pasividad ni agresión.

- Éstas NO SIRVEN para conseguir los objetivos deseados.

FACTORES DE PROTECCIÓN

ASERTIVIDAD



La habilidad asertiva proporciona dos importantes beneficios:

- Incrementa la autoestima.
- Mejora la posición social, la aceptación y el respeto de los demás.

FACTORES DE PROTECCIÓN

PASOS PARA SER ASERTIVO



1. Reconocer y respetar los derechos, tanto propios como ajenos.
2. Sentirse libre para manifestarse tal como uno es y para revelar el propio yo, tomando en cuenta la situación particular en la que se encuentra, con el fin de que la conducta y expresión sean las adecuadas.

FACTORES DE PROTECCIÓN

PASOS PARA SER ASERTIVO



3. Tratar siempre de expresar sus sentimientos, bien sean de enojo o ternura, a fin de que las personas que lo rodean sepan la reacción que le producen.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogadependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

PASOS PARA SER ASERTIVO



4. Actuar siempre de tal forma que aumente la autoestima y el respeto que siente por sí mismo.
5. Examinar a menudo las conductas y determinar las áreas en las que le gustaría mejorar su asertividad.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogadependencias y Adicciones



FACTORES DE PROTECCIÓN

PASOS PARA SER ASERTIVO



- 6. Practicar la asertividad en asuntos sin importancia, lo cual resulta más fácil, de forma que se vaya entrenando para mejorar su asertividad en asuntos más difíciles y complejos.**

MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO

Este capítulo procede directamente de los estudios realizados en el informe “Los Andaluces ante las Drogas IX”. El análisis de las motivaciones principales que concurren en la adicción a las sustancias que alteran el campo de la conciencia, se agrupan tras el procedimiento estadístico denominado Análisis Factorial, en cinco agrupaciones de motivos.

- 1.- **Pasividad y huida** como respuestas a estímulos que se consideran frustrantes: Pasar el rato, escapar a problemas personales, estar a disgusto en la sociedad, pasar de todo, sentirse discriminado en el trabajo.
- 2.- Inconscientes de **adaptación e integración** a las normas sociales establecidas: Por costumbre, para estudiar o trabajar mejor, para facilitar el contacto social, por deseo de ser miembro de un grupo, para no ser tenido por raro.
- 3.- Deseo inconsciente de **libertad y transgresión**, encaminadas hacia la obtención de estímulos de gratificación personal: Por gusto de hacer algo prohibido, por sentirme libre, por encontrar un nuevo estilo de vida.
- 4.- Motivaciones **sintomatológicas**, aquellas que se basan en razones de “carácter médico”: Por enfermedad o dolor, para calmar los nervios, para dormir mejor.
- 5.- Motivaciones **experimentales**, hacen referencia a situaciones puramente individuales tendentes a la búsqueda de placer y nuevas sensaciones y/o experiencias: Por experimentar placer y animarse, por curiosidad y deseo de nuevas sensaciones.

MOTIVACIONES

Para el consumo de sustancias

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

Pasividad y huida (respuestas a estímulos frustrantes):

- Pasar el rato.
- Escapar a problemas personales.
- Estar a disgusto en la sociedad.
- Pasar de todo.
- Sentirse discriminado en el trabajo.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

**Inconscientes de adaptación e integración
(sobre normas sociales establecidas):**

- Por costumbre.
- Para estudiar o trabajar mejor.
- Para facilitar el contacto social.
- Por deseo de ser miembro de un grupo.
- Para no ser tenido por raro.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogasdependencias y Adicciones



MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

**Deseo inconsciente de libertad y transgresión
(estímulos de gratificación personal):**

- Por gusto de hacer algo prohibido.
- Por sentirme libre.
- Por encontrar un nuevo estilo de vida.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogasdependencias y Adicciones



MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

Motivaciones sintomatológicas (de "carácter médico"):

- Por enfermedad o dolor.
- Para calmar los nervios.
- Para dormir mejor.

MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

Motivaciones experimentales (búsqueda de sensaciones y/o experiencias):

- Por experimentar placer y animarse.
- Por curiosidad y deseo de nuevas sensaciones.

MOTIVACIONES

(Andaluces ante las Drogas VIII - 2003)

MOTIVACIONES	%
Pasividad o huida	29.6
Experimentales y placer	28.8
Adaptación e integración	22.0
Sintomatológicas	10.9
Libertad y transgresión	8.7

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogadependencias y Adicciones



MOTIVACIONES



Tabla 1.1: Motivaciones en el inicio en el consumo, de alcohol y drogas

	% respuestas
Por pasar el rato	31,6
Por experimentar placer; por animarme, etc.	24,3
Porque es una costumbre	23,6
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	23,0
Por el gusto de hacer algo prohibido	13,0
Para facilitar la conversación y el contacto social	8,6
Para calmar los nervios	7,0
Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él	7,0
Por sentirme libre	6,9
Para no ser tenido por raro	3,7
Por escapar a problemas personales	2,9
Para dormir mejor	1,8
Por estudiar o trabajar mejor	1,5
Porque 'paso de todo'	1,2
Por enfermedad o dolor	1,2
Por encontrar un nuevo estilo de vida	1,0
Por sentirme a disgusto en una sociedad injusta	0,6
Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia	0,2
Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo	0,2
Total entrevistados	(2.140)
Total respuestas	(3.019)

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogadependencias y Adicciones



MOTIVACIONES



Tabla 1.3: Evolución de las motivaciones verbalizadas para consumir alcohol y/o drogas (1992-2003 y 2005, en % respuestas)

MOTIVACIONES AGRUPADAS	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2005
Experimentales y placer	14,7	19,3	20,6	28,0	22,0	28,8	28,8
Adaptación e integración	28,0	25,3	26,5	24,2	27,2	22,0	25,8
Pasividad o huida	28,3	29,8	31,7	28,8	26,0	29,6	25,1
Libertad y transgresión	5,0	4,5	7,0	8,2	7,3	8,7	13,6
Sintomatológicas	24,0	21,1	14,2	10,8	17,5	10,9	6,7
Total	100,0						

RED DE ATENCIÓN EN ANDALUCÍA

El área de atención sociosanitaria, en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones tiene como objetivo alcanzar la normalización de la persona afectada como culminación de su proceso terapéutico. Para ello se desarrollan las siguientes actuaciones: desintoxicación, deshabitación, atención física y psíquica y urgencias derivadas del consumo de drogas. Se establece un marco de coordinación de los servicios sociales y sanitarios en colaboración conjunta con entidades públicas y privadas.

Actualmente la red de recursos asistenciales en nuestra Comunidad Autónoma es muy amplia, con programas terapéuticos diversificados y centrados en la persona, combinando programas libres de drogas con programas de reducción de daños. No obstante muchos de ellos están siendo revisados al objeto de optimizarlos y adecuarlos a las nuevas demandas.

La intervención asistencial está encuadrada en una serie de principios generales descritos en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones como son:

- **Individualización:** la atención a los usuarios debe estar adaptada a sus necesidades y características personales y sociales.
- **Flexibilidad:** en todo momento habrá que adaptarse a las necesidades y cambios que se vayan produciendo.
- **Integralidad:** el abordaje debe ser biopsicosocial, considerando a la persona en su totalidad e interviniendo en todas las áreas afectadas como consecuencia de su adicción. Por lo que se requerirán equipos de profesionales de varias disciplinas que actuarán desde un modelo de intervención interdisciplinar.

- **Participación:** la persona con problemas de adicción tiene derecho a participar en su propia recuperación conociendo en todo momento la evolución de su tratamiento.
- **Diversificación:** incrementando la oferta de recursos y programas asistenciales y de incorporación social, abriendo nuevos campos de investigación, análisis y evaluación de las actuaciones.
- **Complementariedad:** convivirán en todo momento los programas dirigidos tanto a la abstinencia como los dirigidos a la reducción de riesgos y daños.
- **Confidencialidad:** se asegura la confidencialidad y protección de los datos de acuerdo a lo estipulado en la legislación vigente.

La red de atención a las drogodependencias y adicciones en el año 2004, está compuesta por los siguientes tipos de centros:

- Centros de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A.), que son la puerta de entrada al resto de los recursos asistenciales. Actualmente funcionan un total de 109 C.T.A. y 12 de ellos específicos de atención al alcoholismo.
- **Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (U.D.H.)**, dependientes de la Consejería de Salud. En la actualidad funcionan tres unidades, con una capacidad total de 24 plazas, que atienden a una media anual de 553 pacientes.
- **Comunidades Terapéuticas (C.T.)**, son centros de tratamiento de carácter residencial orientados a la deshabituación de la conducta adicta. Existen un total de 17 comunidades terapéuticas, con un total de 377 plazas y que atienden a más de 1.200 personas anuales.
- **Viviendas de Apoyo al Tratamiento (V.A.T.)**, son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas que tiene como fin lograr la integra-

ción familiar y social de los usuarios de drogas. En la actualidad funcionan un total de 6 viviendas con capacidad para 90 usuarios.

- **Viviendas de Apoyo a la Reinserción (V.A.R.)**, con igual definición que las anteriores pero que son utilizadas por aquellos individuos que no cuentan con apoyo familiar en la etapa de su proceso terapéutico relacionada con la incorporación sociolaboral de éste. Funcionan en la actualidad un total de 12 viviendas con 78 plazas, con una utilización media anual de 170 usuarios.
- **Centros de Día (C.D.)**, son centros en los que se realizan actividades para favorecer la incorporación social de los drogodependientes que se encuentran en procesos de deshabituación. A fecha de hoy funcionan un total de 26 centros en los que han participado unos 460 usuarios.
- **Centros de Encuentro y Acogida (C.E.A.)**, son aquellos recursos que, ambulatoriamente, plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico a demanda, con el objetivo de paliar o minimizar las consecuencias derivadas del consumo de drogas, mediante actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad del drogodependiente. En la actualidad se disponen de 8 centros de esta tipología.

La red Asistencial se complementa en el ámbito terapéutico con la existencia de programas específicos para cada una de las sustancias y adicciones que mayor índice de frecuencia tienen en Andalucía, así como con la existencia de Protocolos de carácter

PRINCIPIOS GENERALES DE LA RED ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

- **Gratuidad**
- **Confidencialidad**
- **Voluntariedad**
- **Interdisciplinariedad**
- **Tratamiento integral**
- **Profesionalidad**
- **Universalidad**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN SALUD/DROGAS Atención primaria

- **Analítica Básica.**
- **Prescripción de fármacos.**
- **Tratamiento patología asociada.**
- **Dispensación de metadona.**
- **Plan Andaluz de Tabaquismo.**
- **Formación continuada.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN SALUD/DROGAS

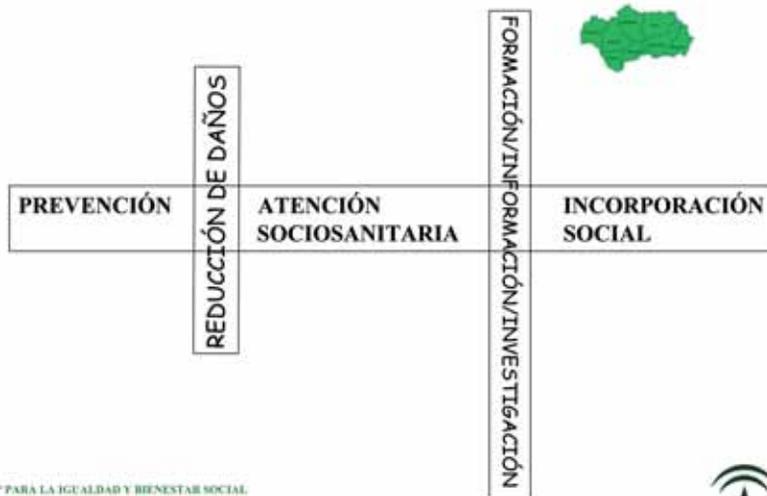
Atención especializada

- **Unidades de desintoxicación.**
- **Atención de urgencias.**
- **Tratamiento patología asociada.**
- **Elaboración de Metadona.**
- **Formación continuada.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ÁREA DE INTERVENCIÓN



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



TIPOLOGÍA DE RECURSOS ASISTENCIALES (1)

- **Centros de tratamiento ambulatorio:**
 - Centros provinciales de drogodependencias
 - Centros comarcales de drogodependencias
 - Centros municipales de drogodependencias
- **Unidades de desintoxicación hospitalaria.**
- **Comunidades terapéuticas.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



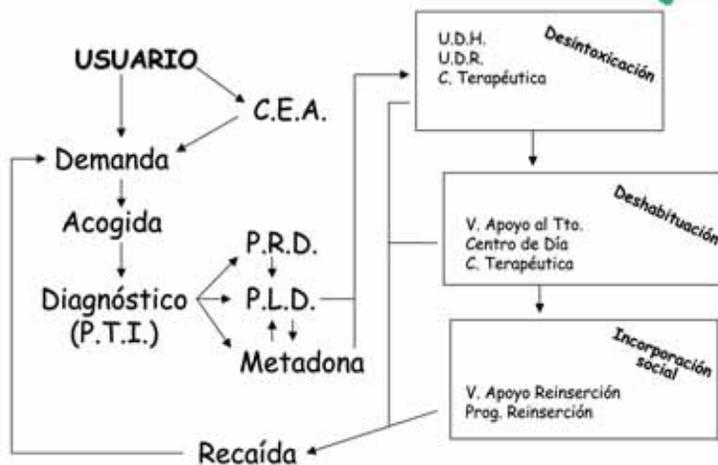
TIPOLOGÍA DE RECURSOS ASISTENCIALES (2)

- **Centros de encuentro y acogida.**
- **Centros de dispensación de opiáceos.**
- **Centros de día.**
- **Viviendas de apoyo al tratamiento.**
- **Viviendas de apoyo a la reinserción.**
- **Unidades móviles.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



CIRCUITO TERAPEUTICO BÁSICO



C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS



Son centros especializados en la atención a las drogodependencias y adicciones y la puerta de entrada al resto de los recursos. Se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación e incorporación social en régimen abierto de personas con problemas de adicción.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA: Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía.

EDITA: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para Drogodependencias.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS

- **Deben contar al menos con un médico, un psicólogo, un trabajador social y un ATS/DUE.**
- **Tienen que estar inscritos, autorizados, acreditados.**
- **Supervisado por la inspección de los Servicios Sociales de Andalucía.**

SERVICIOS OFERTADOS Y COBERTURA

- **PROGRAMAS (por tipo de adicción)**
- **DIPOSITIVOS DE APOYO**
- **PROTOCOLOS**

PROGRAMAS (OPIÁCEOS)



- Programa de Desintoxicación Rápida.
- Programa de Desintoxicación Domiciliaria.
- Programa de Tratamiento con Agonistas (Metadona).
- Programa de Tratamiento con Antagonistas (Naltrexona).
- Programa de Intervención Psicosocial.

PROGRAMAS (ALCOHOL)



- Programa de Desintoxicación Domiciliaria.
- Programa de Tratamiento Anticraving (Naltrexona y Acamprosato).
- Programa de Tratamiento con Disuasores del Alcohol.
- Programa de Intervención Psicosocial.

