

**Cuadernos  
de Orientación**



**Hablamos de drogas**

**6**  
**ión**  
**Z**

Hablemos de Droga

Textos:

Olga Pellico Vázquez

Ana Otero Sierra y Felicidad Fernández Fuente

(Servicio de Coordinación del Plan de Drogas  
de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios)

Diseño de la colección: Asturgraf S.L.

Primera edición 1991

Segunda edición 1998

Tercera edición: 2000

Cuarta edición 2 002

Edita: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias

Promueve: Instituto Asturiano de la Juventud. Consejería de Educación y Cultura

Coordina la colección: Evaristo Baizán. Centro Regional de Información y Documentación de  
Juventud (CRIDJ) C/Yela Utrilla,2 33007-Oviedo/Uviéu. Tfno 985 19 83 57

D.L.: AS-3.178/02

Imprime: EUJOA



# Indice

1. Conviviendo con las drogas .....	5
2. Qué sabemos de las drogas .....	7
2.1.- Evolución del consumo de drogas en España .....	7
2.2.- Imágenes sociales sobre las drogas y las drogodependencias .....	11
2.3.- Aclarando algunos conceptos .....	11
2.4.- Información sobre algunas sustancias .....	12
3. El consumo de drogas en Asturias .....	24
3.1.- Consecuencias del consumo de drogas en Asturias .....	26
4. Plan sobre drogas para Asturias .....	27
5. La prevención como prioridad .....	30
5.1.- La educación como eje de las políticas preventivas .....	32
5.2.- Programas de prevención en centros educativos .....	32
5.3.- Alternativas al uso de drogas en el ocio y tiempo libre .....	34
5.4.- Habilidades y recursos personales para la prevención .....	35
6. Recursos de información y orientación .....	38
7. Recursos de atención en drogodependencias .....	40





# 1. Conviviendo con las drogas

Tan antiguas como la propia historia de la humanidad, las drogas han existido siempre.

Se sabe que 8.000 años atrás se consumía marihuana como medicamento, que, 4.000 años a.C., el opio era utilizado como somnífero y calmante, que diversos pueblos de Sudamérica, 2.500 años a.C., mascaban hojas de la planta de coca contra el mal de la altitud y para eliminar la sensación de hambre...

Algunas de estas drogas han estado integradas en nuestra cultura y aceptadas socialmente. El tabaco, el alcohol y ciertos medicamentos son utilizados de forma cotidiana por un buen número de personas.

Veamos el tabaco. Droga alucinógena de la zona del mar Caribe, en la época precolombina se fumaba con fines mágicos y religiosos. Con la llegada de los españoles se trajo la planta a Europa y se comenzó a utilizar con otra presentación y otros fines, principalmente en forma de polvo aspirado por la nariz, pues produce efectos excitantes. Consumido por las clases pudientes como una moda, pasa de ser droga mágica a droga lúdica y social. En el siglo XVIII se comienza a fumar la planta del tabaco seca y envuelta en papel: el cigarrillo. La presentación y usos fueron evolucionando con el correr de los tiempos: durante largos años estuvo mal visto que las mujeres fumaran, y las fumadoras debían ocultarse.

El tabaco nos indica la historia que más o menos seguirán otras drogas muy familiares: el ca-

cao, el café y el té. El cacao era la droga de los aztecas para sus rituales. El café, originario de Yemen y Etiopía, lo extienden los turcos por el mundo musulmán y la Europa Oriental. El té proviene de China y se expande a través de las compañías comerciales inglesas a lo largo del siglo XIX.

En la China del siglo XVIII se inició el consumo generalizado de opio con fines recreativos. El comercio inglés obtenía importantes beneficios con el intercambio de opio por té. Cuando los gobernantes chinos intentan frenar las importaciones de opio sufren dos guerras, las llamadas guerras del opio, que acaban con la dinastía Manchú y el Estado Chino.

Ante la gravedad de la situación, diferentes países y organizaciones internacionales apoyadas por EE UU, conseguirán la ilegalización del comercio de opio en 1909. Con la ilegalización de esta droga se establece la división entre drogas legales e ilegales.

En 1912 se firma el Convenio de La Haya, en donde se establece el control social y legal de las drogas. A partir de aquí y a lo largo del siglo XX, se irá estableciendo la regulación legal de las drogas. Así, drogas como el hachís, la heroína o la cocaína son, hoy en día, consideradas ilegales.

En las sociedades antiguas, las drogas se utilizaban, fundamentalmente, con fines medicinales, mágico-religiosos, alimenticios..., la manipulación y experimentación con estas drogas que-



## Hablamos de drogas

daba reservada a personas con cierta jerarquía social y el consumo sólo se permitía a los adultos. Con estas limitaciones se evitó la generalización del consumo así como la aparición de problemas asociados, características importantes del consumo actual.

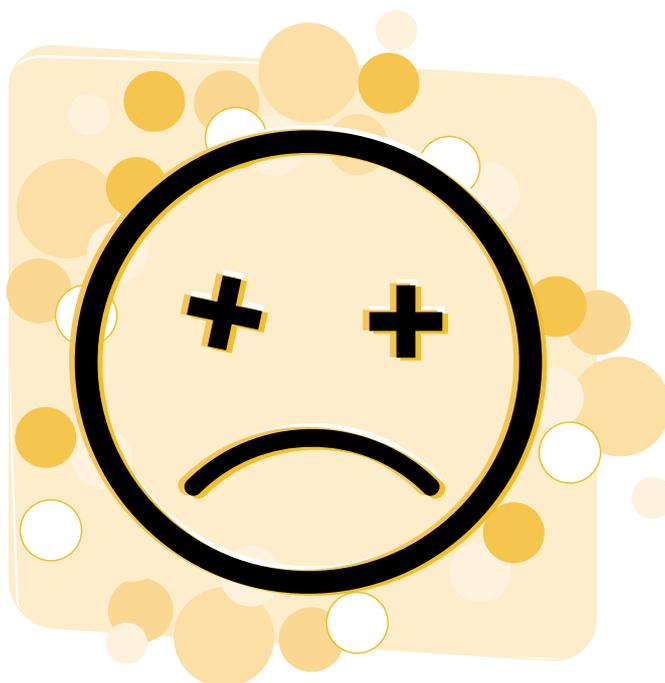
En la época actual, España, al igual que los países de su entorno, se incorpora a patrones modernos de consumo en los que las drogas cumplen otras funciones: los factores históricos, económicos, sociales o culturales van a generalizar usos que se hacen más agresivos y generan mayores problemas, condicionando una percepción socialmente negativa de los efectos de las drogas.

En las últimas décadas, el uso de sustancias no legales, sobre todo por los jóvenes, provocó

un fuerte rechazo social por las consecuencias que el consumo, fundamentalmente de heroína, trajo aparejadas: marginalidad, muerte, delincuencia, y graves problemas sociales y sanitarios.

Recientemente han aparecido las denominadas drogas de síntesis. Su consumo por parte de amplios grupos de jóvenes se ve favorecido por la imagen de sustancia poco peligrosa y directamente relacionada con momentos de diversión.

No obstante, conviene precisar que el uso problemático de drogas no afecta de manera específica a todos los jóvenes; se puede comprobar fácilmente, que muchos jóvenes no consumen drogas y que, en cambio, numerosos adultos sufren serios problemas con el tabaco, el alcohol o los psicofármacos.





## 2. Qué sabemos de las drogas

Existen numerosas definiciones del concepto de droga o drogas. De entre todas ellas, resulta especialmente clarificadora la que realiza Jaime Funes: *"...Droga es cualquiera de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o inventará o usará a lo largo de los siglos, con capacidad de modificar las funciones del organismo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo"*<sup>1</sup>

A esta definición, de carácter orgánico y psicológico, deben añadirse elementos sociales como las costumbres, las normas y las culturas. Así, "droga es aquella sustancia que en un contexto dado se reconoce mayoritariamente como tal".

Todo sin afirmar previamente si son buenas o malas, legales o ilegales, asumidas por cada cultura o no, usadas adecuadamente u objeto de abuso.

### 2.1 Evolución del consumo de drogas en España

Un repaso a la evolución del consumo de drogas, durante las últimas décadas, nos ayudará a entender mejor el fenómeno de las drogodependencias en nuestro país.

En España, hasta los años 60 y casi con total exclusividad, la droga más consumida fue el

alcohol. Se trata de una droga legal, de gran arraigo en nuestra cultura por su inseparable asociación a la gastronomía, a la vida social y a los momentos de diversión, que no deja de causar graves trastornos personales, públicos y sanitarios.

Por aquellos años, el estereotipo del alcohólico venía representado por un varón en la cuarentena, con problemas orgánicos, familiares, laborales y sociales.

A finales de la década de los 60 y comienzos de los años 70, la oposición y el rechazo al orden establecido hacen surgir nuevos movimientos juveniles: el movimiento hippy, la contracultura, la contestación,... una parte de la juventud cuestiona a la sociedad de la que desconfiaba.