PROGRAMAS (CANNABIS)



- Programa de Intervención dirigido a consumidores de cannabis que desean abandonar su consumo.
- Programa de atención a consumidores sancionados según el artículo 25.1 de la Ley de Seguridad Ciudadana.

OTROS PROGRAMAS



- Tabaco.
- Estimulantes.
- Juego Patológico.
- Otras Drogas.
- Programa de Apoyo a Instituciones Penitenciarias.
- Programa de determinación de Drogas de Abuso.

PROTOCOLOS



- **Protocolo de Inclusión en Metadona.**
- **Protocolo de Actuación en Demanda de Metadona.**
- **Protocolo de Derivación a UDH.**
- **Protocolo de Derivación a CT.**
- **Protocolo de Derivación a VAT.**
- **Protocolo de Derivación a VAR.**
- **Protocolo de Interconsulta Salud Metal - Drogas.**

DROGAS LEGALES



TABACO

Procede de una **planta solanácea** denominada *Nicotina tabacum*. Se obtiene de las distintas labores que se realizan con las hojas de dicha planta, tras un proceso de secado y manufacturación.

El aspecto que presenta es el de hojas secas en forma de hebras y de color marrón. En la actualidad su mayor consumo es fumándolo aunque en otras épocas se aspiraba ligeramente, previamente pulverizado. A esta labor se le denomina rapé. Existe también una labor de tabaco de mascar.

El tabaco no causó problemas de salud pública de una manera real hasta que no se inventó la máquina para elaborar cigarrillos, esta es la manera en la que se “popularizó”, especialmente a raíz de la Iª Guerra Mundial, la también llamada Guerra de las trincheras. El cigarrillo “ayudaba” a los soldados a pasar las largas jornadas que permanecían en las mismas. Otra manera de fumarlo, especialmente en Turquía y otros países de su entorno es a través de la Narguile, instrumento en el que el humo del tabaco es filtrado y aromatizado tras pasar por un depósito de agua. No obstante la Narguile también es utilizada para fumar otro tipo de sustancias.

El humo de los cigarrillos tiene cerca de 4.000 componentes tóxicos, producidos no sólo por la combustión del tabaco sino por la de los añadidos que la industria tabaquera utiliza en su elaboración y por la combustión propia del papel que se usa para este formato.

La sustancia adictiva fundamental es un alcaloide de carácter básico denominado *Nicotina* que es un potente estimulante y bloqueante ganglionar, así como una droga de alto poder adictivo.

La absorción de este alcaloide depende del tipo de labor que se consume, si es fumado en forma de puros o en pipas, la absorción es buco-

faríngea y si se fuma como cigarrillos, la absorción, fundamentalmente, es pulmonar.

Del resto de los componentes que tiene el tabaco, que es un irritativo del sistema respiratorio, podemos indicar que los alquitranes generan cáncer, y que el monóxido de carbono afecta al Sistema Circulatorio.

EFFECTOS INMEDIATOS

Produce una sensación de relajación, aunque realmente estimula el ritmo cardíaco, aumenta la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

EFFECTOS ORGÁNICOS

Fundamentalmente los principales efectos, después de un corto período de tiempo fumándolo, es la disminución de la capacidad pulmonar, la fatiga prematura, una merma en los sentidos del gusto y tacto, así como el envejecimiento prematuro de la piel de la cara y mal aliento (esto es automático), aparece un cierto color amarillento de dedos y dientes, tos y expectoraciones, fundamentalmente, de carácter matutino.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

El tabaco es consumido en busca de algunos efectos positivos, basados en las sensaciones propioceptivas, como son la sensación de relajación y la de mayor concentración. Otro elemento psicológico por el que se puede fumar o mantener el hábito es la necesidad de tener algo entre los dedos.

RIESGOS ORGÁNICOS

Faringitis, laringitis y úlcera gástrica son los trastornos más frecuentes. Las dificultades respiratorias a las que ya hemos hecho mención, con tos y expectoraciones, pueden llegar a la bronquitis crónica y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas como el enfisema pulmonar. En cuanto al cáncer está probada la participación del tabaco en los de pul-

món, boca, laringe, esófago, riñón y vejiga. Además incide notablemente en la aparición de cardiopatías.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

Presenta una fuerte dependencia psicológica por su consumo asociado a determinadas circunstancias sociales y por las, afortunadamente, cada vez menores, campañas publicitarias.

Un factor psicológico, importante y añadido que contiene, es la ansiedad y depresión derivadas por la dificultad para dejar el hábito. Pues como hemos indicado, la nicotina es un alcaloide fuertemente adictivo, pero en la actualidad contamos con buenas dispositivos y técnicas que ayudan de una manera efectiva a abandonar esta adicción.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El 36.7% de la población española de 15 a 64 años fuma diariamente, siendo de el 42% entre los hombres y del 31.3 entre las mujeres.

La edad media del inicio en el consumo de tabaco fue de 15.8 años entre los hombres y de 17.3 años entre las mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 43.3% de la población andaluza de 12 a 64 años, nunca ha fumado, mientras que el 56.5% sí lo ha hecho alguna vez en su vida. El 34.4% fuma diariamente y el 5.8% lo hace de manera ocasional.

La edad media en el inicio del consumo se sitúa en los 16.28 años, siendo de 15.87 en los hombres y de 16.79 en las mujeres.

Hay mayor número de fumadoras diarias (6.5) que de fumadores diarios (5.1), el consumo ocasional se da más en hombres (39.1) que en mujeres (29.7).

SI LO CONSUMES TEN EN CUENTA:

Si hay personas a tu alrededor... pregunta antes de fumar, pues puedes molestar tanto a los que nunca han fumado como a los posibles exfumadores que haya, o los que se encuentren en proceso de deshabituación.

Deja la última parte del cigarrillo en el cenicero, es la que tiene mayor concentración de tóxicos.

Si padeces de pulmón, corazón, circulación, estómago o estás embarazada... no lo pruebes.

No fumes conduciendo, en la cama, en ambientes cerrados, con polvo o materias en suspensión, o en presencia de niños o enfermos, aumentan exponencialmente los riesgos de otro tipo y los propios de la adicción tabáquica.

Apagar bien el cigarrillo previene incendios.

DROGAS LEGALES

TABACO

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



TABACO

- **Planta:**
 - Nicotina tabacum, solanácea.
- **Se obtiene de las distintas labores que se realizan con las hojas.**
- **No causó problemas de salud pública hasta que se inventó la máquina para elaborar cigarrillos.**
- **El humo de los cigarrillos tiene cerca de 4.000 componentes tóxicos.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



TABACO

- **Aspecto:**
 - Hojas secas en forma de hebras, de color marrón.
- **Forma de administración:**
 - Se fuma.
- **Otras denominaciones:**
 - Cigarrillo, pitillo, puros...

COMPONENTES TABACO

- **Nicotina:** estimulante (adicción).
 - *Alcaloide de carácter básico.*
 - *Estimulante y bloqueante ganglionar.*
 - *Puros, pipas: absorción bucofaringea.*
 - *Cigarrillos: absorción pulmonar.*
- **Alquitranes** (Cáncer).
- **Irritantes** (Sistema Respiratorio).
- **Monóxido de carbono** (Sistema Circulatorio).

EFFECTOS INMEDIATOS

TABACO

- Sensación de relajación.
- Estimula el ritmo cardíaco.
- Aumenta la presión arterial.
- Aumenta la frecuencia respiratoria.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



EFFECTOS ORGÁNICOS

TABACO

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

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



EFFECTOS PSICOLÓGICOS

TABACO

- **El tabaco es consumido en busca de algunos efectos positivos:**
 - Relajación.
 - Sensación de mayor concentración.

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

TABACO

- Faringitis y laringitis.
- Dificultades respiratorias.
- Tos y expectoraciones.
- Úlcera gástrica.
- Cáncer de pulmón, boca, laringe, esófago, riñón y vejiga.
- Bronquitis y enfisema pulmonar.
- Cardiopatías.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

TABACO

- **Dependencia psicológica.**
- **Ansiedad y depresión derivadas por la dificultad para dejar el hábito.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



El consumo en España

TABACO

- El 36.7% de la población española de 15 a 64 años fuma diariamente, siendo de el 42% entre los hombres y del 31.3 entre las mujeres.
- La edad media del inicio en el consumo de tabaco fue de 15.8 años entre los hombres y de 17.3 años entre las mujeres.

- "Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



TABACO



Tabla 1.1: El consumo de tabaco

	%
Nunca ha fumado	43,3
No fuma, antes sí	16,3
Fuma ocasionalmente	5,8
Fuma diariamente	34,4
NS/NC	0,2
Total	100,0
Base	(2.500)

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

TABACO



Tabla 1.2: Tipología de fumadores diarios

Nº CIGARRILLOS	%
Moderados (menos de 10)	22,3
Medios-altos (de 10 a 20)	60,7
Extremos (de 21 a 40 o más)	17,0
Total	100,0
Base	(852)

MEDIA CIGARRILLOS DÍA	
Media General:	16,36
Hombres	18,79
Mujeres	13,04

TABACO



Edades de inicio en el consumo de tabaco en Andalucía

AÑOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Hasta los 10	1,9	3,2	0,3
De 11 a 14	29,1	34,3	22,5
De 15 a 17	42,0	38,2	46,7
De 18 a 20	18,5	17,9	19,3
De 21 y más	7,5	5,5	10,0
NS/NC	1,0	0,9	1,2
Totales	100,0	100,0	100,0
Bases	(1.413)	(785)	(628)

Edades medias de inicio en el consumo de tabaco

	MEDIA AÑOS DE INICIO
Media General:	16,28
Hombres	15,67
Mujeres	16,79

Tabla 1.7: Los fumadores diarios en cada grupo de edad, según el género

Género	EDAD	TOTAL	16/20	21/24	25/34	35/44	45/64
Hombres		39,1	29,5	34,0	45,2	53,8	36,5
Mujeres		29,7	30,3	43,3	33,1	38,9	21,0
Total		34,4	29,9	38,5	39,3	46,4	28,6
Base		(860)	(72)	(83)	(232)	(255)	(208)

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat. para los Drogodependientes y Adicciones



TABACO

Si lo consumes → ten en cuenta

- Si hay personas a tu alrededor... pregunta antes de fumar.
- Deja la última parte del cigarrillo en el cenicero, es la que tiene mayor concentración de tóxicos.
- Si padeces de pulmón, corazón, circulación, estómago o estás embarazada... no lo pruebes.
- No fumes conduciendo, en la cama, en ambientes cerrados o en presencia de niños o enfermos.
- Apagar bien el cigarrillo previene incendios.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat. para los Drogodependientes y Adicciones



ALCOHOL

“Pan y cerveza para un día”

Esta sencilla anotación pertenece a la lista de gastos de una familia que habitaba en la Mesopotamia asiática 3.000 años antes de Cristo.

El alcohol, por lo tanto, es una sustancia que ya se usaba en civilizaciones muy antiguas y que se encuentra presente en datos históricos.

Pero no sólo era conocido su uso, sino que el abuso de esta sustancia, así como las consecuencias que ello entrañaba, también se encuentran recogidos en los textos antiguos, por ejemplo:

”Si has comido tres panes y bebido dos jarras de cerveza y tu vientre no ha satisfecho, domínalo!... no te descuides al beber cerveza, no sea que digas algo malo y no sepas lo que has dicho. Si te caes (borracho) y te haces daño, nadie te echará una mano”.

Este texto corresponde a una inscripción egipcia. Otro dato de esta civilización indica que durante el reinado del faraón Ramses III, en el s. XIII a. C, los trabajadores se declararon en huelga por falta del pago en especie, uno de los componentes de este pago era la cerveza. Esta es la primera noticia de huelga recogida en la historia.

Cuando el Capitán Cook navegó por los mares del Sur a mediados del siglo XVI halló que los polinesios tomaban kava, una bebida alcohólica que fermentaban de una especie de pimienta. Bernal Díaz del Castillo, cronista de la llegada de los españoles a Tenochtitlan, aseguró que el territorio de la Nueva España, estaba «lleno de magueyes (plantas grandes y carnosas), de los cuales hacen su vino».

El alcohol es un **Depresor** del Sistema Nervioso Central, es decir, adormece el funcionamiento del cerebro, aunque al principio de la ingesta tiene un efecto paradójico que genera una sensación de una cierta euforia. Las bebidas alcohólicas las podemos clasificar, según su modelo de elaboración en dos tipos. Por un lado las **Bebidas fermentadas**, que son aquellas que proceden de la fermentación natural de los azúcares contenidos en frutas y cereales, como son la cerveza, la sidra y el vino, estas bebidas suelen tener una graduación alcohólica entre 4 y 12 grados.

El otro tipo de bebidas serían las **Bebidas destiladas**. Estas proceden de la depuración o destilación de las fermentadas, entre ellas se encuentran la ginebra, el güisqui, etc. y suelen tener una graduación entre 40 ó 50 grados.

Hay que indicar que la destilación se la debemos a los alquimistas árabes del siglo VII de nuestra era, al producto que consiguieron lo denominaron al-kohl. Por lo tanto, esta palabra se la debemos a los avances técnicos de los árabes.

Como características físicas debemos indicar que el alcohol es un líquido de varios colores, sabores y texturas.

Los efectos inmediatos tras la ingesta de las bebidas alcohólicas dependerán en gran medida de la edad, el peso, el sexo (pues no afecta por igual a hombres y a mujeres ya que el sistema de metabolización es distinto), la cantidad y rapidez de la ingesta, así como si se toma con comida o combinado con bebidas carbónicas o zumos.

EFFECTOS INMEDIATOS

La euforia inicial que ya hemos indicado, seguida de desinhibición conductual y emocional, debido a la inhibición de los centros cerebrales responsables del autocontrol, esto es lo que se percibe cuando vemos en cualquier fiesta, reunión o feria a alguien que “ha tomado dos copitas de más”.

EFFECTOS ORGÁNICOS

Su uso continuado genera fundamentalmente la destrucción de células hepáticas, la aparición de trastornos digestivos, una disminución del ritmo cardiopulmonar, así como pérdida de masa neuronal, producida en lo que comúnmente se denomina “borracheira”.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

La desinhibición que provoca, generalmente conlleva la aparición de una cierta euforia y relajación psicológica con un aumento de la sociabilidad. Si continuamos consumiéndolo genera dificultades para hablar, dificultad para asociar ideas y descoordinación motórica. Dependiendo del “ambiente” del consumo así como a la situación psicológica previa a su ingesta, estos efectos pueden complicarse con broncas, caídas y otra sintomatología parecida.

FORMAS DE MEDIR EL CONSUMO

Hay varias maneras de medir el consumo de alcohol: En gramos por litro de sangre, en miligramos por litro de aire espirado y en Unidades de Bebida Estándar, las llamadas U.B.Es.

Nos vamos a centrar en estas últimas pues son las que nos pueden ayudar a conocer cuál es nuestro propio consumo de una manera rápida. En España cada UBE representa diez gramos de alcohol puro por cada unidad de bebida. Desde esta óptica, las UBEs que presentan las bebidas habituales por cada ingesta son las siguientes:

- Cerveza: 1 caña, 200 ml = 1 U.B.E. 1 litro, 1000 ml = 5 U.B.Es.
- Vino: 1 vaso, 100 ml = 1 U.B.E. 1 litro, 1000 ml = 10 U.B.E.
- Ginebra, Ron, Anís Brandy: 1 copa, 50 ml = 2 U.B.E.
- Jerez, Vermut, Cava, 1 copa, 50 ml = 1 U.B.E.
- 1 combinado 50 ml = 2 U.B.E.
- 1 carajillo 25 ml = 1 U.B.E.