Durante este período se producirá un rápido incremento del consumo de drogas ilegales: el hachís, los alucinógenos y las anfetaminas, son las sustancias asociadas a estos movimientos juveniles y a su estética. Un poco más tarde se popularizarán la heroína y la cocaína.

A finales de los años 70 el consumo de heroína se extiende, sobre todo, entre los sectores de población más pobres y marginales. Esta sustancia, administrada generalmente por vía intravenosa, va a provocar graves consecuencias sanitarias haciendo que los ciudadanos empiecen a percibir su dura imagen de droga destructora.

<sup>1</sup> DROGAS Y ADOLESCENTES. Funes, Artiaga, J. Edit. Aguilar, 1996.



A pesar de que el porcentaje de consumidores de heroína no es todavía muy elevado, la sociedad española muestra los primeros síntomas de preocupación surgiendo la alarma social.

Durante los años 80 se agudiza la alarma social centrada en la heroína, pues su consumo se va a relacionar de forma directa con la inseguridad ciudadana, la delincuencia y el SIDA, siendo la década en que se produce la generalización del consumo de drogas, es decir, que se extiende a todas las capas de la sociedad y no sólo a los sectores más marginales.

En un primer momento y para acabar con estos problemas, se buscan soluciones sólo represivas para los drogodependientes, más tarde, junto a las medidas policiales, se demandarán también tratamientos y recursos para los afectados, y a ser posible separados éstos del resto de la población.

La crisis de la heroína da lugar al estereotipo del "yonki": varón, con bajo nivel de estudios, "enganchado" de tal modo que ha de inyectarse varias veces al día, marginal y con importantes problemas de salud, sociales y judiciales.

La gravedad de la crisis de la heroína hará que esta sustancia y su estereotipo dominen la escena de las drogas, haciéndose prácticamente equivalentes para la sociedad los términos drogodependiente y heroinómano.

Por estos años también aumenta el consumo de cocaína, cuyo uso, a diferencia del de la heroína, va a gozar socialmente de una imagen mucho más positiva; sus riesgos no se perciben de forma tan rápida y evidente, además, consumir cocaína se asociará a falsas imágenes de éxito económico, profesional etc.

Así, frente al consumidor de heroína, que es visto como un riesgo social por ser doblemente marginal ya que delinque y contribuye a la expansión del SIDA, aparece el consumidor de cocaína ocupando espacios de triunfo social. Los medios de comunicación se refieren a la cocaína como "la droga de los yuppies" o el "alimento de los triunfadores".

Esta falsa percepción, ampliada por los medios de comunicación, no se corresponde con la realidad: el consumo de cocaína, extendido casi

por igual al de la heroína, produce similares efectos y consecuencias negativas.

A pesar de que los medios de comunicación social centran su atención en los heroinómanos, estos años van a conocer la popularización y el consumo de otras drogas ilegales -como el cannabis- y legales -alcohol, tranquilizantes -; también aparecen los politoxicómanos o consumidores de varias drogas.

A mediados de los años ochenta, el Plan Nacional sobre Drogas y diversos planes sobre drogas de comunidades autónomas, se ponen en marcha para afrontar el problema de las drogodependencias, desarrollando tanto programas preventivos como creando recursos para facilitar la asistencia y la integración social de los drogodependientes.

A lo largo de los años noventa, coexistiendo con un progresivo descenso de la heroína, se popularizan formas de uso de drogas que tienen en las "drogas de síntesis" y en sus formas de poli-consumo la novedad más destacada. Los nuevos consumos no suelen llevar consigo posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucedía, frecuentemente, en etapas anteriores. Aparecen nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad.

Según señala un estudio realizado por el Instituto de la Juventud en el año 1996, "consumir drogas es un acto normal, es un acto más para adaptarse a la sociedad de consumo..." El consumo de drogas responde a una concreta dinámica de adaptación social: vivir mejor y tener más recursos significa fumar, beber o usar otras drogas. En este contexto, experimentar con drogas no se percibe como peligroso.

Asistimos a una cotidianidad y normalización del consumo y de los consumidores: son bastantes quienes empiezan a compatibilizar el uso de determinadas sustancias con una "vida normal".

Los nuevos consumidores, a diferencia de los heroinómanos, no se autodefinen como personas que tienen problemas con las drogas: son personas integradas que estudian, trabajan, que demandan drogas "limpias" que favorezcan las relaciones y permitan aguantar más horas de "marcha", de trabajo o de estudio.



## Situación actual

Los datos más recientes sobre el consumo de drogas en España se desprenden básicamente de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (población de 15 a 65 años), y de la Encuesta a la Población Escolar (población de 14 a 18 años), que se realizan cada dos años. De la encuesta realizada en el año 2000, y complementados los datos con otros extraídos de encuestas anteriores, se pueden señalar las siguientes características:

El alcohol es la sustancia más consumida por los españoles de 15 a 65 años y, junto con el tabaco, la que más problemas de salud ocasiona a sus consumidores. Aunque el consumo de esta sustancia sigue siendo muy importante, el porcentaje de consumidores diarios se ha reducido moderadamente entre 1995 y 1999. Sin embargo hay que destacar un importante incremento del consumo entre las mujeres más jóvenes ( de 15 a 19 años) con relación al año 1995.

Es una sustancia de consumo precoz. Más de la cuarta parte de los españoles de 15 a 19 años ha tenido su primer contacto con el alcohol antes de cumplir los 15 años

En cuanto a la población escolar (14 a 18 años), el consumo de bebidas alcohólicas, está claramente generalizado, si bien éste se concentra básicamente en el fin de semana. No obstante, la encuesta del año 2000 arroja cifras de consumo inferiores a las registradas en años anteriores, observándose que las chicas tienen prevalencia de consumo ligeramente más altas que los chicos; también se constata una tendencia creciente al consumo de licores de fuerte graduación.

Se confirma la existencia de un patrón de consumo de alcohol diferenciado entre los jóvenes y los adultos, consistente, en el primero de los casos, en la concentración de los consumos de alcohol durante el fin de semana, en compañía del grupo de amigos y su asociación a contextos lúdicos, mientras que entre los adultos, los consumos se realizan de forma regular a lo largo de la semana y asociados a las comidas.

En el grupo de jóvenes aumenta el número de abstemios y bebedores moderados, pero los consumidores han multiplicado por cuatro las cantidades ingeridas.

El alcohol es objeto de una gran tolerancia social, de ahí los altos niveles de consumo y la precocidad de las edades de inicio.

La preocupación social gira más en torno a las consecuencias concretas del abuso del alcohol -conflictos de violencia juvenil, accidentes de tráfico, ruidos y suciedad en las calles (el fenómeno del "botellón")- que a los problemas de índole personal, familiar, escolar o laboral que trae consigo.

El tabaco es la segunda droga más consumida por los españoles. Entre la población de 15 a 65 años se observa una ligera disminución del porcentaje de fumadores con respecto a los años anteriores. El consumo diario de tabaco es superior entre los hombres que entre las mujeres. No obstante, el porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de los hombres en los grupos de edad más jóvenes (15 a 19 años y 25 a 29 años).

En cuanto a la población escolar, el número de fumadores en el año 2000 es inferior al de 1998, si bien la prevalencia de uso de tabaco entre los sexos difiere notablemente: fuma el 34% de las chicas, frente al 24% de los chicos. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 13,1 años.

El Cannabis es la droga ilegal más consumida por la población española de 15 a 65 años y la misma tendencia se observa en el resto de los países de la Unión Europea. Los derivados más consumidos actualmente son el hachís y la marihuana. En España se consume principalmente hachís.

La evolución del consumo de los derivados del cannabis entre los años 1995 y 1999 muestra que, tras haber alcanzado un nivel máximo en 1997, se percibe un leve descenso en 1999. Los niveles de experimentación con esta droga son más elevados entre los hombres y los jóvenes de 15 a 29 años. No obstante, la encuesta del año 1999 refleja por primera vez que, en el grupo de edad de 15 a 19 años, se produce un consumo más igualado entre chicos y chicas.

En la población escolar el consumo de cannabis ocupa el tercer lugar, tras el alcohol y el tabaco. Este consumo se ha ido incrementando ininterrumpidamente desde 1994 hasta el año 2000. Los chicos presentan porcentajes de con-



sumo superiores a las chicas. La edad media en el inicio del consumo se sitúa en los 14,8 años.

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida, tras el cannabis. Entre los consumidores de 15 a 65 años crece levemente el consumo, específicamente entre los consumidores habituales. En el grupo de edad de 15 a 19 años, las mujeres registran prevalencias de consumo superiores a los varones.

En la población escolar los datos de la Encuesta señalan un incremento paulatino a lo largo de los últimos años del consumo experimental ("alguna vez"). Se constata que los chicos tienen una mayor prevalencia de consumo que las chicas. La edad media del consumo de cocaína, para este colectivo, se sitúa en los 15,7 años.