Como factor de riesgo se considera en hombres un consumo superior a 35 UBEs por semana y en mujeres un consumo superior a 20 UBEs por semana.

La normativa de la Dirección General de Tráfico recoge las cantidades máximas de consumo para no sufrir sanción en miligramos de alcohol por litro de sangre o en aire aspirado, siendo las siguientes:

- **Análisis de sangre:** General 0.5 gramos por litro, profesionales y determinadas conducciones especiales, así como en los noveles: 0.3 gramos por litro.
- **Aire espirado:** General 0.25 miligramos por litro, profesionales y determinadas conducciones especiales, así como en los noveles: 0.15 miligramos por litro.

Los riesgos para la salud que presenta el consumo continuado y/o abusivo, serían los siguientes:

RIESGOS ORGÁNICOS

Gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepática, cardiopatías, tolerancia y dependencia física es decir adicción, impotencia y síndrome de abstinencia. En casos muy graves puede llegarse al “Delirium Tremens”.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

Cambio de humor, insomnio, suspicacia, irritabilidad, paranoia, celotipia (aparición de celos sin causa justificada ni aparente), pérdida de memoria, dificultades cognitivas e intelectuales y en casos graves o con cierta predisposición orgánica, se puede producir una psicosis alcohólica.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El alcohol es la sustancia psicoactiva que tiene un consumo mayor en la población española. El 76.6% de la población de 15 a 64 años ha

bebido alcohol alguna vez durante los últimos doce meses. El 64.1% lo ha consumido en el último mes. Un 48.2% ha tomado bebidas alcohólicas al menos un día por semana durante el último año. El 14.1% de la población española consume alcohol a diario. La prevalencia del consumo semanal durante los últimos doce meses, fue del 63.3% entre hombres y del 32.9% entre las mujeres. La prevalencia del consumo de riesgo durante el último mes fue del 7.4% entre hombres y del 3.1% entre mujeres.

La edad media del inicio en el consumo de alcohol fue de 16.7 años, siendo en hombres de 15.9 años y en mujeres de 17.4 años.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 83.7% de los andaluces y andaluzas de 12 a 64 años en adelante lo han consumido alguna vez en su vida, siendo el 72.7% los que han consumido alguna vez durante el último año. El 63% lo ha consumido durante el último mes, así como el 31.6% toman alguna cantidad de alcohol diariamente. Por género la diferencia en el consumo de alcohol en los últimos doce meses entre hombres y mujeres es clara: un 79.1% los hombres y un 66.2% las mujeres. La proporción de mujeres abstinentes es del 45.5%, siendo la de hombres de 28.7%.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol es de 16.88 años, siendo de 16.12 años en hombres y de 17.14 en mujeres.

SI LO CONSUMES TEN EN CUENTA

Comer suficiente para evitar los efectos tóxicos sobre el estómago vacío.

No conducir.

No mezclarlo con otras drogas.

Tomarlo poco a poco ya que reduce el daño y se saborea mejor.

Si vas a tener relaciones sexuales, tómallo lo menos posible, ya que el alcohol reduce la excitación.

Intercala bebidas que no tengan alcohol (refrescos, agua...).

Suelta el vaso entre trago y trago.

Si vas a salir, ponte un tope para beber y no lo tomes con alimentos que estén salados, ya que beberás más.

Recuerda:

El consumo abusivo de alcohol origina una gran violencia y agresividad manifestándose en riñas callejeras o en violencia doméstica y un gran número de accidentes: de tráfico, laborales...

Si padeces alguna enfermedad renal, hepática, cardíaca o psicológica; si estás embarazada; si vas a trabajar o estás trabajando y si tienes menos de 18 años, no lo consumas.

DROGAS LEGALES

ALCOHOL

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ALCOHOL

- Depresor del S.N.C.
- Bebidas fermentadas: fermentación de los azúcares (cerveza, sidra y vino), de 4° a 12°.
- Bebidas destiladas: depuración de las fermentadas (ginebra, ron...), de 40° a 50°.
- Destilación: Alquimistas árabes, siglo VII, lo denominaron al-kohl.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



MESOPOTAMIA 3000 a.C.

“Pan y cerveza para un día”

Esta sencilla anotación pertenece a la lista de gastos de una familia que habitaba en la Mesopotamia asiática 3000 años antes de Cristo.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogas Dependencias y Adicciones



EGIPTO

”Si has comido tres panes y bebido dos jarras de cerveza y tu vientre no ha satisfecho, domínalo!... no te descuides al beber cerveza, no sea que digas algo malo y no sepas lo que has dicho. Si te caes (borracho) y te haces daño, nadie te echará una mano”.

Papiro egipcio

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogas Dependencias y Adicciones



ALCOHOL

- **Aspecto:**
 - Líquido.
 - De varios colores.
 - De varios sabores.
 - De varias texturas.
- **Forma de administración:**
 - Oral.
- **Otras denominaciones:**
 - Cervecita, chatos, migueles, copichuelas...

EFECTO DEL ALCOHOL (Factores)

- La edad.
- El peso.
- El sexo.
- La cantidad y rapidez de la ingesta.
- La ingestión simultánea de comida.
- La combinación con bebidas carbónicas.

EFECTOS INMEDIATOS **ALCOHOL**

- **Euforia inicial.**
- **Desinhibición conductual y emocional.**
- **Inhibición de los centros cerebrales responsables del autocontrol.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



EFECTOS ORGÁNICOS **ALCOHOL**

- **Destrucción de células hepáticas.**
- **Trastornos digestivos.**
- **Disminución del ritmo cardiorespiratorio.**
- **Pérdida de masa neuronal.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



EFECTOS PSICOLÓGICOS ALCOHOL

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

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



FORMAS DE MEDIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

- En gramos por litro de sangre.
- En miligramos por litro de aire espirado.
- En Unidades de Bebida Estándar (U.B.E.).

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



TASA DE ALCOHOLEMIA

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

FÓRMULA BIOQUÍMICA ALCOHOL

Mililitros de bebida x 0.8 x graduación

100

resultado en gramos/litros

EFFECTOS PSICOFISIOLÓGICOS (g x l de **ALCOHOL** en sangre)

- 0.5 g/l:** Euforia y disminución de reflejos.
- 1 g/l:** Desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos.
- 1.5 g/l:** Embriaguez con pérdida de control de las facultades superiores.
- 2 g/l:** Descoordinación del habla, de la marcha y visión doble.

EFFECTOS PSICOFISIOLÓGICOS (g x l de **ALCOHOL** en sangre)

- 3 g/l:** Estado de apatía y somnolencia.
- 4 g/l:** Coma.
- 5 g/l:** Muerte por parálisis de los centros respiratorios y vasomotor.

EFFECTOS POR TASA DE ALCOHOLEMIA

0.3 a 0.5 gramos/litro

- Excitabilidad emocional.
- Disminución de la agudeza mental.
- Relajación y sensación de bienestar.
- Deterioro de los movimientos oculares.

EFFECTOS POR TASA DE ALCOHOLEMIA

0.5 a 0.8 gramos/litro

- Lentificación de las reacciones.
- Alteración de los reflejos.
- Comienza la perturbación motriz.
- Euforia, distensión y bienestar.
- Comienza la impulsividad y la agresividad, especialmente ante el manejo de maquinarias.

EFFECTOS POR TASA DE ALCOHOLEMIA

0.8 a 1.5 gramos/litro

- Estado de embriaguez importante.
- Reflejos muy perturbados y lentificación de las respuestas.
- Problemas serios de coordinación.
- Dificultades de concentración de la vista.

EFFECTOS POR TASA DE ALCOHOLEMIA

1.5 a 2.5 gramos/litro

- Embriaguez neta con posibles efectos narcóticos y de confusión.
- Cambios imprevisibles de la conducta.
- Fuertes perturbaciones psicosenoriales y notable confusión mental.
- Vista doble y actitud titubeante.

EFFECTOS POR TASA DE ALCOHOLEMIA

3 gramos/litro

- Embriaguez profunda.
- Abolición de los reflejos, parálisis e hipotermia.
- Puede llegar al coma.

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO ALCOHOL

- Gastritis.
- Úlcera gastroduodenal.
- Cirrosis hepática.
- Cardiopatías.
- Tolerancia y dependencia física (adicción).
- Impotencia.
- Síndrome de abstinencia.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

ALCOHOL

- Cambio de humor.
- Insomnio.
- Susplicacia.
- Irritabilidad.
- Paranoia.
- Celotipia.
- Psicosis alcohólica.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR

U.B.E.

ALCOHOL

- En España y en Estados Unidos
 - 10 gramos de alcohol puro.
- En el resto de Europa
 - 8 gramos de alcohol puro.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



U.B.E CERVEZA

ALCOHOL

- 1 caña, 200 ml = 1 U.B.E.
- 1 litro, 1000 ml = 5 U.B.E.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



U.B.E VINO

ALCOHOL

- 1 vaso, 100 ml = 1 U.B.E.
- 1 litro, 1000 ml = 10 U.B.E.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



U.B.E GINEBRA, RON, ANÍS, BRANDY

ALCOHOL

- 1 copa, 50 ml = 2 U.B.E.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



U.B.E JEREZ, VERMUT, CAVA

ALCOHOL

- 1 copa, 50 ml = 1 U.B.E.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



U.B.E OTROS

ALCOHOL

- 1 combinado 50 ml = 2 U.B.E.
- 1 carajillo 25 ml = 1 U.B.E.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adicciones



U.B.E RIESGO POR SEXO

ALCOHOL

Bebedores (UBE/Día)	Hombres	Mujeres
Abstinentes	0	0
Ligeros	1 - 2	1 - 2
Moderados	3 - 6	3 - 4
Altos	7 - 8	5 - 6
Excesivos	9 - 12	7 - 8
Gran Riesgo	> 12	> 8

CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adicciones



NORMATIVA TRÁFICO

	<i>Sangre</i>	<i>Aire Espirado</i>
<i>General</i>	0.5 gr/l	0.25 mg/l
<i>Profesionales</i>	0.3 gr/l	0.15 mg/l
<i>Noveles</i>	0.3 gr/l	0.15 mg/l

Cº PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



El consumo en España ALCOHOL

- El 76.6% de los españoles/as de 15 a 64 años ha bebido alcohol alguna vez en los últimos 12 meses.
- El 64.1% lo ha consumido en los últimos 30 días.
- 14.1 de cada 100 españoles/as consumen alcohol a diario.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

Cº PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ALCOHOL



PREVALENCIAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ANDALUCÍA

	%
Alguna vez	83,7
Últimos doce meses	72,7
Último mes	63,0

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

Han tomado alguna bebida alcohólica en los últimos doce meses, según la edad

TOTAL	12/13	14/15	16/20	21/24	25/34	35/44	45/64
72,7	19,5	42,9	76,2	84,7	78,9	77,1	69,3

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adictivos



ALCOHOL



Tabla 2.5: Tipología de bebedores, en total muestra (2.500), en %

	DÍAS LABORABLES	DÍAS FIN SEMANA	PROMEDIO GENERAL
Abstinentes	64,2	38,1	37,0
Ligeros	20,0	28,7	36,6
Moderados	11,4	22,7	20,5
Altos	1,6	5,3	2,6
Excesivos	1,0	3,1	2,1
Gran riesgo	1,8	2,1	1,2

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adictivos



ALCOHOL



Tabla 2.6: El consumo abusivo de alcohol general en 2003 y 2005, por grupos de edad

	12/13	14/15	16/20	21/24	25/34	35/44	45 y más (2003)	45-64 (2005)
2003	0,0	0,0	7,6	11,7	7,8	9,3	4,0	--
2005	0,7	0,4	4,5	9,5	7,8	4,1	--	6,4

Tabla 2.8: Los bebedores abusivos en cada grupo de edad, según el género

Género	EDAD	TOTAL	12/13	14/15	16/20	21/24	25/34	35/44	45/64
Hombres		8,4	1,4	0,9	4,0	11,7	11,5	5,3	9,9
Mujeres		3,5	0,0	0,0	4,9	7,0	3,9	2,9	3,1
Total		5,9	0,7	0,4	4,5	9,5	7,8	4,1	6,4

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

ALCOHOL

Si lo consumes → ten en cuenta

- Comer suficiente para evitar los efectos tóxicos sobre el estómago vacío.
- No Conducir.
- No mezclarlo con otras drogas.
- Tomarlo poco a poco, reduce el daño y se saborea mejor.
- Si se van a tener relaciones sexuales, tomarlo lo menos posible, ya que el alcohol reduce la excitación.

ALCOHOL

Si lo consumes → **ten en cuenta**

- Intercala bebidas que no tengan alcohol (refrescos, agua...).
- Suelta el vaso entre trago y trago.
- Si vas a salir, ponte un tope para beber.
- No lo tomes con alimentos que estén salados, beberás más.
- El consumo abusivo de alcohol origina una gran violencia y agresividad manifestándose en riñas callejeras o en violencia doméstica.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adictivos



ALCOHOL

Si

- Padeces alguna enfermedad renal, hepática, cardíaca, psicológica...
- Estás embarazada.
- Vas a trabajar o estás trabajando.
- Tienes menos de 18 años.

No lo consumas.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad para los Drogodependientes y Adictivos





FÁRMACOS

ANALGÉSICOS

Son los fármacos que **mitigan** el dolor. Pueden ser fabricados de los componentes procedentes del opio bien de manera natural, semisintética o sintética. También los hay procedente de otros elementos no relacionados con el opio. El uso de un tipo u otro depende de la dolencia y especialmente del criterio facultativo. Para los opiáceos es imprescindible la presentación de la receta médica e incluso para alguno de ellos una receta médica tipificada.

La existencia de la receta médica tipificada para los opiáceos más poderosos contra el dolor, es por la adicción que presentan ante un uso indiscriminado y sin control facultativo, por lo que se puede dar la circunstancia de tener que trabajar con el paciente la adicción a la sustancia que haya venido usando, a través de las técnicas protocolizadas que existen para ello.

Los no opiáceos pueden crear dependencia psicológica cuando el uso es prolongado y se asocia a estados de “bienestar”, por lo que también es recomendable consultar con los servicios médicos cuando se prevé un uso de estas características, para evitar la dependencia.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

En lo que se refiere al uso de analgésicos morfínicos u otros opiáceos, el 0.3% de la población andaluza, de 12 a 64 años, los ha consumido alguna vez a lo largo de su vida, durante los últimos doce meses fue el 0.2% y un 0.1% en los últimos seis meses y el último mes.

En el consumo significativo, la prevalencia es mayor en hombres, 0.2% que en mujeres, 0%.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 26.14 años, aunque un 22% de la población consumidora lo hizo antes de los 22 años.