Tranquilizantes e hipnóticos. El consumo de estas sustancias continúa creciendo, en particular los utilizados bajo control médico. En la población escolar aumenta el uso entre los varones, manteniéndose estable entre las mujeres.

Drogas de síntesis. Entre la población de 15 a 65 años el consumo de estas sustancias, parece haberse estabilizado entre 1997 y 1999.

Entre los escolares se ha incrementado el consumo de drogas de síntesis entre el año 1998 y el año 2000. La edad media de inicio es de 15,6 años.

La mayoría de los consumidores de drogas de síntesis son jóvenes. La extensión del consumo se ve favorecida por el incremento de su oferta, por la imagen de sustancias poco peligrosas y atractivas, y por estar asociadas a los movidos y divertidos ambientes de fines de semana.

Heroína. El consumo de heroína experimenta desde mediados de la década de los noventa una clara tendencia descendente, asociándose este cambio a los problemas derivados del SIDA, y propiciando con ello un cambio en la forma de uso, pasando de la vía inyectada a la fumada, o esnifada.

Actualmente, la heroína no es la droga central de los jóvenes. Es utilizada, sobre todo, por personas con una media de edad entre los 30-40 años. No obstante, a pesar de su bajo consumo actual, continúa siendo la droga con más recur-

sos o programas asistenciales en su entorno, por tratarse de un colectivo de usuarios crónicos, en situación de elevado deterioro orgánico, psicológico y social.

Los alucinógenos son drogas de consumo minoritario con una marcada tendencia descendente.

### Percepción social de los problemas que causa el consumo de drogas

En general, en la población de 15 a 65 años de edad, a lo largo de los últimos años, ha aumentado progresivamente la percepción de los problemas que causa el consumo de drogas.

Entre la población escolar, con respecto al año 1998, la Encuesta de 2000 presenta una disminución en el porcentaje que considera bastante o muy problemático el consumo esporádico de las diferentes sustancias. Por el contrario, en todas las sustancias, excepto el alcohol y el cannabis (donde los porcentajes apenas varían) los escolares consideran su consumo "habitual" más problemático en el año 2000 que en 1998.

Las conductas que se asocian a menos problemas en la encuesta de 2000, son el consumo de alcohol y tabaco y el consumo esporádico de tranquilizantes y cannabis, aunque, tal y como ocurría en 1998, el riesgo asociado al consumo habitual de tabaco es mayor que el que se asocia al consumo habitual de alcohol y al consumo esporádico de tranquilizantes o de cualquier otra droga ilegal.

La *disponibilidad percibida* de las sustancias por parte de los escolares es elevada, incluso de drogas ilícitas con circuitos de distribución poco accesibles.

De manera resumida podríamos decir que la sociedad española ha reducido la sensación de alarma y el nivel de angustia ante las drogodependencias. La preocupación por el "peligro social" de la heroína y el antiguo drogadicto disminuye.

Los actuales consumidores no plantean problemas de delincuencia y se cree, de forma errónea, que los usos producen menos daños y que no desencadenan problemas.



No obstante, la situación actual no parece menos preocupante que la anterior: si bien ha descendido la alarma social, también estamos ante nuevos riesgos y nuevos problemas.

## 2.2 Imágenes sociales sobre las drogas y las drogodependencias

Nos posicionamos ante el fenómeno de las drogas desde las imágenes que tenemos interiorizadas. Esas imágenes provienen del conjunto de creencias y actitudes que respecto a las drogas y drogodependencias tiene nuestra comunidad. La percepción de su uso y de sus usuarios constituye la imagen social de las drogas. Construimos tal imagen social, y nuestro personal discurso, a través de informaciones y visiones, la mayor parte de las veces parciales y sensacionalistas, proporcionadas por los medios de comunicación social. Suelen estar cargadas de tópicos poco asociables con la realidad, o describen sólo una parte de ésta.

Es preciso incorporar a nuestra visión algunos aspectos que nos sirvan para entender más y mejor el problema. Aspectos que propicien una actitud comprometida con la prevención y más solidaria con los procesos de recuperación de las personas drogodependientes. Veamos algunas cuestiones a tener en cuenta:

- “LA DROGA”, en singular y con mayúsculas no existe. Sí, diferentes sustancias que tienen diversos efectos tanto físicos como psicológicos o sociales.
- Las sustancias o drogas no son algo diabólico en sí mismo. Para que se dé una situación de dependencia tienen que producirse determinadas circunstancias personales, familiares o sociales interrelacionadas: disponibilidad, asunción como moda del consumo, baja autoestima, presión del grupo, debilidad ante las frustraciones, situaciones problemáticas...
- La mayor gravedad de los problemas del consumo de drogas no se producen por las sustancias ilegales sino por las legales. Los problemas, enfermedades o accidentes asociados al tabaco y al alcohol son muy su-

periores a los de otras drogas.

- Está alejado de la realidad creer que las personas con un problema de drogodependencia, o bien son heroinómanos marginados y delincuentes o, por el contrario, yuppies triunfadores que consumen cocaína. Hay una enorme gama de usuarios y situaciones.
- Los consumos entre la población adolescente y juvenil suelen surgir entre iguales, dentro del grupo de amigos, y en ambientes normalizados de diversión.
- Se puede salir de un problema de drogodependencia. Eso sí, suele precisarse un apoyo profesional adecuado y un entorno personal y social que sirva de soporte y acicate.
- Prevenir no es sólo controlar las sustancias y su disponibilidad: es anticiparse a una situación interviniendo en las condiciones individuales, familiares y sociales que favorecen los inicios del consumo.

## 2.3 Aclarando algunos conceptos

Hay una serie de palabras y conceptos que suelen utilizarse cuando hablamos del tema de las drogas y las drogodependencias. Es importante resaltarlos para, aclarándolos, establecer un nivel más o menos común de entendimiento.

Todas las drogas alteran de algún modo el sistema nervioso central. Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: estimular (cocaína, anfetaminas, tabaco, drogas de síntesis...); relajar, tranquilizar o eliminar el dolor (alcohol, psicofármacos como las benzodiazepinas, heroína u otros derivados del opio); alterar la percepción sensorial (hachís, alucinógenos); aumentar o disminuir la agresividad (anfetaminas, algunos psicofármacos); potenciar la sociabilidad o la desinhibición (alcohol, cocaína, anfetaminas).

Los efectos genéricos pueden variar, sin embargo, dependiendo de la composición y pureza de la sustancia, de la dosis que se consume, de la vía de administración que se utiliza –inyecta-



da, inhalada, fumada—, de las características psicofísicas del consumidor, del tiempo que se lleve consumiendo o de la mezcla con otras drogas.

**Uso.** Modalidad de consumo que, en principio, no conlleva consecuencias negativas para la persona —ni físicas, ni psicológicas, ni sociales— por producirse en pequeñas cantidades o con frecuencia mínima. Ejemplos cotidianos son el uso de medicamentos bajo prescripción médica y el uso moderado de vino u otros alcoholes en comidas y celebraciones.

**Uso problemático o Abuso.** Es un concepto difícil de precisar pues hace referencia a las costumbres propias de cada cultura: lo que una sociedad considera permisible aparece abusivo para otra.

No obstante, el abuso puede venir determinado por el uso continuado de una sustancia, por su consumo a dosis muy altas, por su mezcla con otras sustancias. Es decir, si ocasiona problemas físicos, psíquicos y sociales a la persona.

**Dependencia.** Relación que se crea entre el consumidor y la/s droga/s que toma. Una persona es dependiente cuando siente la necesidad de consumir una/as droga/as de forma continuada y periódica, para experimentar los mismos efectos y/o sensaciones físicas y psíquicas que ésta/s le producen.

- **Dependencia física.** El organismo se habitúa a la presencia constante de una sustancia, de tal manera que necesita mantener determinados niveles de la misma para funcionar con normalidad.
- **Dependencia psíquica.** Compulsión a consumir periódicamente una sustancia, para experimentar un estado afectivo positivo o librarse de un malestar.

**Síndrome de abstinencia.** Estado que produce la interrupción brusca de una sustancia a la que se está habituado o se es dependiente. El síndrome de abstinencia puede sentirse de forma más fuerte a nivel psíquico que físico, dependiendo de las sustancias consumidas y del uso realizado.

**Desintoxicación.** Proceso que va desde el abandono del consumo de una o varias sustancias hasta su total eliminación por el organismo.

Según las sustancias, estos procesos pueden o deben realizarse bajo control médico.

**Tolerancia.** Necesidad de consumir dosis cada vez mayores, de cualquier sustancia, para alcanzar la misma sensación.

**Recurrencia (o flash-back).** Cuando se reviven pasado un tiempo, sin repetir la toma de una droga alucinógena, las alucinaciones experimentadas durante los primeros momentos.

**Bajón.** Estado físico y psíquico en que se encuentra una persona cuando empiezan a pasar los efectos de la sustancia o sustancias consumidas.

**Cortar.** Adulteración consistente en mezclar o rebajar la pureza de una droga. Es algo habitual y de resultados muy perjudiciales.