ANFETAMINAS

Son compuestos sintetizados en laboratorio a finales de la década de los 80 del siglo XIX, aunque su consumo se generalizó durante los años 30 y 40 del siglo XX, para tratar diversos cuadros de enfermedades tanto somáticas como psicológicas, llegándose a vincular muy especialmente a los tratamientos para adelgazar. En la actualidad su uso médico se encuentra bastante restringido y centrado en patologías muy concretas y no excesivamente extensas. Destaca su uso en la narcolepsia y en la hiperactividad infantil, donde, a pesar de ser un psicoestimulante, tiene una destacada función terapéutica.

El restringido uso médico y la dificultad de su obtención en farmacias ha abierto el mercado negro, debido fundamentalmente a los efectos psicoestimulantes indicados, bajo el nombre genérico de “speed”. El procesamiento estadístico que veremos con posterioridad viene referido al consumo ilegal de anfetaminas y de “speed” tanto en el estudio nacional como en el autonómico.

Su consumo provoca unas reacciones muy similares a las de la cocaína como es la euforia “agilidad mental”, cierta viveza...

EFECTOS ORGÁNICOS

Se produce un incremento de la tensión arterial, con taquicardia e insomnio. Hay una cierta reducción del apetito y sudoración. Un síntoma orgánico que se presenta es que se produce una contracción mandibular. Como se puede ver hay sintomatología vinculada a la que presentan tanto la cocaína como el éxtasis y otras drogas de diseño.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Todo lo relacionado con la euforia, agitación psicomotriz, verbosidad o no poder parar de hablar, vigilancia constante y autoestima aumentada. Este conjunto de síntomas puede dar lugar a conductas de carácter agresivo.

RIESGOS ORGÁNICOS

Tras un consumo prolongado, además del agotamiento energético del organismo que provoca, puede dar lugar a la consolidación de cuadros de hipertensión arterial y arritmia con el consiguiente colapso cardiocirculatorio.

Aparecen también cuadros patológicos en el aparato digestivo.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

El consumo continuado de anfetaminas puede dar lugar a una depresión reactiva, cuando se abandona el consumo o bien como consecuencia de la alta excitación mental que produce. La vigilancia extrema puede desembocar en delirios de carácter paranoides y la consolidación de sintomatología esquizofrénica.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

La prevalencia de consumo de las anfetaminas en la población española de 15 a 64 años, fueron de 3.2% alguna vez en la vida, 0.8% durante los últimos doce meses y de 0.3% durante el último mes.

En el consumo durante el último año, la prevalencia fue mayor entre los hombres, 1.1% que entre las mujeres, 0.5%.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

Un 1.9% de la población andaluza de 12 a 64 años ha consumi-

do anfetaminas alguna vez, un 0.2% lo hicieron en los últimos seis meses, y un 0.1% durante el último mes.

En el consumo durante los últimos seis meses, la prevalencia del mismo en los hombres, 0.3% es mayor que en las mujeres, 0.1%.

La edad media del inicio en el consumo se sitúa en los 20.63 años, siendo en hombres de 20.08 y en mujeres de 22.04 años.

DEPRESORES

Son aquellas sustancias que se producen en laboratorios farmacéuticos y cuya función principal consiste en ralentizar las funciones del Sistema Nervioso Central. Normalmente se comercializan bajo control facultativo bien como tranquilizantes o como hipnóticos, generadores del sueño, aunque los primeros, además de la función de sedación pueden provocar una cierta inducción, también, al sueño.

EFECTOS ORGÁNICOS

Dada la función que tienen, calman la excitación nerviosa, e inducen al sueño. Pueden tener una actividad analgésica, aunque obviamente no es su principal cometido.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Disminuyen la ansiedad por lo que se encuentran indicado para determinadas alteraciones psicopatológicas. En las que son leves se pueden administrar como medicamentos únicos y en las que tienen un proceso algo más graves o complicadas pueden administrarse como coadyuvantes a otras medicaciones más específicas.

RIESGOS ORGÁNICOS

Un uso continuado y sin control facultativo puede provocar alte-

raciones de carácter neurológico como pueden ser temblores, mareos, vértigos, etc.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

El uso indiscriminado, es decir la automedicación sin pautas adecuadas de una manera técnica, puede llegar a producir cuadros depresivos cronicables, irritabilidad y un cierto deterioro psicológico general, en el individuo.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

La encuesta se refiere al uso de **hipnosedantes** sin receta médica, en una doble vertiente: como tranquilizantes (para calmar los nervios), y, como somníferos (para dormir). Los resultados se aunan dado que las medicaciones más frecuentemente utilizadas tienen ambos efectos en mayor o menor medida.

El 3.1% de la población española entre 15 y 64 años los ha consumido durante el último año.

La prevalencia de consumo es mujeres es del 3.3%, y en hombres del 2.9%.

La edad de inicio media se sitúa en los 30 años, siendo de 28.8 años en hombres y de 31 años en las mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

Alguna vez en la vida han sido consumidos, sin prescripción médica, por el 3.4% de andaluces o andaluzas. Durante el último año ha sido consumido por el 1.7% de la población andaluza de 12 a 64 años. El 1.5% los ha consumido durante los últimos seis meses, el 1.2% de la población andaluza ha consumido **tranquilizantes** durante el último mes, siendo el 0.4% la que realiza un consumo diario de este fármaco.

La prevalencia de consumo significativo es mayor en las mujeres, 1.9% que en los hombres, 1%.

La edad media de consumo se situa en los 33.18 años, siendo de 28.62 en los hombres y de 35.52 en las mujeres.

En cuanto a los **hipnóticos**, consumidos sin receta médica, el 1.1% de la población andaluza los ha consumido alguna vez, el 0.6% lo han consumido durante el último año, el 0.5% durante los últimos seis meses y el 0.4% de la población andaluza de 12 a 64 años los ha tomado durante el último mes. El consumo diario se situa en el 0.1%.

La prevalencia en el consumo significativo es mayor en mujeres, 0.8%, que en hombres, 0.1%.

La edad media general en el consumo es de 34.75 años, siendo de 28.06 años en el caso de hombres y de 38.08 años para las mujeres.

SI LOS CONSUMES TEN EN CUENTA

Siempre bajo control médico

DROGAS LEGALES



C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



ANALGÉSICOS



- Son los fármacos que mitigan el dolor.
- Pueden ser de tipo opiáceo, tanto naturales como sintéticos, o basados en otro tipo de sustancias no opiáceas.
- Su uso es bastante indiscriminado, aunque los que son de tipo opiáceo requieren de receta médica. Estos unen su acción analgésica al carácter depresor del sistema nervioso central que tienen los derivados del opio.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



ANALGÉSICOS



Su uso continuado puede provocar dependencia y adicción en los que son de naturaleza opiácea. Los analgésicos con otros principios activos, al generar una situación que se vive como de ausencia de malestar pueden generar automedicación y dependencia psicológica.



ANALGÉSICOS OPIÁCEOS



EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS MORFÍNICOS Y OTROS OPIÁCEOS

Consumió alguna vez:	0,3
Edad media de inicio en el consumo (años):	26,14
Consumió en los últimos doce meses:	0,2
Consumió en los últimos seis meses:	0,1
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,0
Una vez por semana	0,1
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,0

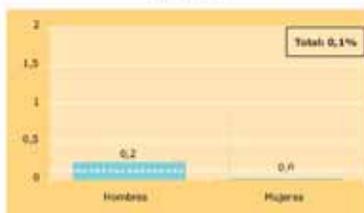
Un **0,3%** de la población andaluza de 12 a 64 años utilizó analgésicos morfínicos u otros opiáceos alguna vez, y el **0,2%** lo hizo en el último año, y un **0,1%** en los últimos seis meses y el último mes.

ANALGÉSICOS OPIÁCEOS



El consumo de OTROS OPIÁCEOS, según el género en los últimos seis meses

GÉNERO



Las edades de inicio en el consumo de OTROS OPIÁCEOS

Años	Total
Hasta los 14	0,0
De 15 a 17	22,0
De 18 a 25	12,0
De 26 años en adelante	66,0
Totales	100,0

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ANFETAMINAS



- Son psicoestimulantes producidos sintéticamente en laboratorios desde finales del S.XIX
- Uso médico variado:
 - Narcolepsia (somnolencia diurna severa).
 - Hiperactividad infantil (actúa con un efecto paradójico).
 - Estadísticamente se procesa con el speed, que es ilegal.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ANFETAMINAS



- **Aspecto:**
 - Cápsulas.
 - Comprimidos.
 - Ampollas inyectables.
 - Polvo (speed) ilegal.
- **Forma de administración:**
 - Oral, inyectable, vía nasal.
- **Otras denominaciones:**
 - Anfetas, anfetaminas, speed.

EFECTOS INMEDIATOS

Anfetaminas

- **Viveza.**
- **Excitación.**
- **Euforia.**
- **Insomnio.**
- **Hiperactividad.**
- **“Agilidad mental”.**

EFECTOS ORGÁNICOS

Anfetaminas

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

SIMILARES A LOS DE LA COCAÍNA

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Anfetaminas

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

SIMILARES A LOS DE LA COCAÍNA

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

Anfetaminas

Tras un consumo prolongado, además de agotamiento pueden dar lugar a:

- Hipertensión.
- Arritmia.
- Colapso circulatorio.
- Trastornos digestivos.
- Síndrome de abstinencia.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

Anfetaminas

El consumo crónico puede dar lugar a:

- Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia.
- Depresión reactiva.
- Delirios paranoides.
- Intensa dependencia psicológica.

El consumo en España

ANFETAMINAS

speed (ilegal)

- El 0.8% de la población entre 15 y 64 años lo ha consumido durante los últimos 12 meses.
- El 0.3% lo ha tomado alguna vez durante los últimos 30 días.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



ANFETAMINAS



Tabla 3.24 El consumo de ANFETAMINAS

Consumió alguna vez:	1,9
Edad media de inicio en el consumo (años):	20,63
Consumió en los últimos doce meses:	0,2
Consumió en los últimos seis meses:	0,2
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,1
Una vez por semana	0,0
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,0

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones





ANFETAMINAS



Tabla 3.26: Las edades de inicio en el consumo de ANFETAMINAS

	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	0,0	0,0	0,0
De 15 a 17	32,5	30,7	37,6
De 18 a 21	30,9	28,8	36,8
De 22 a 25	22,8	26,2	13,7
De 26 años en adelante	11,0	10,7	11,9
NS/NC	2,6	3,6	0,0
Totales	100,0	100,0	100,0

Edad media general:	20,63
Género	
Hombres	20,08
Mujeres	22,04

SUSTANCIAS DEPRESORAS



- **Son sustancias que ralentizan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central.**
- **Sustancias que se fabrican farmacéuticamente y se presentan como tranquilizantes e hipnóticos.**

SUSTANCIAS DEPRESORAS



- **Aspecto:**
 - Cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables.
- **Otras denominaciones:**
 - Barbitúricos, sedantes, ansiolíticos, hipnóticos.
- **Formas de administración:**
 - Oral o inyectable.

EFFECTOS INMEDIATOS

Depresores

- **Desorientación, balbuceos.**
- **Pérdida de memoria.**
- **Dificultades para razonar.**

EFECTOS ORGÁNICOS

Depresores

- **Calman la excitación nerviosa.**
- **Puede tener efectos analgésicos.**
- **Producen somnolencia.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



EFECTOS PSICOLÓGICOS

Depresores

- **Disminuyen la ansiedad y el estrés.**
- **Se usan en determinadas patologías mentales.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

Depresores

- **Alteraciones neurológicas:**
 - Temblores.
 - Vértigos.
- **Síndrome de abstinencia.**

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

Depresores

- **Irritabilidad.**
- **Depresión.**
- **Deterioro psicológico general.**

El consumo en España

HIPNOSEDANTES

(sin receta médica) 

- El 3.1% de la población entre 15 y 64 años lo ha consumido durante los últimos 12 meses.
- La prevalencia de consumo es mujeres es del 3.3%, y en hombres del 2.9%.
- La edad media de inicio del consumo se sitúa en los 30 años.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para los Drogadependientes y Adictivos



TRANQUILIZANTES



Tabla 3.29: El consumo de TRANQUILIZANTES

Consumió alguna vez:	3,4
Edad media de inicio en el consumo (años):	33,18
Consumió en los últimos doce meses:	1,7
Consumió en los últimos seis meses:	1,5
Consumió en el último mes:	1,2
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,7
Una vez por semana	0,1
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,4

El 3,4% de la población estudiada consumió tranquilizantes **sin** prescripción médica alguna vez, un 1,7% lo hizo en los últimos doce meses, el 1,5% lo hizo en los últimos seis y un 1,2% en el último mes. De estos últimos el 0,4% son consumidores habituales.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para los Drogadependientes y Adictivos





TRANQUILIZANTES



Tabla 3.30: Las edades de inicio en el consumo de TRANQUILIZANTES

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	2,5	5,8	0,7
De 15 a 17	4,0	5,9	3,0
De 18 a 21	13,2	22,6	8,3
De 22 a 25	12,1	10,0	13,2
De 26 años en adelante	68,2	55,7	74,7
Totales	100,0	100,0	100,0

Edad media general:	33,18
Género	
Hombres	28,62
Mujeres	35,52



HIPNÓTICOS



Tabla 3.33: El consumo de HIPNÓTICOS

Consumió alguna vez:	1,1
Edad media de inicio en el consumo (años):	34,75
Consumió en los últimos doce meses:	0,6
Consumió en los últimos seis meses:	0,5
Consumió en el último mes:	0,4
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,3
Una vez por semana	0,0
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,1

Un **1,1%** de la población de 12-64 años ha consumido hipnóticos alguna vez, el **0,6%** y el **0,5%** lo han hecho en los últimos doce y seis meses, y un **0,4%** lo hizo en el último mes, de los que un **0,1%** es consumidor diario.



HIPNÓTICOS



Tabla 3.34: Las edades de inicio en el consumo de HIPNÓTICOS

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	0,0	0,0	0,0
De 15 a 17	5,6	16,1	0,0
De 18 a 21	13,8	0,1	21,2
De 22 a 25	14,5	37,6	2,0
De 26 años en adelante	66,1	46,2	76,8
Totales	100,0	100,0	100,0

Edad media general:	34,75
Género	
Hombres	28,56
Mujeres	38,08

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



FÁRMACOS

Si los consumes → ten en cuenta

SIEMPRE
BAJO CONTROL
FACULTATIVO

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



I NHALABLES

Son sustancias que, a **temperatura ambiente**, desprenden vapores tóxicos que alteran el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central.

En la actualidad este tipo de sustancias, de origen químico, se encuentra en una gran cantidad de productos de uso doméstico e industrial, de bajo coste y de fácil obtención en tiendas, supermercados y grandes superficies.

En la antigüedad, aunque no existían los avances químicos que poseemos hoy, se utilizaban las emanaciones naturales de los gases contenidos en las fallas telúricas para obtener un estado alterado de conciencia en sacerdotisas y diferentes tipos de “mediums”.

Durante el siglo XVIII, el XIX y hasta mediados del siglo XX, se usaba un gas, el óxido nitroso, como sustancia que provocaba estados alterados de conciencia con cierta hilaridad y fomento de la sociabilidad, efectos muy parecidos a los que pueden provocar las ingestas mínimas de alcohol.

Las sustancias inhalables se aspiran vía nasal y provocan un comportamiento aturdido, parecido a la ebriedad y con discretas alteraciones motóricas.