**Esnifar.** Aspirar droga por la nariz sirviéndose de algún instrumento.

**Viaje.** Experiencia “buena” o “mala” bajo los efectos de una droga alucinógena.

**Golpe de calor.** Riesgo relacionado con el consumo de éxtasis, caracterizado por un aumento de la temperatura corporal, fatiga, desorientación, calambres, agitación y pérdida de conocimiento. Puede provocar el coma y la muerte.

## 2.4 Información sobre algunas sustancias

### Tabaco

El tabaco es una planta, la *nicotiana tabacum*, originaria del continente americano. De las hojas de esta planta se obtienen distintas labores destinadas al consumo humano: cigarros puros, cigarrillos, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc...

En época precolombina, el tabaco era utilizado por algunas tribus indígenas, con fines mágico-religiosos en sus ceremonias rituales, y también se consumía, curiosamente, por sus efectos supuestamente medicinales. Los aborígenes consideraban que una tribu era “pobre” cuando no tenía tabaco.



## Qué sabemos de las drogas

Con la llegada de Colón a América, los españoles establecen el primer contacto con esta sustancia. Las plantas son traídas a España, desde donde el tabaco se extenderá por Europa, y por Asia a través de Filipinas.

Desde el primer momento, el tabaco tuvo simpatizantes apasionados y ardorosos enemigos. Su uso fue reprimido en muchos países por las autoridades; el Papa Urbano VIII excomulgaba a quienes se permitieran “abuso tan repugnante” en lugares próximos a las Diócesis.

A partir del siglo XVIII desaparecen las prohibiciones, y con el paso del tiempo la imagen del tabaco va cambiando: si en un primer momento su consumo se asoció a ambientes de bajo estatus social, más tarde será consumido, como una moda, por las clases pudientes de gustos exquisitos.

La invención de la máquina para elaborar cigarrillos, durante la Revolución Industrial, facilitó la fabricación a gran escala y contribuyó a la difusión masiva del tabaco, que hoy en día, por la mortalidad asociada a su consumo, constituye el primer problema de salud pública en nuestro país.

En el humo del cigarrillo se han identificado unos 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales, los más importantes son la nicotina, los irritantes, los alquitranes y el monóxido de carbono.

La nicotina es el alcaloide responsable de los efectos psicoactivos del tabaco y el que da lugar al proceso de dependencia por su efecto estimulante del sistema nervioso central.

La supresión brusca de la tasa de nicotina en sangre produce un síndrome de abstinencia, cuyos síntomas son, entre otros: ansiedad, irritabilidad, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, dificultad de concentración... Este síndrome puede prolongarse unos días, pero el deseo de encender un cigarrillo, en algunas personas, puede mantenerse durante años.

Los irritantes como el amoníaco y el peróxido de nitrógeno son, entre otros, los causantes de la irritación del sistema respiratorio; cuando el hábito de fumar lleva instalado mucho tiempo puede aparecer la tos típica del fumador, faringitis, mucosidad, etc.

Los alquitranes tienen una probada acción cancerígena; de entre ellos el benzopireno es inhalado por el fumador y por quienes respiran el humo tóxico que éste devuelve al ambiente.

El monóxido de carbono es un gas que tiene una gran afinidad para combinarse con la hemoglobina, disminuyendo la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.

Entre otros efectos, el consumo habitual de tabaco disminuye la capacidad pulmonar y provoca fatiga prematura.

Aunque el tabaco es una droga estimulante, la mayoría de los fumadores considera que relaja; ello se debe a que, una vez creado el hábito, el cigarrillo calma la ansiedad que provoca su falta.

El tabaquismo es considerado en la actualidad como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura. Es indudable la relación causa-efecto entre consumo de tabaco y cáncer. Otros riesgos asociados al consumo de tabaco son el infarto de miocardio y la angina de pecho.

Hasta mediados de los años 80 más de la mitad de la población española fumaba tabaco. La publicidad y los medios de comunicación han ejercido un papel muy relevante en la expansión del consumo. Fumar se asoció a situaciones de triunfo, de aventura, y de diversión, significaba “ser adulto”. A partir de la segunda mitad de los años noventa se producen cambios significativos en la aceptación social del tabaco; al igual que en otros países de nuestro entorno aparece una fuerte corriente de opinión en contra. Las reivindicaciones de la población no fumadora y la sensibilidad de las instituciones, con campañas de mentalización del no consumo, abrieron un gran debate social que produjo iniciativas para controlar la producción, distribución, venta y publicidad del tabaco.

Sin embargo, la producción, distribución y venta de tabaco ha tenido (y aún sigue teniendo) una enorme importancia económica.

### Alcohol

Representa la droga más consumida en nuestro país, de la que más se abusa y la que más problemas de todo tipo genera.



Al hablar de alcohol nos estamos refiriendo al etanol, principal componente de las bebidas alcohólicas; éstas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos inmemoriales, como lo atestiguan las numerosas referencias bíblicas al vino o los cultos a Dionisio, el dios del vino en la mitología griega.

Las bebidas alcohólicas se obtienen básicamente mediante dos tipos de procesos: la fermentación y la destilación. Dependiendo del tipo de proceso se conseguirán bebidas de diferente graduación alcohólica. La graduación de una bebida indica el volumen de alcohol etílico que contiene; así, una botella de vino de 12º contiene un 12% de alcohol puro.

Las bebidas fermentadas proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas o granos (uvas, manzanas, etc.). Son bebidas fermentadas: la sidra, el vino o la cerveza; sus graduaciones alcohólicas oscilan entre los 4º y los 12º.

Las bebidas destiladas resultan de la depuración de las fermentadas para obtener mayores concentraciones de alcohol. El vodka, la ginebra, o el ron, son bebidas destiladas; sus graduaciones alcohólicas oscilan entre 40º y 50º.

El alcohol, en contra de lo que pueda creerse, no es un estimulante del Sistema Nervioso Central sino un depresor del mismo, que produce una reducción de la actividad normal del cerebro y una alteración de sus funciones. Aunque facilita la comunicación, la locuacidad y la desinhibición, a dosis altas produce una distorsión de la percepción, de los estímulos sensoriales, de la concentración, de la atención y de la coordinación de movimientos: la disminución de reflejos cuando se conduce un vehículo causa un importante número de accidentes de tráfico.

Se llama "unidad de bebida estandar" (UBE) a la cantidad de alcohol contenida en un vaso de vino o en una caña de cerveza (alrededor de 12,5 centímetros cúbicos de alcohol puro). La investigación ha establecido un número de UBE's a partir del cual existe evidencia de riesgo para la salud. La tasa de alcoholemia es la medida en gramos por litro de sangre.

Los efectos del alcohol no sólo dependen de la cantidad y la rapidez con que se consume sino de factores como la edad, el peso o el sexo de

los consumidores: las mujeres, los niños, las personas con menor estatura y masa muscular toleran peor el alcohol.

En el plano orgánico, el abuso crónico de alcohol está asociado a diversos problemas de salud como la gastritis, la cirrosis hepática, la úlcera gastroduodenal, las cardiopatías...

El alcohol es una droga capaz de originar tolerancia, ya que, tras los primeros períodos de consumo, se produce una disminución de los efectos que varían según las personas, los tiempos y las cantidades ingeridas. Hay quienes llaman "aguantar más" a esta habituación orgánica.

Muchos alcohólicos presentan la denominada tolerancia negativa: es suficiente una pequeña cantidad de alcohol para quedar completamente ebrios.

El consumo crónico de alcohol produce dependencia física y psicológica. La falta de alcohol en un organismo habituado a su presencia suele desencadenar un aparatoso síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardia, hipertensión, pudiendo desembocar en el "delirium tremens".

La dependencia psicológica del alcohol es sentida como una necesidad apremiante de beber.

Junto a estos problemas fisiológicos, el uso constante de alcohol puede provocar trastornos psicológicos graves: pérdida de memoria, dificultades cognitivas, irritabilidad, agresividad, delirios de celos o de persecución... pudiendo llegar incluso a la demencia alcohólica.

En el núcleo familiar, el abuso crónico de alcohol produce desestructuración, pérdida de responsabilidades, aparición de crisis, malos tratos etc.

Algo que llama la atención en el alcohol es su nivel de aceptación social y las dificultades para considerarlo como "droga".

El alcohol se ha conocido en España a lo largo de casi toda la historia. En el siglo XX, el desarrollo económico y los cambios sociales lo convierten en un elemento de prestigio que indica el nivel socioeconómico de sus consumidores, aunque se generaliza entre todas las clases sociales.



## Qué sabemos de las drogas

Hasta los años 80 el consumo de alcohol se realizaba sobre todo por adultos, a diario, dentro y fuera del hogar, con las comidas, en lugares de reunión y ocio. Sin embargo, en los últimos años se han incorporado nuevas formas de consumo de alcohol alejadas del modelo de consumo tradicional adulto.