EFFECTOS ORGÁNICOS

Palidez y fatiga permanente, anomalías hepáticas, afecciones renales, pulmonares y cardíacas, igualmente provocan neuropatías, es decir pérdida de la sensibilidad y del control muscular.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

Como en el caso de los efectos paradójicos del alcohol provocan una cierta exaltación del humor y euforia. También puede provocar sintomatología alucinatoria y trastornos de la conducta.

RIESGOS ORGÁNICOS

Hay uno típico que es el sarpullido del esnifador, tanto en la nariz como en la boca, que se provoca por el uso prolongado. La consecuencia orgánica más importante que pueden ocasionar son daños cerebrales, que por definición son prácticamente irreversibles.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

Comportamiento aturdido e inestable, habla confusa y alteraciones de carácter perceptivo en la vista, el olfato y en la audición. Aparecen también conductas y reacciones agresivas. Los daños cerebrales pueden provocar alteraciones psiconeurológicas igualmente irreversibles.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El 1% de la población española entre 15 y 64 años lo ha consumido alguna vez durante su vida. El 0.1% de la población lo ha consumido durante el último año, y una proporción menor durante el último mes.

El consumo de estas sustancias se da más entre los hombres, 1.7% que entre las mujeres 0.3%.

La edad media del inicio del consumo se sitúa en 17.5 años, siendo más baja en las mujeres 17.1 años que en los hombres 17.6 años.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 1.2% de la población andaluza de 12 a 64 años ha inhalado sustancias volátiles alguna vez en su vida. El 0.3 lo ha consumido en el último año, y el 0.1% ha inhalado este tipo de sustancias durante el último mes.

En cuanto al consumo significativo es más alto entre los hombres 0.2% que entre las mujeres 0.1%.

La edad media de inicio en el consumo es de 18.04 años, siendo en las mujeres de 14.71 años y en los hombres de 17.16 años.

DROGAS LEGALES

SUSTANCIAS VOLÁTILES

C° PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



SUSTANCIAS VOLÁTILES

- Son productos domésticos o industriales.
- En un hogar de tipo medio puede haber hasta treinta productos de este tipo.
- Se volatilizan a temperatura ambiente.

Antigüedad: Las Sacerdotisas griegas usaban las emanaciones naturales de las grietas telúricas para “ayudarse” en las visiones.

En el sg. XIX se usaba el óxido nitroso como inhalación recreativa.

C° PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



SUSTANCIAS VOLÁTILES

- **Aspecto:**
 - Pegamentos, colas, pinturas, lacas, disolventes, gases de aerosoles, alcohol medicinal, limpiadores de metal, detergentes, tintes, “tipex” etc.
- **Forma de administración:**
 - Se inhalan.

EFFECTOS INMEDIATOS SUSTANCIAS VOLÁTILES

- **Comportamiento ebrio.**
- **Comportamiento aturdido.**
- **Alteraciones motoras.**

EFFECTOS ORGÁNICOS

SUSTANCIAS VOLÁTILES

- **Palidez y fatiga permanente.**
- **Anomalías hepáticas.**
- **Afecciones renales, pulmonares y cardíacas.**
- **Neuropatías.**

C/ PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



EFFECTOS PSICOLÓGICOS

SUSTANCIAS VOLÁTILES

- **Exaltación del humor.**
- **Euforia.**
- **Alucinaciones y trastornos de la conducta.**

C/ PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para los Drogodependientes y Adicciones



RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

SUSTANCIAS VOLÁTILES

- Sarpullido del esnifador (nariz y boca), por su uso prolongado.
- Daños cerebrales.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

SUSTANCIAS VOLÁTILES

- Comportamiento aturdido e inestable.
- Habla confusa.
- Alteraciones de carácter perceptivo: vista, olfato, audición...
- Conductas agresivas.

El consumo en España

SUSTANCIAS VOLÁTILES

- El 1% de la población entre 15 y 64 años lo ha consumido alguna vez durante su vida.
- El consumo de estas sustancias se da más entre los hombres, 1.7% que entre las mujeres 0.3%.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C/ PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



2004 DE MONTE

SUSTANCIAS VOLÁTILES



Consumió alguna vez:	1.2
Edad media de inicio en el consumo (años):	18.04
Consumió en los últimos doce meses:	0.3
Consumió en los últimos seis meses:	0.2
Consumió en el último mes:	0.1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0.1
Una vez por semana	0.0
De dos a seis veces por semana	0.0
Diariamente	0.0

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

C/ PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



2004 DE MONTE

SUSTANCIAS VOLÁTILES



Tabla 3.2: Las edades de inicio en el consumo de INHALABLES

	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	19,7	20,0	18,2
De 15 a 17	33,9	26,5	65,1
De 18 a 21	20,9	23,4	10,5
De 22 a 25	12,4	13,9	6,2
De 26 años en adelante	11,4	14,1	0,0
NS/NC	1,7	2,0	0,0
Totales	100,0	100,0	100,0

Entre quienes han probado esta sustancia un 53,6% lo hicieron antes de los 18 años; por género, el porcentaje de hombres que lo probaron antes de los 18 fue de un 46,5% y el porcentaje de mujeres es de un 83,3%.



SUSTANCIAS VOLÁTILES



Tabla 3.3: Edades medias de inicio en el consumo de INHALABLES según el género y la edad

Edad media general:	18,04
Género	
Hombres	18,84
Mujeres	14,71



EL JUEGO



JUEGO

El juego es intrínseco al ser humano y se vincula con la sensación de placer, se convierte en **patológico** cuando se pierde la libertad y pasa a ser una necesidad prioritaria.

Desde 1.990 se considera un trastorno de tipo adictivo. Los criterios diagnósticos que se valoran a la hora de determinar esta adicción son, entre otros, los siguientes: Progresión en las cantidades y en el tiempo que se dedican al juego, preocupación sistemática por todo lo relacionado con el juego, intolerancia a las pérdidas e indiferencia a las consecuencias.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el juego “es una enfermedad adictiva en la que el sujeto es empujado por un abrumador e incontrolable impulso de jugar, el impulso persiste y progresa en intensidad y urgencia, consumiendo cada vez más tiempo, energía y recursos emocionales y materiales de que dispone el individuo. Finalmente, invade, socava y a menudo destruye todo lo que es significativo en la vida de la persona.”

Robert Custer, en los años 80 del pasado siglo XX, determina una serie de patrones y de fases durante la vida del jugador patológico o ludópata: Fase de **ganancia**, de **pérdida** y de **desesperación**, con posterioridad otros autores añaden la fase de **desesperanza**.

Fase de ganancia: Los episodios de ganancia generan una mayor excitación por el juego. El jugador social se para en esta fase, el jugador patológico se cree excepcional y aumentan sus expectativas, con lo que continúa jugando.

Fase de pérdida: Hay una actitud excesivamente optimista y se aumentan las cantidades invertidas en el juego. El ludópata comienza a jugar solo. Comienzan a aparecer fuertes pérdidas y se recurre a usar el

dinero familiar destinado para otros menesteres, así como surgen las primeras peticiones de préstamos a familiares y entidades bancarias o en la empresa en la que trabaja. Empieza el deterioro familiar, social y laboral.

Fase de desesperación: Aparecen las treguas de autoconvencimiento, pruebas de tiempo que el ludópata, al igual que el alcohólico se pone para autoconvencerse de que controla la dependencia. Surge el pánico por las deudas no devueltas y comienzan vías de liquidez no legales, con irritabilidad e hipersensibilidad.

Fase de desesperanza: Hay un claro abandono personal, signos claros de depresión y puede aparecer la comisión de delitos.

**“LOS JÓVENES ANDALUCES ANTE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES”
(2002)**

La franja estadística de mayor uso de máquinas tragaperras en los últimos seis meses corresponde al parámetro de edad de 20 a 24 años en varones, con el 8.4%.

En cuanto al uso de videojuegos durante el mismo periodo corresponde a los varones de 14 y 15 años, con un 69.1%, seguidos con los de 15 y 16 años con un 62.8%.

SI JUEGAS TEN EN CUENTA:

Fijar una cantidad concreta para jugar.

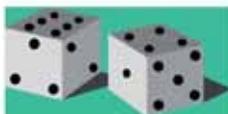
No hacerlo solo.

No engancharse en intentar recuperar lo perdido, ya que esto implica entrar en una espiral difícilmente controlable.

Evitar tomar alcohol y otras drogas, ya que de esta manera se reduce el control sobre el sí mismo y la posibilidad de ser asertivos.

Y recuerda: No jugar con el dinero que necesitas para vivir.

JUEGO PATOLÓGICO



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogadependencias y Adicciones



JUEGO

**EL JUEGO ES INTRINSECO AL SER
HUMANO Y SE VINCULA CON LA
SENSACIÓN DE PLACER.**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogadependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

SE CONVIERTE EN PATOLÓGICO
CUANDO SE PIERDE LA LIBERTAD Y
PASA A SER UNA NECESIDAD
PRIORITARIA.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

- DESDE 1990 SE CONSIDERA UN TRASTORNO DE TIPO ADICTIVO.
- Criterios diagnóstico:
 - Progresión.
 - Preocupación.
 - Intolerancia a las pérdidas.
 - Indiferencia a las consecuencias.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

**“ES UNA ENFERMEDAD ADICTIVA
EN LA QUE EL SUJETO
ES EMPUJADO POR UN
ABRUMADOR E INCONTROLABLE
IMPULSO DE JUGAR....**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

**“.... EL IMPULSO
PERSISTE Y PROGRESA
EN INTENSIDAD Y URGENCIA,
CONSUMIENDO CADA VEZ
MÁS TIEMPO,
ENERGÍA Y
RECURSOS EMOCIONALES
Y MATERIALES
DE QUE DISPONE
EL INDIVIDUO....**

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

“... FINALMENTE, INVADE, SOCAVA
Y A MENUDO DESTRUYE
TODO LO QUE ES SIGNIFICATIVO
EN LA VIDA DE LA PERSONA.”

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

- PATRON DE DESARROLLO
 - Fase de Ganancia.
 - Fase de Pérdida.
 - Fase de Desesperación.
 - CUSTER 1984
 - Fase de Desesperanza.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO PATOLÓGICO

FASE DE GANANCIA

- Los episodios de ganancia generan una mayor excitación por el juego.
- El jugador social se para en esta fase.
- El jugador patológico se cree excepcional y aumentan sus expectativas.

JUEGO PATOLÓGICO

FASE DE PÉRDIDA

- Actitud excesivamente optimista.
- Aumentan las cantidades invertidas en el juego.
- Comienza a jugar solo.
- Fuertes pérdidas (préstamos).
- Comienza el deterioro familiar, social y laboral.

JUEGO PATOLÓGICO

FASE DE DESESPERACIÓN

- Aparecen treguas de autoconvencimiento.
- Pánico por las deudas no devueltas.
- Vías de liquidez no legales.
- Irritabilidad e hipersensibilidad.

JUEGO PATOLÓGICO

FASE DE DESESPERANZA

- Abandono personal.
- Depresión.
- Comisión de delitos.

JUEGO

El uso en los últimos seis meses de máquinas tragaperras según el género y la edad

GÉNERO	TOTAL	EDAD			
		14-15	16-19	20-24	25-29
Hombres	5.0	3.1	2.6	8.4	3.9
Mujeres	0.8	1.3	0.5	0.7	1.0
Totales	3.0	2.3	1.6	4.6	2.5

Fuente: Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002
 Datos: en porcentajes %

JUEGO

El uso en los últimos seis meses de videojuegos según el género y la edad

GÉNERO	TOTAL	EDAD			
		14-15	16-19	20-24	25-29
Hombres	45.8	69.1	62.8	46.1	23.8
Mujeres	18.4	34.2	20.7	20.9	8.6
Totales	32.4	52.2	42.3	33.7	16.3

Fuente: Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002
 Datos: en porcentajes %

JUEGO

Si juegas → **ten en cuenta**

- Fijar una cantidad concreta para jugar.
- No hacerlo solo.
- No intentar recuperar lo perdido.
- Evitar tomar alcohol y otras drogas... reducen el control.
- No jugar con el dinero que necesitas para vivir.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



JUEGO

Si juegas → **ten en cuenta**

- En los videojuegos fija un tiempo máximo para pasar de nivel, si no lo consigues... inténtalo otro día.
- Si después de jugar te sientes mal: nerviosismo, dolor de ojos, de espalda, tienes pesadillas... indicaselo a tus padres o profesores.
 - y sobretodo deja de jugar.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



DROGAS ILEGALES



CANNABIS

El cannabis procede de una planta denominada **Cannabis sativa**, cuyo principio activo, es el 9 delta tetrahidrocannabinol (THC). Existen otras Cannabis como la índica o la ruderalis.

Se puede consumir de varias maneras: Se puede fumar en una presentación formada por la trituración de flores, hojas y tallos, denominada Marihuana, o prensando la resina, a esta presentación que es la más común se le denomina Hachís. Este tiene un aspecto como bolas o planchas de barro prensado y de color marrón oscuro que se mezclan con el tabaco. También se consume mezclado con alimentos, generalmente en dulces y tartas y se puede inhalar quemándolo y ambientando un espacio concreto, a modo de incienso, también se fuma a través del Narguile.

Su uso es conocido desde la antigüedad, hay datos que indican que los chinos la usaban en torno al 2.700 a.C. con fines hedonistas aunque conocían perfectamente otros usos de la planta en aplicaciones sanitarias así como sus consecuencias toxicológicas. En excavaciones arqueológicas se han detectado restos de cáñamo, de hace miles de años, que se usaba como tejido, ya que es una planta bastante versátil y se ha venido utilizando para la fabricación de ropas, papel y de materiales de construcción debido a su alta fibrosidad y frondosidad.

Prácticamente ha sido utilizada por todas las grandes culturas de la humanidad con distintos fines: médicos, religiosos, iniciáticos etc. pero siempre bajo el control de los sacerdotes, curanderos o los responsables de las diversas ceremonias.

Se dice que las tropas de Napoleón I que realizaron expediciones al continente asiático, trajeron a Europa la costumbre de consumir preparados hechos a partir del cáñamo, pero este producto era ya conocido por

los celtas y resto de habitantes europeos en todas y cada una de las edades de nuestra era.

EFECTOS INMEDIATOS

A dosis bajas: Euforia, desinhibición, pérdida de concentración, ganas de hablar de reír, es decir hilaridad. Aumento del hambre, enrojecimiento de los ojos y aumento tanto del pulso como de la frecuencia cardíaca.

A dosis altas: Confusión, excitación nerviosa, ansiedad y crisis de pánico. En consumos muy excesivos y continuados o por sensibilidad individual, pueden aparecer alucinaciones.

EFECTOS ORGÁNICOS

Aumento del apetito y sequedad de la boca. Ojos brillantes y enrojecidos. Hipotensión, taquicardia, sudoración y somnolencia. Aparecen descoordinación de movimientos.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Sensación de relajación y desinhibición con la hilaridad a la que hemos hecho referencia. Sensación de lentitud y somnolencia. Igualmente aparecen alteraciones sensoriales y dificultad en el ejercicio de funciones complejas como son: Expresarse con claridad, dificultades con la memoria inmediata, en la capacidad de concentración y con los procesos de aprendizaje.