Estas nuevas formas de beber, protagonizadas sobre todo por adolescentes y jóvenes, se concretan en consumos de fines de semana, fuera del hogar, al margen de las comidas, dentro del grupo, durante encuentros y celebraciones... Salir y beber aparecen encadenados: se bebe cuando se sale. El uso del alcohol queda asociado a espacios de encuentro y tiempos de disfrute, diversión y libertad.

Los lugares juveniles más habituales son los bares, pubs, discotecas y, con mucha frecuencia, la calle; y las bebidas preferidas son: el vino (en forma de "calimocho"), la cerveza, y los licores de alta graduación tipo "chupitos".

Al tiempo que la sociedad, han cambiado los estilos de vida y las maneras de divertirse de los adolescentes y jóvenes. Es muy significativo el papel que pasa a ocupar el alcohol en los procesos de socialización: el consumo se convierte en un elemento de identificación con el grupo de iguales, de compañeros. La norma es "beber alcohol con los amigos". El grupo ejerce una presión y una influencia para que todos sus miembros consuman.

*"Beber tiene que ver con la disidencia, con la emancipación, con la necesidad de marcar distancias con respecto al mundo de lo establecido. Se trata de formas de relación y de socialización, de nuevas formas de vida social". (Jaime Funes)*

Sin embargo, y a pesar de todo lo expuesto, las últimas investigaciones apuntan un incremento del número de jóvenes que no se ajustan al patrón de consumo y se "resisten" a convertirse en usuarios de alcohol.

### Fármacos

Los fármacos, o psicofármacos, están integrados por varios grupos de medicamentos que, producidos en laboratorios farmacéuticos en cantidades industriales, se regulan y venden legalmente.

Existen psicofármacos depresores del Sistema Nervioso Central, y psicofármacos estimulantes del mismo; entre los primeros, destacan los barbitúricos y las benzodiazepinas, entre los segundos, las anfetaminas.

Consumidos generalmente por vía oral, los barbitúricos se prescriben para tratar el insomnio nervioso severo, algunas formas de epilepsia y determinados desórdenes psicológicos. En dosis bajas provocan sensaciones de tranquilidad y ayudan a conciliar el sueño.

El consumo prolongado de barbitúricos puede producir anemias, depresión, descordinación motora, entorpecimiento del habla, etc; facilitando la instauración de tolerancia y dependencia.

La utilización de barbitúricos ha disminuido de forma considerable. En la actualidad, el consumo de barbitúricos está siendo sustituido por las benzodiazepinas (tranquilizantes e hipnóticos); éstas presentan mayor margen de seguridad y menos efectos secundarios.

Comercializadas con diversos nombres como: valium, rohipnol, orfidal, trunkimazin, tranxilium o lextatín, las benzodiazepinas se indican para el tratamiento de estados de ansiedad e insomnio. En ocasiones producen desinhibición: el usuario se muestra locuaz, excitable o incluso agresivo.

Las benzodiazepinas se consumen por vía oral y tienen la capacidad de desarrollar tolerancia y dependencia tras un uso prolongado. Su consumo en dosis elevadas provoca náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación motriz, etc.

Tanto los barbitúricos como las benzodiazepinas incrementan sus efectos si se consumen mezcladas con alcohol pudiendo conducir a una sobredosis.

Llama la atención cómo los consumidores habituales de todos estos psicofármacos, hombres y mujeres adultos, no suelen ser conscientes de su adicción y socialmente evitan la consideración de dependientes.

Las anfetaminas fueron producidas sintéticamente a finales del siglo XIX en laboratorios alemanes y usadas, médicamente por primera vez en 1935, en forma de bencedrina para tratar pro-



blemas de asma, obesidad y narcolepsia (forma severa de somnolencia diurna).

La principal acción de las anfetaminas es estimular el Sistema Nervioso Central produciendo un estado de euforia, con sensación de autoestima aumentada, agresividad, alerta, vigilancia y aumento de energía, disminuyendo la sensación de sueño y de hambre -aunque de forma más leve, sus efectos son parecidos a los de la cocaína-.

Las anfetaminas fueron administradas de forma masiva a los soldados en los conflictos bélicos del siglo XX, a fin de combatir la fatiga o el hambre y mantenerlos alerta durante las batallas.

En España, las anfetaminas se generalizan durante la Guerra Civil extendiéndose entre diversos colectivos para aumentar el rendimiento en numerosas actividades. Uno de los efectos de estas sustancias es su capacidad de incrementar el nivel de atención y concentración en tareas concretas, por esta razón su uso estuvo muy difundido en el ámbito estudiantil.

Durante los años 60, dada la facilidad de obtención en España, serán conocidas popularmente como la "píldora española". Fueron durante décadas las drogas químicas de mayor consumo en nuestro país hasta que en 1983 se reguló su venta en farmacias.

En la actualidad, el mercado negro se abastece de "anfetás" (anfetaminas en argot) generalmente de baja pureza, producidas en laboratorios químicos clandestinos donde se "cortan" (mezclan) con sustancias como la cafeína o el paracetamol.

Generalmente se presentan en forma de pastillas o comprimidos que se consumen por vía oral, aunque esta sustancia también puede aparecer en cápsulas y en polvo para administrarse inyectada o esnifada. Una de las anfetaminas más conocidas es el sulfato de anfetamina, conocido en argot como speed (del inglés "velocidad").

Estos psicofármacos tienen gran nivel de tolerancia y presentan dependencia, sobre todo psicológica.

Los efectos inmediatos del consumo de anfetaminas sobre el organismo son, entre otros: sudoración, aumento de la tensión arterial, taquicardia, falta de apetito; en ocasiones se presen-

tan muecas exageradas y anormales de la mandíbula o movimientos estereotipados. A largo plazo, además de un intenso agotamiento, pueden producir hipertensión, arritmia, colapso circulatorio y trastornos digestivos.

En el plano psicológico, el consumo crónico de estos psicofármacos produce graves trastornos de salud mental: cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia con delirios persecutorios y alucinaciones, depresiones severas, etc.

### Cannabis

De la planta *cannabis sativa*, que se cultiva desde hace miles de años, tanto por la fibra de cáñamo como por sus propiedades psicoactivas, se derivan el hachís y la marihuana.

Su consumo ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales siendo usada con fines medicinales, religiosos y lúdicos.

La marihuana, en argot "yerba", "maría", "grifa", se elabora con las flores y las hojas de la planta trituradas; fumada sola o con tabaco constituye la forma más típica de utilización.

En España se consume principalmente hachís, procedente en su mayoría de los cultivos del norte de Marruecos.

El hachís, en argot "costo" o "chocolate," se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra que, una vez prensada, forma una tableta de pasta compacta de color marrón, semejante a una tableta de chocolate, y cuyas porciones (chinas) son calentadas, ablandadas, mezcladas con tabaco rubio y fumadas en un cigarro conocido con los nombres de: "porro", "canuto", "peta"...

El hachís produce tolerancia y dependencia, sobre todo psicológica. La toxicidad potencial del hachís es mayor que la de la marihuana.

Los efectos físicos y psicológicos del hachís comienzan con una inicial sensación de euforia y bienestar; tras estos efectos puede aparecer depresión generalizada, relajación y somnolencia; en dosis altas puede alterar la percepción visual y auditiva, así como provocar trastornos en la memoria y disminuir la capacidad de concentración.



Sobre los efectos del cannabis existe una opinión controvertida. Es preciso decir que éstos pueden modificarse por la influencia de varios factores: las características de la persona, su estado fisiológico, su constitución y estado psíquico, su motivación al consumo, sus fantasías acerca de las sensaciones que espera tener, y los peculiares factores físicos y sociales del ambiente.

La mayor extensión del consumo de derivados del cannabis en España, tuvo lugar durante los años sesenta-setenta, vinculado a movimientos contraculturales y reivindicativos de un nuevo orden social más justo y pacífico.

Durante los años noventa el hachís y la marihuana se fueron despojando de estas connotaciones ideológicas y políticas y perdieron su aureola de droga, aunque conservando gran importancia en muchos ambientes de ocio.

Actualmente, en nuestro país, es la droga ilegal más consumida y la que goza de mayor tolerancia social: siempre lidera las propuestas de legalización y liberalización. La legalización del cannabis cuenta con un apoyo del 29% de la población española.

El peso del cannabis en las admisiones a tratamiento por consumo de drogas en España está creciendo en los últimos años, pasando de representar el 3% de las admisiones registradas en 1996 al 5,6% en 1999.

Últimamente se ha generado una gran confusión sobre el uso terapéutico de los derivados del cannabis. En ocasiones, se ha pretendido relacionar la posible capacidad terapéutica de la marihuana con la supuesta bondad de su consumo. Sin embargo, nada tiene que ver la investigación médica —aún en fase inicial— con los consumos recreativos del hachís y la marihuana.

### Alucinógenos

Conocidas también como “psicodélicas”, los alucinógenos son drogas que distorsionan la percepción del mundo por parte del consumidor.

Los alucinógenos han sido utilizados desde tiempos remotos en ceremonias rituales de corte sagrado; sus efectos sobre la percepción de la realidad se interpretaban como una forma de contacto con la divinidad.

Algunas drogas alucinógenas proceden directamente de las plantas, generalmente de hongos, mientras que otras se fabrican en laboratorios.

Entre los alucinógenos vegetales más conocidos destaca la mescalina. Esta sustancia, usada ya por los aztecas, se extrae del cactus del *Pe-yote* que crece en las zonas desérticas de México.

El LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es un producto sintético que se obtiene del cornezuelo de centeno, hongo parásito que se encuentra en las espigas de este cereal.

Esta droga fue descubierta casualmente en 1938 por el químico Albert Hofman, cuando investigaba el cornezuelo de centeno. El LSD es una droga muy potente a dosis mínimas; sus propiedades psíquicas se pusieron de manifiesto cuando Hofman ingirió accidentalmente unos pocos microgramos que le sumieron en un estado alucinatorio.

Los experimentos con este alucinógeno consistieron en un intento de facilitar la terapia a determinados pacientes. En dosis bajísimas se utilizó en el tratamiento del alcoholismo crónico, hasta que se comprobó que los efectos producidos eran imprevisibles e incontrolables.

El LSD, en argot “ácido” o *tripi* (de inglés trip: viaje) está considerado como el alucinógeno por excelencia.

El uso de LSD se generalizó durante los años 60. Los seguidores de la contracultura norteamericana quedan prendados de las experiencias vividas bajo los efectos del “ácido”: las sensaciones de éxtasis, de armonía universal, explican el carácter de búsqueda mística atribuida al “viaje”.

Las dosis de LSD se consumen por vía oral y se presentan de diversas formas: tabletas, micropuntas, hojas de papel secante sobre el que se ha impregnado la sustancia... estas hojas de papel se “decoran” con motivos diversos a modo de sello o calcomanía.

Los alucinógenos tienen la propiedad de provocar modificaciones sensoriales más o menos importantes- los objetos parecen desplazarse, las paredes “respiran” los colores se hacen más luminosos o “se oyen”.



Los efectos de los alucinógenos pueden ser completamente diferentes cada vez que se tomen. La experiencia, “el viaje”, puede producir ilusiones y sentimientos que van desde la alegría y el placer, hasta el pánico y la persecución con alucinaciones terroríficas (“malos viajes” -*bad trip*-), van acompañados de ansiedad e ideas de persecución, palpitaciones, escalofríos y sudoración.

El peligro del LSD no es tanto la toxicidad, pues no existen pruebas de daños físicos causados por abuso, como su capacidad de desencadenar un trastorno psicológico grave. Después de un “viaje”, el consumidor puede sufrir ansiedad, brotes psicóticos, estados de confusión y procesos delirantes.

Uno de los mayores peligros en relación con el consumo de LSD, lo constituye el llamado “flash back” o repetición súbita y transitoria de anteriores experiencias alucinatorias, que se manifiestan semanas después de haber consumido pero sin consumir de nuevo. Este efecto destaca entre los exconsumidores como uno de los principales motivos para abandonar su consumo.

### Heroína

Los opiáceos están integrados por un conjunto de sustancias que proceden del opio, producto natural de un tipo de amapola (*la papaver somniferum*), conocida desde hace más de seis mil años. Crece en países como Pakistán, Tailandia y China.

El primer derivado del opio fue la morfina, aislada por químicos alemanes en 1806, con fines terapéuticos. La morfina es un potente analgésico que recibe su nombre en recuerdo de Morfeo, dios griego del sueño. (Hoy en día es utilizada ampliamente en contextos médicos -enfermedades terminales y graves traumatismos-)

La morfina resultó ser un producto con aplicación médica de gran utilidad, sin embargo, las altas dosis administradas a los soldados heridos en las guerras durante el siglo XIX, dieron lugar a la aparición de los primeros morfinómanos.

El gran potencial adictivo de la morfina impulsó la necesidad de encontrar un nuevo fármaco que tuviera su misma capacidad analgésica

pero que no generara dependencia. Así, en 1874 la compañía farmacéutica alemana Bayer, partiendo de la morfina sintetizó la heroína.

Se creyó, erróneamente, que la heroína carecía de efectos secundarios adversos y que serviría para tratar a los dependientes de la morfina pero resultó mucho más adictiva que la propia morfina.

Mediados el siglo XX se comercializó la metadona para el tratamiento de los heroínomanos; después han venido apareciendo otros derivados como la codeína y la buprenorfina.

La heroína es una droga depresora del Sistema Nervioso Central, cuyo efecto inmediato es una intensa sensación de placer (“flash”) y alivio de cualquier malestar o tensión, pero a largo plazo provoca inestabilidad emocional.

Esta droga presenta una gran tolerancia, en función de la cantidad y frecuencia del consumo, y, como el resto de opiáceos, alta dependencia: la falta de heroína, en un organismo habituado a su presencia, puede producir en ocasiones un importante síndrome de abstinencia, (conocido en argot como “mono”) y que se supera sin riesgo para la salud.

Los riesgos más frecuentes del consumo de heroína en el plano orgánico, son los siguientes: adelgazamiento, caries, anemia, insomnio, e impotencia sexual en el varón y alteraciones del período menstrual en la mujer.

La heroína actúa sobre el sistema inmunológico deprimiéndolo, aumentando de esta forma las enfermedades oportunistas y, en general, todas las infecciones (hepatitis, endocarditis...). No obstante, se debe puntualizar, que una parte importante del grado de deterioro físico de los heroínomanos, tiene relación directa y exclusiva con la situación social, el estilo de vida, las condiciones higiénico-sanitarias de cada consumidor, y con la adulteración de la droga mediante productos tóxicos.

En el plano psicológico los riesgos asociados al consumo de heroína son, entre otros: alteraciones cognitivas -problemas de memoria- alteraciones de la personalidad, suspicacia- que puede dar pie a conductas violentas- trastornos de ansiedad y depresión.



## Qué sabemos de las drogas

La gran dependencia psicológica que produce el consumo de heroína hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a esta droga. La necesidad de obtener dinero para adquirir las dosis incide directamente sobre la capacidad delictiva del heroinómano.

A principios de los años setenta, la heroína, "caballo" en argot, irrumpió con fuerza en los ambientes universitarios españoles desde donde se fue extendiendo hacia colectivos sociales diversos.

Hasta los años 90 la heroína se consumió fundamentalmente inyectada. El uso compartido de jeringuillas contribuyó a la expansión del virus de inmunodeficiencia humana, responsable del SIDA y de otras infecciones de devastadoras consecuencias para los heroinómanos.

Por estos años la alarma social en torno a las drogas se centra en la heroína, asociada a imágenes de marginación, delincuencia, inseguridad ciudadana, deterioro físico y psíquico, irrecuperabilidad y muerte. El consumidor de heroína por vía intravenosa pasa a ser el estereotipo del drogodependiente: marginado, procedente de las clases más desfavorecidas, delincuente y enfermo peligroso.

Durante muchos años se relacionó el consumo de heroína con los estratos socioeconómicos más bajos; sin embargo la generalización del consumo ha contribuido a su presencia en todas las clases sociales; se puede decir que el consumo de heroína une a personas de diferentes clases y estamentos socioeconómicos.

Desde mediados de la década de los noventa el consumo de heroína experimenta una clara tendencia descendente. Se abandona la vía de consumo intravenosa, como consecuencia de la propagación del virus responsable del SIDA, generalizándose la vía fumada (en argot hacerse un chino).

Hoy, la heroína, ya no es la droga central entre los jóvenes. Aunque todavía siguen existiendo personas con numerosos y graves problemas sociales y personales, numerosas investigaciones han constatado, que un número importante de drogodependientes han abandonado el consumo de esta sustancia, lo que contradice la idea de irrecuperabilidad del heroinómano.

Sin embargo, y a pesar de su bajo consumo actual, la heroína sigue siendo la droga que más trabajo da a los recursos de asistencia a drogodependientes, por tratarse de un colectivo de usuarios crónicos con variadas patologías y carencias sociales.

En los programas especiales para el tratamiento de la dependencia de la heroína se está utilizando la metadona como estrategia de sustitución controlada.

La metadona, como sustitutivo se justifica por la necesidad de combatir el VIH responsable del SIDA (la metadona no se inyecta, se bebe como un jarabe), para reducir el consumo de heroína y para mejorar la calidad de vida de las personas que tienen mayores dificultades de realizar otros tratamientos alternativos.

### Cocaína

La cocaína procede de una planta, la *Erythroxylon coca*, cultivada desde hace siglos, principalmente, en los países del altiplano andino (Colombia, Bolivia y Perú).

En las hojas de esta planta se contienen sustancias farmacológicamente activas. Las poblaciones indígenas han mascado estas hojas desde siempre para liberar así su principio activo y obtener sus beneficios. Según una leyenda inca, el dios sol les regaló la coca "para que nunca más sufrieran ni hambre ni cansancio".