RIESGOS ORGÁNICOS

Aparato Respiratorio: Tos crónica y bronquitis en consumidores habituales, no hay que olvidar que su uso es fumado, mezclado con tabaco.

Sistema Cardiovascular: Empeoramiento de síntomas en personas con problemas de hipertensión o insuficiencia cardíaca.

Sistema Endocrino: Alteración de las hormonas responsables del aparato reproductor y de la maduración sexual.

Sistema Inmunitario: El uso crónico reduce la efectividad de este sistema, provocándose el aumento de infecciones.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

El consumo diario genera un entorpecimiento de las funciones superiores como son las de aprendizaje, concentración y memoria; puede generar reacciones agudas de pánico y ansiedad, así como en personas pre-dispuestas puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

Es la droga ilegal más consumida en España.

El 29.% de la población española entre 15 y 64 años lo ha probado alguna vez en la vida. El 11.3% lo ha consumido durante el último año. El 7.6% lo ha consumido en los últimos 30 días, y, el 1.5% de la población española lo consume a diario. La prevalencia del consumo es más alta en los hombres que en las mujeres, durante el último años fue el 16.2% de los hombres el que consumió cannabis, frente al 6.3% en el caso de la población de mujeres. La edad media del inicio en el consumo se situa en los 18.5 años, siendo de 18.4 años en los hombres y de 18.6 en las mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”

El 21.5% de la población andaluza, de 12 a 64 años, lo ha probado alguna vez en su vida, el 10.2% los ha consumido alguna vez durante el último año, siendo respectivamente el 9% y el 8% los que lo han consumido durante los últimos seis meses o el último mes. Entre estos últimos el 4.4% tiene un consumo frecuente o habitual. La edad media del inicio en el consumo se situa en los 18.26 años, siendo de 18.12 años en

los hombres y de 18.60 años en las mujeres. Dentro del consumo significativo del cannabis, el 12.4% correspondería a hombres y un 5.5% a mujeres.

SI LO CONSUMES TEN EN CUENTA

No mezclar con alcohol y otras drogas, los efectos pueden cruzarse y crear sensaciones y/o situaciones indeseables.

Si estás estudiando o trabajando, o lo vas a hacer, no lo consumas. Si piensas que te ayuda a la concentración, es justo lo contrario, enlentece los procesos.

Si padeces o has padecido enfermedades cardíacas, respiratorias, hormonales o psicológicas... no lo consumas. Si tienes menos de 18 años, los efectos son más graves.

Su tenencia o consumo en lugares públicos es ilegal y puede ser multado.

Cuando lo mezcles con tabaco, **recuerda** que también estás consumiendo nicotina, por lo tanto, evita apurar el “porro” hasta el filtro, sus residuos como con el tabaco, se concentran en el humo principal y en la colilla.

Si has fumado “porros”, **no conduzcas**. No aceptes subir a un vehículo si el conductor lo ha fumado.

Recuerda que el consumo de la cannabis no te quita los malos rollos que tengas.

DROGAS ILEGALES

CANNABIS

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS

- Planta
 - Cannabis sativa. Principio activo, el 9 delta tetrahidrocannabinol (THC).
- Resina prensada
 - Hachís.
- Trituración de flores, hojas y tallos
 - Marihuana.
- Antigüedad
 - Ritos religiosos, fines medicinales y lúdicos.
- Otros usos
 - Textil, aislante, construcción...

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS

Se conoce su uso desde el siglo III a.C. en China, con fines hedonistas.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogas Dependencia y Adicciones



CANNABIS

Las tropas de Napoleón I que realizaron expediciones al continente asiático, trajeron a Europa la costumbre de consumir preparados hechos a partir del cáñamo.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogas Dependencia y Adicciones



CANNABIS

- **Aspecto:**
 - Bolas o planchas, como barro prensado de color marrón oscuro.
 - Hojas secas.
- **Forma de administración:**
 - Se mezcla con tabaco y se lían unos cigarrillos que se llaman porros, petas, canutos, etc.
 - Se usa en comidas (pasteles, tartas...).
- **Otras denominaciones:**
 - Hachís.
 - Marihuana.
 - Porros.

EFFECTOS INMEDIATOS CANNABIS

- | | |
|---|---------------------------|
| • A DOSIS BAJAS: | • A DOSIS ALTAS: |
| - Euforia | - Confusión |
| - Desinhibición | - Excitación |
| - Pérdida concentración | - Ansiedad |
| - Ganas de hablar, reír | - Pánico |
| - Aumento del hambre | - Alucinaciones (a veces) |
| - Enrojecimiento ojos | |
| - Aumento del pulso y frecuencia cardíaca | |

EFECTOS ORGÁNICOS **CANNABIS**

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

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



EFECTOS PSICOLÓGICOS **CANNABIS**

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

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

CANNABIS

- **Aparato Respiratorio:**
 - Tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas.
- **Sistema Cardiovascular:**
 - Empeoramiento de síntomas en personas con problemas de hipertensión o insuficiencia cardíaca.
- **Sistema Endocrino:**
 - Alteración hormonas responsables del aparato reproductor y de la maduración sexual.
- **Sistema Inmunitario:**
 - El uso crónico reduce la efectividad de este sistema.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

CANNABIS

- **Consumo diario:**
 - Entorpecimiento de las funciones superiores:
 - *Aprendizaje.*
 - *Concentración.*
 - *Memoria.*
- **Reacciones agudas de pánico y ansiedad.**
- **En personas predispuestas puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.**

El consumo en España

CANNABIS

- Es la droga ilegal más consumida en España y en el resto de países de la Unión Europea.
- El 29% de la población entre 15 y 64 años lo ha probado alguna vez en su vida.
- El 7.6% lo ha consumido en los últimos 30 días.
- El 1.5% lo consume a diario.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS



Tabla 3.5: El consumo de CANNABIS

Consumió alguna vez:	21,5
Edad media de inicio en el consumo (años):	18,26
Consumió en los últimos doce meses:	10,2
Consumió en los últimos seis meses:	9,0
Consumió en el último mes:	8,0
Frecuencia de consumo en el último mes:	
-Menos de una vez por semana	2,3
-Una vez por semana	1,3
-De dos a seis veces por semana	1,5
-Diariamente	2,9

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS



Tabla 3.6: Las edades de inicio en el consumo de CANNABIS

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	12,0	11,8	12,4
De 15 a 17	35,5	36,9	32,1
De 18 a 21	37,2	36,8	38,0
De 22 a 25	10,9	10,5	12,0
De 26 años en adelante	4,1	3,5	5,5
NS/NC	0,3	0,5	0,0
Totales	100,0	100,0	100,0

Un 47,5% se iniciaron en el consumo de cannabis antes de los 18 años, un 49,7% en los hombres y el 44,5% en las mujeres, con diferencias en general no significativas.

Edad media general:	18,26
Género	
Hombres	18,12
Mujeres	18,60

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS

Si lo consumes → ten en cuenta

- No mezclar con alcohol y otras drogas.
- Si estás estudiando o trabajando, o lo vas a hacer, no lo consumas.
- Si padeces o has padecido enfermedades cardíacas, respiratorias, hormonales o psicológicas... no lo consumas.
- Si tienes menos de 18 años, los efectos son más graves.
- Su tenencia o consumo en lugares públicos puede ser multado.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad para las Drogodependencias y Adicciones



CANNABIS

Si lo consumes → **ten en cuenta**

- Cuando lo mezcles con tabaco, recuerda que también estás consumiendo nicotina.
- Evita apurar el porro hasta el filtro, sus residuos se concentran en el humo principal y en la colilla.
- Si has fumado porros, no conduzcas. No aceptes subir a un vehículo si el conductor lo ha fumado.
- El consumo de la cannabis no te quita los malos rollos que tengas.

Cocaína

La cocaína es un **estimulante** del sistema nervioso central (SNC) extraído y refinado de un arbusto el **Erythroxilum Coca**. La síntesis química se realizó en laboratorio en la década de 1850. Poco después de haber sido aislada, médicos y laboratorios recomendaban la cocaína destinada a combatir hábitos de alcohol, opio o morfina, En aplicación externa es un poderoso vasoconstrictor con función antihemorrágica e inhibidora de la transmisión de impulsos en las fibras nerviosas. Debido a esto último se convirtió en el primer anestésico local de la cirugía moderna. Se la usaba en intervenciones oftálmológicas y de otorrinolaringología hasta que el descubrimiento de otros alcaloides la fue sustituyendo.

Antes de continuar con la cocaína como sustancia, vamos a comentar algunos aspectos de la **planta** de la que procede.

El Erythroxilum coca es un arbusto que crece fundamentalmente en los países andinos. Los habitantes de esta zona del planeta conocían los diversos usos del arbusto. Ellos utilizaban las hojas masticándolas directamente, pues su jugo les permitía adaptarse de una manera más adecuada a las duras condiciones de vida en las estribaciones y cumbres andinas. Lo usaban como “energetizante” y como sustituto del alimento dado su contenido calórico, proteico y vitamínico, a parte de su uso en ceremonias religiosas y adivinatorias. Es decir es una planta adaptada y servicial al ecosistema al que pertenece. Su uso, de esta manera, no planteaba o al menos no se tienen noticias de que planteara problemas de salud pública, como en la actualidad sí plantea el principal alcaloide que se extrae de ellas, la cocaína, sino más bien todo lo contrario.

Independientemente de las investigaciones realizadas por emi-

nentes científicos, durante el siglo XIX, también aparecieron una serie de productos que llevaban “coca”. Entre ellos el famoso Vino Mariani, producido por un químico corso en París, llamado Angelo Mariani en 1863. Este vino procedía de la maceración de hojas de coca y tuvo una gran aceptación popular, incluyendo al entonces Papa León XIII. Poco después en Atlanta un farmacéutico llamado Pemberton desarrolló la fórmula de un jarabe, también basado en la coca y padre directo de la actual CocaCola, aunque la fórmula de este producto ya no lleva hoy en día coca entre sus componentes, pero sí otros estimulantes de los llamados “**menores**”.

Volviendo a la cocaína, ésta presenta un aspecto de polvo-blanco con sabor amargo. Generalmente es aspirada por vía nasal, sin embargo también puede ser inyectada y tomada en forma oral.

EFFECTOS INMEDIATOS

Produce una sensación de euforia, pupilas dilatadas, aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la temperatura corporal. Así mismo provoca una sensación de bienestar, de tener mayor energía, y de encontrarse más vigilante, sin sueño, ni hambre.

EFFECTOS ORGÁNICOS

De entre los efectos indicados, los que se producen en el organismo a escala somática son los siguientes: Disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito y aumento de la presión arterial.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

Principalmente euforia, locuacidad, aumenta la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad y deseo sexual igualmente aumentado.

RIESGOS ORGÁNICOS

Pérdida de apetito e insomnio. Genera patología respiratoria: irritación de la mucosa nasal y sinusitis. En consumidores habituales presenta perforación del tabique nasal, riesgo de infartos y hemorragias cerebrales y cardiopatía isquémica.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

La característica fundamental de la cocaína es que genera una dependencia psíquica muy intensa. El consumo crónico y abusivo de cocaína puede provocar: Trastornos psíquicos severos con ideas paranoides y depresión.

La supresión del consumo provoca un fenómeno de rebote con: somnolencia, depresión, irritabilidad y letargia.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida, tras el cannabis. El 5.9% de la población española entre 15 y 64 años ha probado la cocaína en alguna ocasión. El 2.7% en el último año y el 1.1% durante el último mes. El consumo es más elevado en hombres que en mujeres (4.1% de hombres durante los últimos doce meses, frente al 1.2% de mujeres). La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 20.9 años, siendo de 21 años en los hombres y de 20.8 en las mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 5.6% de la población andaluza de 12 a 64 años, la ha consumido en alguna ocasión durante su vida. El 2.6% y el 2.2% la han consumido durante el último año o seis meses respectivamente, siendo el 1.6% la población andaluza que la ha consumido alguna vez durante los últimos treinta días. La edad media en el inicio del consumo de la coca-

ína se situa en los 20.32 años, siendo de 20.05 en los hombres y de 21.21 en las mujeres. Los hombres se sitúan en una proporción de cuatro a uno con respecto a las mujeres en el consumo significativo, 3.9% de hombres y 0.6% de mujeres.

SI LA CONSUMES TEN EN CUENTA

Si se fuma o inyecta la adicción es mayor.

Los efectos aumentan cuando la tomas en situaciones de estrés como durante viajes, aglomeraciones, y trabajando.

No mezclarla con alcohol y otras drogas, pues sus efectos pueden potenciarse o mantener tolerancia cruzada.

No compartir el “turulo”, ya que se pueden transmitir enfermedades infectocontagiosas (hepatitis...).

No conducir.

Y... si se padece alguna enfermedad cardíaca, psicológica o estás embarazada... ni la pruebes.

DROGAS ILEGALES

COCAÍNA

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



COCAÍNA

- **Arbusto**
 - Erythroxilum Coca.
- **Cultura indígena**
 - Carácter ritual, propiedades “energéticas”, inhibidor del apetito.
- **Siglo XIX**
 - Se aísla el principio activo.
- **Derivados**
 - Clorhidrato de cocaína (cocaína), sulfato de cocaína (basuko), cocaína base (crack).

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



COCAÍNA

En 1855 Gaedcke, químico alemán, aísla de las hojas de coca un alcaloide al que denomina erythroxyline, por el nombre genérico de la planta.

COCAÍNA

En 1859 Albert Niemann, empleando alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter, purifica el alcaloide y aísla directamente de las hojas de coca el alcaloide que se conoce desde entonces con el nombre de cocaína.

COCAÍNA

Hasta mediados del siglo XIX la coca y sus derivados gozaron de gran prestigio como estimulantes de uso terapéutico.

COCAÍNA

- **Aspecto:**
 - Polvo blanco cristalino, parecido a la sal.
- **Forma de administración:**
 - Normalmente se esnifa, también se inyecta y se fuma mezclada con tabaco.
- **Otras denominaciones:**
 - Nieve, blanca, farlopa.

EFFECTOS INMEDIATOS **COCAÍNA**

- **Sensación de euforia.**
- **Pupilas dilatadas.**
- **Aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura corporal.**
- **Sensación de:**
 - **bienestar.**
 - **mayor energía, más vigilante.**
 - **sin sueño, ni hambre.**

EFFECTOS ORGÁNICOS **COCAÍNA**

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

EFFECTOS PSICOLÓGICOS COCAÍNA

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

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO COCAÍNA

- Pérdida de apetito.
- Insomnio.
- Patología respiratoria:
 - Irritación de la mucosa nasal.
 - Sinusitis.
- Perforación del tabique nasal.
- Riesgo de infartos y hemorragias cerebrales.
- Cardiopatía isquémica.

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

COCAÍNA

- Dependencia psíquica muy intensa.
- El consumo crónico y abusivo de cocaína puede provocar:
 - Trastornos psíquicos:
 - Ideas paranoides y depresión.
- La supresión del consumo provoca un fenómeno de rebote:
 - Somnolencia.
 - Depresión.
 - Irritabilidad.
 - Letargia.