Este consumo tradicional indígena, que aún hoy se mantiene, apenas produce consecuencias adversas ya que, mascando las hojas, se absorben cantidades muy pequeñas de esta sustancia. Pero este consumo ancestral de las poblaciones indígenas, no tiene nada que ver con los patrones de consumo dominantes actualmente en los países desarrollados.

A finales del siglo XIX se consigue aislar el principio activo de esta planta, un alcaloide al que se denominó "cocaína" (en argot, "nieve", "farlopa").

El interés por la nueva sustancia fue en aumento y comenzó a comercializarse a gran escala, convirtiéndose en un remedio "infalible" y en una prescripción forzosa para casi todo tipo de dolencias. Incluso fue durante diecisiete años el componente más popular de la Coca-



Cola, hasta que en 1914 se prohíben en Norteamérica las bebidas y productos que contuvieran cocaína.

La prohibición se extendió a otros países y el patrón de consumo limitado perduró durante la primera mitad de este siglo.

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

- Clorhidrato de cocaína: conocida popularmente como cocaína, es la forma principal de consumo en Europa. Presentación normal, en polvo, se consume fundamentalmente, por inhalación (esnifada).
- Sulfato de cocaína (pasta de coca, también conocida como basuko) que se fuma mezclada con tabaco o marihuana.
- Cocaína base (crack), también se consume mezclada con tabaco.

En España y los países de su entorno, el consumo de basuko y crack es absolutamente minoritario.

En nuestro país, la cocaína es la segunda droga ilícita más consumida tras el cannabis; y, al igual que ocurre con las anfetaminas, es utilizada, generalmente, para aguantar más horas sin dormir durante los fines de semana.

Es difícil aplicar a la cocaína el concepto de dependencia y tolerancia. Sí parece cierto, en muchos consumidores, que se produce una tendencia a aumentar la frecuencia: se trata de una droga fuertemente estimuladora de la repetición.

Puede decirse que, en dosis moderadas, la cocaína es un estimulante de la actividad psíquica y motriz, reduciendo la sensación de fatiga y disminuyendo el apetito. Produce, además, una especial claridad perceptiva y una tendencia a la actividad. La cocaína ha sido considerada como la droga de la lucidez, de la euforia, de la "marcha".

El uso continuado puede desembocar en importantes situaciones de trastorno psíquico, con riesgo de sobredosis dado que no presenta síntomas orgánicos de tolerancia. Por otra parte, la supresión del consumo suele provocar somnolencia, depresión e irritabilidad.

Durante mucho tiempo la cocaína se popularizó entre las clases sociales más acomodadas, asociándose a niveles económicos y sociales medios-altos. Sus efectos, la creencia de que se trata de una droga "segura", y la aparente ausencia de riesgos al consumirla, le han valido sobrenombres como "la droga de los ejecutivos", "el polvo de oro", etc.

Aunque la cocaína ha sido considerada una droga "sin riesgos", puede producir psicosis paranoide, depresión, insomnio, dificultad de concentración... Siempre en relación con cuánto se consume y desde cuándo se lleva consumiendo de manera sistemática.

Actualmente el consumo de cocaína se ha generalizado, alcanzando a todos los estratos sociales, y, en los países desarrollados se observa una clara tendencia ascendente.

En relación con la cocaína se han identificado diferentes tipos de consumidores: los que la usan en contextos de fiesta, los que lo hacen para contrarrestar los efectos negativos de la hiperactividad- traspasar, cansancio, abuso de alcohol- los vinculados a un ámbito laboral en el que necesitan reforzar estímulos y capacidades competitivas, y los que pertenecen a ciertos ambientes de élite en los que la droga, fácilmente disponible, suele ser signo de distinción.

Pero existe, además de éstos, otro tipo de consumidor: el que tiene o ha tenido una relación con la heroína: exheroínómanos que ahora consumen cocaína, o personas que buscan combinar los efectos relajantes de la heroína con los efectos estimulantes de la cocaína.

En la España de los 90 resulta prácticamente imposible hablar de cocaína sin establecer una relación directa con la heroína. Según diversos expertos, se tiende a una sustitución de la heroína por la cocaína, que terminará como sustancia más consumida, droga predominante y grave problema social.

### Drogas de síntesis

Esta denominación agrupa un amplio conjunto de sustancias obtenidas por síntesis química en laboratorios clandestinos.

No son drogas nuevas, ni originales, generalmente se trata del redescubrimiento con fines re-



creativos de productos abandonados por la industria farmacéutica por carecer de uso terapéutico o por sus efectos secundarios.

Dentro del amplio grupo de drogas de síntesis, las grandes protagonistas actuales son las de acción estimulante. La más usual es el éxtasis, nombre popular con el que se conoce fundamentalmente la MDMA (metilenodioximetanfetamina) pero sirve también para designar otra serie de sustancias análogas: MDEA o “eva”, MDA o píldora del amor, etc. Todas ellas derivados anfetamínicos con componentes químicos semejantes a algún alucinógeno.

El éxtasis se sintetizó por primera vez en 1912 en los laboratorios farmacéuticos alemanes Merk. Se encontró en un programa rutinario de investigación sobre nuevas sustancias y tras unas pruebas iniciales, se deja a un lado por no presentar interés médico ni utilidad comercial.

Durante la década de los 50, el ejército norteamericano experimentará con esta droga intentando encontrar una especie de “suero de la verdad” aplicándola en interrogatorios a prisioneros.

El uso químico del éxtasis se redescubrió en 1967. Se comienza a utilizar sobre todo en psicoterapia para tratar determinados problemas, sobre todo en personas con bloqueo afectivo que habían sufrido algún tipo de trauma y tenían dificultades de comunicación.

A finales de los años setenta se hace evidente la expansión del uso recreativo de MDMA en diversos ambientes universitarios y contraculturales norteamericanos. En 1985 se incluye en la lista de sustancias controladas en EE.UU., es decir pasó a ser considerada una droga muy peligrosa sin reconocimiento terapéutico legítimo.

La sustancia se prohibió, pero las protestas de algunos médicos y psiquiatras que experimentaban con ella, originó una enorme polémica recogida por los medios de comunicación que contribuyeron así a la gran campaña publicitaria para el éxtasis que, en 1986, ya se populariza por Europa.

La popularización de estas sustancias surge en España con la llamada ruta del Bakalao a principios de los años noventa. Así lo conoció la mayoría de la gente, dando el salto de un consumo reducido de minorías a convertirse en algo mucho más popular y más extendido.

La expansión del consumo de éxtasis (en argot pastillas, pastis o pirulas) coincide con un momento social de rechazo profundo y unánime hacia la heroína y los heroinómanos. Se presentan como algo inofensivo, seguro, limpio (no hay que esnifar ni inyectar) y sintonizan con los estilos de vida que se atribuyen a la juventud: esa supuesta inseparable asociación entre ser joven, divertirse de noche y consumir drogas.

Aunque el mercado de éxtasis sea un mercado ilegal existe un cierto marketing que ha facilitado su extensión y consumo: el formato en pastilla, asociada desde la infancia a algo que cura hace que se vea como algo normal, seguro; además, su presentación en diferentes colores y tamaños, y el hecho de que cada laboratorio marque las pastillas con su dibujo característico, convierte también este mercado en un mercado de marcas, en donde consumir ciertas pastillas tiene más prestigio que consumir otras: las pastillas pierden el nombre genérico y toman el de los distintivos: elefantes, 007, mitsubishi, buda, hamburguesas...

Aparte de la imagen segura y del marketing de las pastillas, son los efectos de esta sustancia los que la han hecho tan popular: junto con el efecto estimulante, el éxtasis origina una alteración de la percepción produciendo la sensación de desinhibición, de facilitar las relaciones con los demás. Su uso se ha ido extendiendo por tener un precio asequible y por la percepción de ser una sustancia que mantiene despierto, que ayuda a bailar, que aumenta la sensibilidad y que da “buen rollo” con los amigos.

Así, los consumidores manifiestan que les produce emociones positivas, favoreciendo la comunicación y la amistad. Son estimulantes, sensuales y afrodisíacas; además “parecen controlables y poco peligrosas”, pues (aparentemente) no producen adicción como la heroína.

Sin embargo, no son drogas inocuas. Al ser sustancias estimulantes, su uso más o menos prolongado conlleva un alto grado de hiperactividad imposible de mantener física y psicológicamente de forma indefinida. Para retornar es necesario recurrir a depresores, lo que puede acarrear otro consumo peligroso y otra combinación paradójica.

Como otros estimulantes, el éxtasis reduce la sensación de sueño y de apetito, por lo que su



consumo puede llevar a pérdidas de peso importantes, incluso con riesgo de anorexia.

Pero aparte tiene otros efectos; el consumo de éxtasis produce una fiebre artificial que dura unas horas y consecuentemente eleva la temperatura corporal, esto, unido a horas de baile en un local lleno de gente, donde la temperatura se va elevando, puede desembocar en lo que se conoce como golpe de calor: una congestión debida al aumento de temperatura del cuerpo. La deshidratación y el golpe de calor pueden provocar la muerte.