El consumo en España

COCAÍNA

- La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida, tras el cannabis.
- El 5.9% de la población entre 15 y 64 años ha probado la cocaína en alguna ocasión.
- El 2.7% en el último año y el 1.1% durante los últimos 30 días.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

COCAÍNA



Tabla 3.9: El consumo de COCAÍNA

Consumió alguna vez:	5,6
Edad media de inicio en el consumo (años):	20,32
Consumió en los últimos doce meses:	2,6
Consumió en los últimos seis meses:	2,2
Consumió en el último mes:	1,6
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,9
· Una vez por semana	0,4
· De dos a seis veces por semana	0,2
· Diariamente	0,1

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de 12 a 64 años

COCAÍNA



Tabla 3.10: Las edades de inicio en el consumo de COCAÍNA

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	2,9	2,7	3,6
De 15 a 17	18,3	19,1	15,9
De 18 a 21	45,0	45,6	43,1
De 22 a 25	24,3	23,7	26,4
De 26 años en adelante	9,5	9,0	11,0
Totales	100,0	100,0	100,0

Edad media general:	20,32
Género	
Hombres	20,05
Mujeres	21,21

COCAÍNA

Si la consumes → **ten en cuenta**

- Si se fuma o inyecta la adicción es mayor.
- No tomarla durante viajes, aglomeraciones, trabajando.
- No mezclarla con alcohol y otras drogas.
- No compartir el “turulo”.
- No conducir.
- Si padeces alguna enfermedad cardíaca, psicológica o estás embarazada... ni la pruebes.

DROGAS DE SÍNTESIS

Son sustancias procedentes de la mezcla de **distintos componentes** químicos, realizadas en laboratorios clandestinos. Normalmente son compuestas con sustancias alucinógenas y anfetamínicas. No obstante cambian con cierta frecuencia y rapidez, prácticamente ante las necesidades del consumidor, de ahí que durante algunos años se las ha denominado “drogas de diseño”.

La “**pasti**” más conocida es el Éxtasis o metilendioximetanfetamina (MDMA), descubierto y abandonado para su uso terapéutico por los laboratorios Merck.

Debido a la versatilidad de su fabricación y a las grandes ganancias económicas que genera en el mercado negro, las formas, tamaños y colores cambian con gran frecuencia, aunque algunos “diseños” se han mantenido durante cierto tiempo, pero con dudas razonables acerca de que sus componentes o miligramos de ellos fueran los mismos.

EFFECTOS ORGÁNICOS

Se produce un aumento de la temperatura corporal con sequedad de boca, altos niveles de sudoración y la consiguiente deshidratación.

También provocan aumento de la función cardíaca y de la tensión arterial, así como arritmias, contracción mandibular (como las anfetaminas) y temblores.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

Facilita todo lo que se encuentra relacionado con la sociabilidad y los aspectos relacionales, así como con el aumento de la autoestima y del deseo sexual.

También genera situaciones de cierta confusionalidad psicológica e inquietud con sensación de agobio.

RIESGOS ORGÁNICOS

Pueden producir crisis y colapso renal, convulsiones, infartos cerebrales, así como insuficiencia hepática.

Un uso prolongado puede producir necrosis muscular y otras alteraciones orgánicas en relación con la coordinación muscular y la alimentación.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

La aparición de crisis de ansiedad así como la consolidación de cuadros depresivos, son riesgos a tener en cuenta. También debido a los componentes que forman las pastillas, pueden aparecer cuadros psicóticos y crisis alucinatorias.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El 4.6% de la población española entre 15 y 64 años las ha probado alguna vez en su vida. Un 1.4% las ha consumido en los últimos doce meses y un 0.4% durante el último mes, siendo el 0.1% el que mantiene un consumo semanal. La prevalencia del consumo en los hombres durante los últimos doce meses fue del 2% y en las mujeres del 0.8%. La edad media del inicio en el consumo fue de 20.3 años, siendo de 20.2 años en hombres y de 20.7 en mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 2.1% de la población andaluza de 12 a 64 años las ha consumido alguna vez en su vida. El 0.7% las ha consumido durante los últimos doce meses, el 0.6 durante los últimos seis meses y el 0.5 en el último mes, coincidente en el consumo de menos de una vez por semana. La edad de

inicio en el consumo se sitúa en una media de 20.07 años, siendo de 19.89 en hombres y de 20.77 en mujeres. El consumo en hombres, 1.1% es mayor que el de mujeres, 0.2% en el consumo significativo de los últimos seis meses.

SI LAS CONSUMES TEN EN CUENTA

Conviene beber bastante cantidad de líquido, especialmente agua o zumos, cuando su consumo se realice bailando, hay que entremezclar períodos de descanso.

No es adecuado mezclarlas con el consumo de alcohol o con bebidas que tengan alguna graduación alcohólica ni con otras drogas.

Si se padece de: corazón, riñón, hígado o problemas psicológicos, no es recomendable, bajo ningún concepto, su consumo.

Si se trabaja al día siguiente, es mejor pasar de ellas.

DROGAS ILEGALES

DROGAS DE SÍNTESIS

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



DROGAS DE SÍNTESIS

(Éxtasis, M.D.M.A., la del amor...)

- Son sustancias producidas por síntesis química, sin componentes naturales, en laboratorios clandestinos.
- Son el resultado de compuestos anfetamínicos y alucinógenos.
- El éxtasis fue descubierto en 1912 por la industria farmacéutica Merck mientras buscaba un fármaco inhibidor del apetito.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



DROGAS DE SÍNTESIS

En 1985, el gobierno estadounidense declaró esta sustancia ilegal a pesar de que numerosos científicos argumentaron sobre sus propiedades para hacer aflorar pensamientos y recuerdos reprimidos.

DROGAS DE SÍNTESIS

- **Aspecto:**
 - Pastillas de distintas formas, colores y tamaños.
- **Forma de administración:**
 - Oral.
- **Otras denominaciones:**
 - Éxtasis, pastillas, pastis, pirulas...

EFFECTOS INMEDIATOS

(MDMA)

- Los efectos aparecen entre 30 y 60 minutos.
- Debido a ese tiempo su consumo es mayor y rápido, lo que provoca consecuencias muy negativas.
- En general, puede producir:
 - Sensación de fuerza.
 - Facilita la comunicación.

EFFECTOS ORGÁNICOS

(MDMA)

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

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

(MDMA)

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

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

(MDMA)

- Aumento severo de la temperatura corporal (fuerte incidencia en ambientes cerrados: discotecas...).
- Arritmia.
- Convulsiones.
- Insuficiencia renal.
- Rabdomiólisis (necrosis muscular).
- Coagulopatía.
- Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales.
- Insuficiencia hepática.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

(MDMA)

- Crisis de ansiedad.
- Trastornos depresivos.
- Alteraciones psicóticas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



El consumo en España DROGAS DE SÍNTESIS

- El 4.6% de la población entre 15 y 64 años lo ha probado alguna vez en su vida.
- La prevalencia del consumo en los hombres durante los últimos doce meses fue del 2% y en las mujeres del 0.8%.

Informe 2004 Observatorio Español sobre Drogas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



DROGAS DE SÍNTESIS



Tabla 3.13: El consumo de ÉXTASIS Y OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS

Consumió alguna vez:	2,1
Edad media de inicio en el consumo (años):	20,07
Consumió en los últimos doce meses:	0,7
Consumió en los últimos seis meses:	0,6
Consumió en el último mes:	0,5
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,5
Una vez por semana	0,0
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,0

Un **2,1%** de la población andaluza de entre 12 y 64 años las ha consumido alguna vez, un **0,7%** lo hizo en los últimos doce meses, el **0,6%** lo hizo en los últimos seis y un **0,5%** en el último mes. La mayor frecuencia observada es de un **0,5%** en menos de una vez por semana.

DROGAS DE SÍNTESIS



Tabla 3.14: Las edades de inicio en el consumo de ÉXTASIS

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	2,3	3,0	0,0
De 15 a 17	28,2	27,9	29,5
De 18 a 21	24,3	26,7	15,0
De 22 a 25	41,6	37,9	55,5
De 26 años en adelante	3,6	4,5	0,0
Totales	100,0	100,0	100,0

Edad media general:	20,07
Género	
Hombres	19,89
Mujeres	20,77

DROGAS DE SÍNTESIS

Si las consumes → **ten en cuenta**

- Beber suficiente cantidad de líquido.
- Si estás bailando... descansa a ratos.
- No las mezcles con alcohol y otras drogas.
- Si padeces de: corazón, riñón, hígado o problemas psicológicos... no las tomes.
- Si trabajas al día siguiente, pasa de ellas.

OPIÁCEOS

(HEROÍNA)

Aunque no tenemos constancia escrita, parece que el **jug**o de la *Papaver Somniferum* (amapola de la que se extrae), era usado por pueblos y civilizaciones muy antiguas, debido al alto poder analgésico de los más de veinte alcaloides que lo componen. Sí hay datos de su uso como somnífero y como medicamento en civilizaciones como la china, la egipcia y otras, la forma de presentación era en decocciones de las semillas o el procesamiento del látex que produce la planta, bien solo o combinado con otros componentes.

Durante el siglo XIX se sintetizó la **morfina**, que es el alcaloide principal que contiene la planta. En 1898, se sintetizó la heroína, alcaloide procedente de la morfina. Esta sustancia se comenzó a utilizar, precisamente, para combatir los estragos que la morfina había venido causando entre sus consumidores.

En este trabajo nos vamos a centrar en la **heroína**, droga que ha tenido una influencia en la sociedad especialmente importante, debido a la alarma social que creó durante el último tercio del siglo XX, no sólo por el uso en sí misma sino por la especulación del mercado negro y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas que provoca el uso compartido de las jeringuillas, aunque también se usa inhalada o fumada.

EFFECTOS ORGÁNICOS

Los primeros consumos suelen generar náuseas y vómitos con inhibición del apetito y cierta necesidad de ingerir alimentos muy dulces. Como sustancia sintetizada procedente de un alcaloide opiáceo el efecto que provoca en el organismo es el de la analgesia, una cierta insensibilidad a los procesos dolorosos.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

La analgesia a la que nos hemos referido tiene un correlato psicológico también en cuanto al “dolor interno” o emocional generando la sensación de bienestar y cierto placer en cuanto a la ausencia de ese “dolor”. Esta ausencia de dolor también da un cierto contenido eufórico con posterioridad a la ingesta.

RIESGOS ORGÁNICOS

La inhibición del apetito produce adelgazamiento que puede cursar con anemia. Otro efecto es el estreñimiento y la aparición de caries y otras patologías somáticas relacionadas con la ausencia de vitaminas y minerales.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

En consumidores de cierta cronicidad aparecen trastornos de personalidad con ansiedad y fases depresivas, así como alteraciones de las funciones cognitivas e intelectuales.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El 0.9% de la población española de 15 a 64 años la ha tomado alguna vez en la vida. El 0.1% durante el último año. La prevalencia en consumos durante el último mes y la semanal se sitúa en cotas estadísticas inferiores al 0.1%. La edad media del inicio en el consumo se encuentra en los 22 años. Dada la escasez de la base muestral, no es posible desagregar por género.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

En la población andaluza de 12 a 64 años, el 0.4% ha tomado heroína alguna vez en su vida. El 0.2% la ha tomado durante el último año. El 0.1% la ha consumido durante el último mes, de estos el 0.1% tiene un

consumo diario. La edad media del inicio en el consumo es de 18.81 años. Dada la escasez de la base muestral, no es posible desagregar por género.

SI LA CONSUMES TEN EN CUENTA

El consumo con jeringuillas compartidas aumenta el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis y el SIDA.

En el caso de su consumo esnifado, el “turulo” no debe compartirse, debido también a la transmisión de enfermedades.

Las relaciones sexuales que se realicen con o entre consumidores de heroína, deben ser realizadas con preservativo.

La adulteración que la sustancia recibe en el mercado negro es un factor de riesgo especialmente importante.

DROGAS ILEGALES

HEROÍNA

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



OPIÁCEOS

- El opio se extrae de las cápsulas de la planta *Papaver Somniferum* (tipo de amapola).
- Es utilizado por la Humanidad desde la antigüedad (4.000 años antes de Cristo).
- Procede de las plantaciones de Afganistán y Pakistán.
- La heroína fue sintetizada a finales del S.XIX como fármaco para tratar la morfinomanía.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
D. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



EGIPTO

- A los niños del antiguo Egipto se les administraba adormidera por las noches para que dejaran descansar a sus padres.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



HEROINA

1805 F. SERTURNER
aisla la morfina,
alcaloide principal del opio

1853,
se inventa la jeringuilla



C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat para las Drogodependencias y Adicciones



HEROÍNA

1898, DRESER,
químico de Lab. Bayer, sintetiza la heroína
(heroisch: poderoso)

A finales del XIX
las clases populares inglesas
usaban el opio, más barato que el alcohol.

HEROÍNA

- **Aspecto:**
 - Polvo de color blanco como la harina o marrón oscuro como el azúcar moreno (brown sugar).
- **Forma de administración:**
 - Se inyecta, se fuma, se inhala.
- **Otras denominaciones:**
 - Jaco, caballo.

EFFECTOS INMEDIATOS

HEROÍNA

- **Analgesia, euforia y sensación de bienestar.**
- **Pupilas contraídas.**
- **Estreñimiento.**
- **Depresión respiratoria (es una de las causas de muerte por sobredosis).**

EFFECTOS ORGÁNICOS

HEROÍNA

- **Analgesia: falta de sensibilidad al dolor.**
- **Primeros consumos:**
 - Náuseas.
 - Vómitos.
- **Inhibición del apetito.**

EFECTOS PSICOLÓGICOS

HEROÍNA

- **Euforia.**
- **Sensación de bienestar.**
- **Placer.**

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO

HEROÍNA

- **Estreñimiento.**
- **Caries.**
- **Anemia.**
- **Adelgazamiento.**

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO

HEROÍNA

- Alteraciones de la personalidad.
- Alteraciones cognitivas.
- Trastornos de ansiedad y depresión.
- Dependencia psicológica.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



El consumo en España

HEROÍNA

- El consumo de heroína es absolutamente minoritario en la actualidad.
- Está en descenso desde mediados de la década de los 90.
- El 0.9% de la población española de 15 a 64 años la ha tomado alguna vez en la vida.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



HEROÍNA



Tabla 3.17: El consumo de HEROÍNA

Consumió alguna vez:	0,4
Edad media de inicio en el consumo (años):	18,81
Consumió en los últimos doce meses:	0,2
Consumió en los últimos seis meses:	0,1
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,0
Una vez por semana	0,0
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,1

En 2005 un **0,4%** de la población andaluza de 12-64 años indica haber consumido heroína alguna vez, un **0,2%** en los últimos doce meses, un **0,1%** en los últimos seis y el **0,1%** en el último mes. De estos el 0,1% son consumidores habituales (diariamente).

HEROÍNA



Tabla 3.18: Las edades de inicio en el consumo de HEROÍNA

Años	%
Hasta los 14	0,2
De 15 a 17	65,1
De 18 a 21	17,4
De 22 a 25	17,0
De 26 años en adelante	0,3
Totales	100,0

Un **65,3%** se iniciaron en el consumo de heroína antes de los 18 años. En esta ocasión la escasez de la base muestral no permite desagregar la información por géneros.

HEROÍNA

Si la consumes → **ten en cuenta**

- Las adulteraciones pueden ser peligrosas.
- No inyectarla... se evitan infecciones (hepatitis, sida...).
- Si te la inyectas, usa jeringuillas nuevas.
- No compartir el “turulo”.
- Las relaciones sexuales... con preservativo.

A LUCINÓGENOS

Son las sustancias que **alteran** el funcionamiento del Sistema Nervioso Central en cuanto a **la percepción** a través de los distintos sentidos que conforman al ser humano: Vista, tacto, gusto, olfato, audición, tanto a niveles propioceptivos como exteroceptivos, es decir sin presencia de objeto externo o con presencia de objeto externo. Cuando no hay objeto presente provocan cuadros alucinatorios, si hay objeto, producen distorsiones severas en la percepción del mismo y cuadros de carácter ilusorio. También provocan alteraciones en cuanto a la vivencia del tiempo y del espacio.

Estas sustancias han estado presentes en el desarrollo del ser humano desde siempre, en todas las culturas primitivas, animistas y de cualquier otro tipo que ha habido sobre la Tierra.

Fundamentalmente su uso ritual se circunscribía a las ceremonias religiosas, de visualización de los dioses, curativas e iniciáticas.

Hasta que se descubrió, en el laboratorio, el uso de la Dietilamida del Ácido Lisérgico (LSD) como sustancia alucinógena, las sustancias que se habían venido usando eran totalmente naturales y provenían, fundamentalmente, de hongos, setas y cactus.

En la actualidad el consumo de las sustancias naturales se produce en grupos reducidos y vinculados con culturas de tipo “chamánico”.

En Europa el alucinógeno que se viene usando, tanto por los efectos como por la pureza de sus componentes, es el LSD. Esta sustancia fue ampliamente difundida por la contracultura norteamericana y vinculada con los grupos de intelectuales y científicos progresistas en la época de los años sesenta y setenta del siglo XX.

EFECTOS ORGÁNICOS

Taquicardia, aumento del ritmo cardíaco; hipertermia, aumento de la temperatura corporal; hipotensión, dilatación de la pupila y descoordinación motora.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Todo lo que corresponde a la alteración de la percepción, incluyendo la propia autoimagen como sensación propioceptiva y el aumento de la sensibilidad perceptiva en general. Como hemos indicado se altera la sensación temporo-espacial y aparecen alucinaciones, ideas delirantes. Todo esto origina confusión mental rasgos de euforia e hiperactividad. Puede dar lugar a experiencias de tipo místico.

RIESGOS ORGÁNICOS

Hay un riesgo alto de accidentalidad, de hecho las recomendaciones que aportan sobre su consumo los que promovieron su uso durante la contracultura, indicaban que debería usarse siempre con un control externo para prever la posibilidad de accidentes y riesgos de suicidio.

RIESGOS PSICOLÓGICOS

La aparición de alucinaciones y cuadros ilusorios puede provocar esquizofrenia, especialmente en personas que tengan sensibilidad previa a este cuadro psicopatológico, sirviendo la experiencia con el ácido, como factor desencadenante del mismo.

Se pueden dar reacciones de pánico, lo que se denomina “mal viaje”, ya que la situación psicológica e inconsciente que el usuario tenga antes del consumo, aflora con el mismo.

Otro fenómeno que ocurre es el recuerdo muy vívido de la experiencia que se ha tenido, aun sin tomar el ácido. Esto se conoce como efecto de Flashback.

DATOS DE CONSUMO “Informe 2004” Observatorio Español sobre Drogas.

El 3% de la población española entre 15 y 64 años lo ha probado alguna vez en la vida. El 0.6% lo ha tomado durante el último año, y, el 0.2 durante los últimos treinta días. La prevalencia de consumo durante los últimos doce meses fue mucho más elevada en los hombres (0.9%) que en las mujeres (0.3%). La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 19.9 años, siendo de 20 años en los hombres y de 19.8 en las mujeres.

DATOS DE CONSUMO “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS IX-2005”.

El 2.5% la población andaluza, entre 12 y 64 años lo ha probado alguna vez en la vida. El 0.4% lo ha tomado durante el último año, el 0.3 durante los últimos seis meses y el 0.1% lo consumió alguna vez durante el último mes. La edad media del inicio en el consumo, en Andalucía, se sitúa en los 20.44 años, siendo respectivamente de 19.52 años en los hombres y de 23.11 en las mujeres. Según el género, del consumo durante los últimos seis meses, la prevalencia es de 0.5% en hombres, frente al 0.1% en mujeres.

DROGAS ILEGALES

ALUCINÓGENOS

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ALUCINÓGENOS

Integran lo que denominamos sustancias perturbadoras del S.N.C. y provocan alteraciones en su funcionamiento.

Dan lugar a:

- Trastornos severos de distorsión de los sentidos.
- Alucinaciones.

C* PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grad. para las Drogodependencias y Adicciones



ALUCINÓGENOS

- Los alucinógenos han sido considerados por distintas civilizaciones como una vía para entrar en contacto con la divinidad, de ahí su relevancia en rituales sagrados.
- Proceden de hongos, setas y cactus:
 - Méjico (peyote).
 - Colombia (yagé).
 - Gabón (tabernathe iboga).
 - Europa (amanita muscaria).

ALUCINÓGENOS

- El más utilizado en Europa es el L.S.D.
- Tuvo su mayor consumo y promoción en los años 60 (contracultura norteamericana).
- Fue descubierto por Albert Hoffman en 1938 de manera casual cuando investigaba con el cornezuelo del centeno.

ALUCINÓGENOS

- **Aspecto:**
 - Trozo de papel secante impregnado con el ácido.
- **Forma de administración:**
 - Oral (sublingual).
- **Otras denominaciones:**
 - Ácido.
 - LSD.
 - Tripi del inglés trip: viaje.

EFFECTOS INMEDIATOS

ALUCINÓGENOS

- **Ilusiones y Alucinaciones.**
- **Alteraciones temporales y espaciales.**
- **Aumenta la inestabilidad psicológica previa.**

EFFECTOS ORGÁNICOS

ALUCINÓGENOS

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

EFFECTOS PSICOLÓGICOS (1)

(Alucinógenos)

- Alteración de la percepción (incluyendo la autoimagen).
- Hipersensibilidad sensorial.
- Deformación de la percepción del tiempo y el espacio.
- Ideas delirantes.
- Euforia.

EFECTOS PSICOLÓGICOS (2) **(Alucinógenos)**

- **Confusión mental.**
- **Verborrea.**
- **Hiperactividad.**
- **Alucinaciones.**
- **Experiencia mística.**

RIESGOS EN EL PLANO ORGÁNICO **(Alucinógenos)**

- **No existen pruebas de daños físicos, dado lo esporádico de su consumo.**
- **Aumento de accidentes.**

RIESGOS EN EL PLANO PSICOLÓGICO (Alucinógenos)

- Reacciones de pánico (mal viaje).
- Intentos de suicidio.
- Reacciones psicóticas.
- Reapariciones espontáneas de la experiencia alucinógena sin consumo de la sustancia (flash-back).

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



El consumo en España Alucinógenos

- El 3 % de la población entre 15 y 64 años lo ha probado alguna vez en su vida y el 0.6 durante los últimos doce meses.
- El 0.2 % de la población entre 15 y 64 años lo ha tomado durante el último mes.

"Informe 2004" Observatorio Español sobre Drogas.

C^o PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
B. Grat. para las Drogodependencias y Adicciones



ALUCINÓGENOS



Tabla 3.20: El consumo de ALUCINÓGENOS

Consumió alguna vez:	2,5
Edad media de inicio en el consumo (años):	20,44
Consumió en los últimos doce meses:	0,4
Consumió en los últimos seis meses:	0,3
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
Menos de una vez por semana	0,1
Una vez por semana	0,0
De dos a seis veces por semana	0,0
Diariamente	0,0

Un **2,5%** de la población andaluza estudiada indica haber consumido alucinógenos alguna vez en la vida, un **0,4%** lo hizo en los últimos doce meses y el **0,3%** en los últimos seis. En el último mes el consumo es de un **0,1%**, detectándose con una frecuencia inferior a una vez a la semana.

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de **12 a 64 años**

ALUCINÓGENOS



Tabla 3.22: Las edades de inicio en el consumo de ALUCINÓGENOS

Años	Total	Hombres	Mujeres
Hasta los 14	2,2	1,4	4,2
De 15 a 17	18,6	18,0	20,2
De 18 a 21	48,3	48,3	48,1
De 22 a 25	23,0	29,7	3,8
De 26 años en adelante	8,0	2,6	23,7
Totales	100,0	100,0	100,0

El universo de la Encuesta es la población de Andalucía de **12 a 64 años**

**PARA
FINALIZAR**



LIBROS, VÍDEOS, DVD Y WEBS DE INTERÉS

Dada la finalidad para la que se ha realizado el presente trabajo, consideramos más oportuno indicar aquellos libros y manuales de fácil adquisición y obtención, y que tengan un lenguaje asequible, dado que lo fundamental es que el ponente pueda manejarse con una documentación científica, aceptable y versátil que le permita la profundización en los temas que, como mediador, considere más oportunos.

Indicar una bibliografía expresa en un trabajo que ha venido depurándose durante varios años no sería posible, no obstante los documentos empleados para la elaboración van incluidos en los diferentes apartados.

La tecnología actual permite la difusión de materiales a través de soportes magnéticos y electrónicos, además de la gran profusión de páginas Webs que sobre las drogodependencias y Adicciones hay en la red de redes. Por ello incluimos en el apartado correspondiente los materiales existentes en la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, así como las direcciones de páginas Webs que pueden ser consultadas y que abren espacios a otras informaciones.

LIBROS:

1. Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materias de Drogas. BOJA, 19 de julio de 1997.
2. Arenas Domínguez, F y Bermudo Albalá, M^aV. Mapa de Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía - 2003

3. Arenas Domínguez, F y otros, Programa de Tratamiento con Metadona, manual clínico. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía – 2000.
4. Arenas Domínguez, F y Tirado Rodríguez, P. Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo al Tratamiento en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía 2006
5. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. – 2005
6. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Guía para Padres y Madres Preocupados por las Drogas – 2006
7. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)
8. Consejería de Asuntos Sociales, Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002. Consejería de Asuntos Sociales – 2003
9. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Los Andaluces ante las Drogas IX 2005.
10. Escohotado, A. Aprendiendo de las drogas. Anagrama – 1995
11. Escohotado, A. Hª General de las Drogas. Espasa Forum – 2000
12. Martínez Delgado, J. M. Validación de los Cuestionarios Breves: AUDIT, CAGE y CBA, para la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en atención primaria (IV premio Andaluces de Investigación en Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales – 1999.

13. Navarro Botella, J. Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Plan Municipal contra las Drogas, Ayuntamiento de Madrid – 2000
14. Varios. Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo a la Reinserción en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. – 2006
15. Varios. Programa de Intervención en Comunidades Terapéuticas en Andalucía. C^a de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía – 2002.
16. Varios. Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Consejería de Salud. Junta de Andalucía. – 2005
17. Varios. Programa de Intervención en Centros de Encuentro y Acogida en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. – 2006
18. Varios. Programa de Intervención en Centros de Día en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. – 2005
19. Varios. Programa de Intervención en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. – 2006
20. **CAPITULO-LIBRO:**
 1. "Factores de riesgo en el consumo de drogas en la población laboral" Navarro Botella, J. Ponencia del VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario (Chiclana de la Frontera –Cádiz- 3,4,5, de noviembre de 1999)

GUIAS:

2. “+ INFORMACIÓN – RIESGOS” EDEX-Melero, J.C. y Pérez Arrospide, J.A. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica, 2001

VIDEOS y DVDs:

3. LAS DROGAS Y EL TRABAJO" Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Tiempo: 20'
4. Relación de Documentos en formato Vídeo y DVD coproducidos por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía y la EMA – Onda Local de Andalucía:

Alcohol / Tabaco / Cocaína / Heroína / Drogas de Diseño / El Cannabis / La Ludopatía / Asistencia Penitenciaria a Drogodependientes / Las Drogas y la Familia / Tratamiento del Cannabis / Tratamiento Tabaco / Tratamiento Heroína / Inserción Laboral / Inserción Social / Tratamiento Alcohol / Prevención contra la Drogodependencia / Recursos Asistenciales / Tratamiento Ambulatorio / Prevención Ámbito Laboral / Movimiento Asociativo / Reinserción Laboral.

1. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Universidad de Sevilla, PC-CDROM y DVD “Enamórame sin Drogas”

WEBS:

ORGANISMOS NACIONALES

- DIRECCIÓN GENERAL PARA LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES:** www.juntadeandalucia.es/asuntossociales
- FUNDACION ANDALUZA PARA LA ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS:** www.fundacion-fada.org
- CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CADIZ** www.dipucadiz.es/cpdcadiz
- PLAN NACIONAL:** www.mir.es/pnd
- GOBIERNO DE CANARIAS:** www.canariasindrogas.org
- GENERALITAT VALENCIANA:**
www.gva.es/bs/dd/biblioteca/ppaldgc.htm
- GENERALITAT DE CATALUNYA:** www.gencat.net/sanitat
- COMUNICACIÓN E INFORMACION COMUNITARIA SOBRE DROGAS (GOBIERNO DE LA RIOJA)** www.larioja.org/infodrogas
- GOBIERNO DE NAVARRA:** www.epitelio.org/pfd/
- GOBIERNO VASCO:** www.euskadi.net/drogodep
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON:** www.jcyl.es/crd
- JUNTA DE CASTILLA LA MANCHA:**
www.jccm.es/sanidad/salud/drogas_96_99/plan.htm
- XUNTA DE GALICIA:** www.sergas.es
- COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES:**
www.caib.es
- PRINCIPADO DE ASTURIAS:** www.princast.es
- COMUNIDAD AUTONOMA DE EXTREMADURA:**
www.sobredrogas.info
- COMUNIDAD MURCIANA:** www.murciasalud.es
- INSTITUTO DE INVESTIGACION DE DROGODEPENDENCIAS:** <http://inid.umh.es/>

- COMITÉ NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO: www.cnpt.es

ORGANISMOS INTERNACIONALES

- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTIONS (EMCDDA): www.emcdda.eu.int
- EDDRA
www.emcdda.eu.int/responses/methods_tools/eddra.shtml
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE
www.nida.nih.gov
- NATIONAL CLEARING-HOUSE FOR ALCOHOL AND DRUG INFORMATION: www.health.org

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

- FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION
www.fad.es
- INSTITUTO PARA EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES
www.ieanet.com
- DIRECTORIO DE RECURSOS EN INTERNET SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES: www.lasdrogas.net
- IDEA-PREVENCIÓN: www.idea-prevencion.org
- FEDERACION ANDALUZA DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS: www.faar.es
- FEDERACION ANDALUZA DE DROGODEPENDENCIAS Y SIDA: www.f-enlace.org
- ASOCIACION ANDALUZA DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL AMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS: www.aproda.com
- EDEX KOLEKTIBOA: www.edex.es
- GRUP IGIA: www.igia.org



900 84 50 40

**drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial**



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



JUNTA DE ANDALU