Por otra parte, el éxtasis consumido en grandes dosis produce microcoagulaciones, es decir, pequeños coágulos en la sangre que pueden llegar a bloquear simultáneamente el funcionamiento de riñones, corazón, hígado... produciéndose la muerte por fallo multiorgánico.

Los efectos de esta sustancia cambian mucho en función, entre otros factores, de cómo y con qué se consume. También la frecuencia de uso es muy variable: la mayoría de los consumidores la probaron en alguna ocasión especial, otros consumen durante los fines de semana, sin embargo, también se han constatado consumos compulsivos entre semana.

Además suele ser objeto de una importante adulteración, y en la mayoría de los casos, se venden como éxtasis otras sustancias diferentes –pueden ser más peligrosas– por eso algunos de los problemas de esta droga de apariencia “limpia” son precisamente el de las múltiples y desconocidas mezclas de efectos poco conocidos para el organismo.

Las drogas de síntesis producen tolerancia: es preciso recurrir a dosis cada vez mayores pa-

ra lograr los mismos efectos. Después de varias semanas, algunos consumidores aumentan por diez la dosis de una sola noche.

Parece que a largo plazo el consumo de éxtasis tiene una toxicidad de tipo acumulativo; puede provocar brotes depresivos y una serie de problemas psíquicos a medio y largo plazo. Estudios realizados a finales de los años 90, indican riesgos sobre la salud y específicamente sobre el sistema nervioso de imprevisibles consecuencias.

Aparte del éxtasis, últimamente en España se han constatado algunos usos de otras drogas de síntesis, entre ellas, la ketamina y el GHB, las cuales, a pesar del tratamiento mediático recibido, no parecen estar teniendo un especial arraigo en nuestro país.

La ketamina es un potente anestésico que provoca efectos de disociación del entorno, con intensa analgesia y amnesia. Tiene también efectos “psicodélicos” muy potentes que pueden llegar a producir visión doble y dificultad para moverse y hablar. Puede producir parada cardiorespiratoria.

Droga de difícil clasificación, el GHB, conocido también como “éxtasis líquido”, es un anestésico depresor que se usa, sin embargo, para estimular la hormona del crecimiento. Se ha usado ilícitamente entre culturistas y deportistas para aumentar su rendimiento y actualmente se emplea como analgésico para caballos.

Entre los múltiples riesgos, señalaremos que el consumo de GHB puede provocar una depresión respiratoria.



### A MODO DE RESUMEN

- El alcohol es la droga de mayor uso en nuestra cultura. Su peligro no reside sólo en la graduación concreta de una bebida o combinado, sino también en la capacidad que cada individuo tiene para absorberlo y eliminarlo. Produce alteraciones de las funciones cerebrales y reduce su normal actividad.
- La cannabis puede, en dosis altas, afectar las percepciones visuales y auditivas. Su efecto inicial es de euforia, después produce sedación.
- La cocaína posee un alto riesgo de tolerancia y sobredosis. Tomada mucho o durante largo tiempo puede provocar alteraciones psíquicas importantes.
- Los opiáceos, en general, producen un alto grado de dependencia. La heroína, el más consumido ilegalmente, altera la transmisión neuronal.
- Las drogas de síntesis han sido creadas partiendo de otras, especialmente anfetaminas y metanfetaminas, en los laboratorios farmacéuticos.
- Las pastillas son peligrosas por su gran impacto numérico y los efectos que producen sobre el estilo de vida de los adolescentes. Son las drogas más fáciles de adquirir y las de mayor facilidad de uso.
- Las pastillas pueden producir efectos tóxicos sobre el cerebro y afectar a la psiquis de manera permanente.
- Algunas pastillas pueden producir alucinaciones. El LSD es la sustancia alucinógena por excelencia: esta dietilamida del ácido lisérgico sintetizada del hongo del centeno produce efectos psíquicos en dosis ínfimas (microgramos).
- Las anfetaminas producen sensaciones de desaparición del cansancio y aumento del rendimiento físico y psíquico.
- Se considera speed a la anfetamina o metanfetamina en polvo que puede ingerirse o esnifarse, y éxtasis a la variante anfetamínica ingerida. Cada una produce efectos diferentes: más "marchosos" la primera, más euforizantes la segunda.
- Si se consumen drogas es fundamental ingerir líquidos, pues su consumo provoca una gran pérdida de agua corporal.
- El abuso continuado de drogas puede dar lugar a conductas paranoicas, psicosis y pérdida del contacto con la realidad.

*"Drogas y Adolescentes". Funes Artiga, J. Editorial Aguilar, 1996.*



### 3. El consumo de drogas en Asturias

La situación del consumo de drogas en Asturias es similar a la española. La “Encuesta Domiciliaria de Drogas” realizada a la población de 15 a 65 años ( año 1999 ), y la “Encuesta de Drogas a la población escolar” de 14 a 18 años, realizada en el año 2000, nos acercan a una información más actualizada sobre el consumo de drogas en la Comunidad Autónoma, según se desprende del “Informe número 1” del **Observatorio de Drogas para Asturias** (año 2001):

#### El tabaco

- El consumo de tabaco representa uno de los mayores problemas de salud, tanto por su extensión como por la importancia de las patologías que ocasiona.
  - Uno de cada tres asturianos adultos consume tabaco diariamente. En Asturias, ha aumentado la prevalencia estimada del consumo diario de tabaco al contrario que en España, que ha disminuido.
  - Entre la población adulta (15 a 65 años) el porcentaje de fumadores es mayor entre los varones que entre las mujeres. Sin embargo, entre los jóvenes (14 a 18 años) esta relación se invierte y las mujeres superan a los hombres.
  - El consumo de tabaco se inicia fundamentalmente en la adolescencia. La edad

promedio de consumo del primer cigarrillo de tabaco, entre los adolescentes, está en los 13 años.

- El consumo de tabaco en los centros docentes de enseñanza secundaria asturianos es similar a la población general: el 37% de los profesores son fumadores de los cuales el 26% lo hace diariamente, cifra ligeramente inferior a la de la población general.
- Entre los docentes fumadores, un 70% reconoce que fuma en el recinto escolar y un 21% de ellos fuma delante de sus alumnos.
- Tres de cada cinco jóvenes entre los 14 y los 18 años ya han probado el tabaco y el 35 % de ellos fuma de modo habitual. Ese porcentaje ha pasado del 25 % al 35 % en el año 2000.
- El consumo de tabaco genera un gran mercado; los ingresos estimados por la venta de tabaco en Asturias en el año 2000 fueron de casi treinta mil millones de pesetas.

#### El alcohol

- La gran mayoría de los asturianos entre 15 y 65 años de edad, ha consumido alguna vez bebidas alcohólicas.



- Entre la población de 15 a 65 años, el consumo diario de alcohol en Asturias es más de tres veces superior en varones que en mujeres.
- Más de un 1% de los adultos asturianos (15 a 65 años) es un bebedor abusivo durante los días laborables y casi un 5% lo es en fines de semana.
- Entre los adultos asturianos las bebidas más consumidas son el vino y la sidra (o la cerveza).
- El consumo de alcohol por parte de los adolescentes asturianos de 14 a 18 años los fines de semana es muy superior al que realizan a diario. Los adolescentes consumen, fundamentalmente, combinados, cerveza o sidra.
- Según los datos de la encuesta de drogas a población escolar del año 2000, el 33% de los adolescentes asturianos tuvieron algún problema derivado del consumo de alcohol: accidentes, peleas, detenciones policiales, agresiones. Este porcentaje ha aumentado comparado con los datos de la misma encuesta realizada en el año 1998.

### Otras drogas

- El consumo de otras drogas en Asturias es claramente inferior al consumo de tabaco y alcohol pero representa un problema de salud y social importante.
- Según la encuesta del año 1999, el 1,8% de la población asturiana entre 15 y 65 años de edad había tomado tranquilizantes sin prescripción médica durante el último año y menos de un 1% somníferos.
- Entre los escolares asturianos, de 14 a 18 años, el 9% en la encuesta del año 2000, declaraba haber consumido alguna vez tranquilizantes o somníferos sin prescripción médica.
- Entre las drogas consideradas ilegales, la consumida con más frecuencia para el conjunto de la población asturiana viene representada por los derivados del cannabis -hachís, marihuana- seguida a gran distancia por la cocaína.
- El consumo de cannabis en Asturias se incrementa ligeramente en los últimos años. Según la encuesta del año 1999, más de uno de cada cinco asturianos de edades entre 15 y 65 años había consumido alguna vez hachís o marihuana.
- Los datos de la encuesta anteriormente citada también indican que: uno de cada treinta asturianos ha consumido alguna vez cocaína, menos de uno de cada cien declara haber consumido heroína alguna vez en su vida, y, casi un tres por ciento ha consumido, en alguna ocasión, anfetaminas, alucinógenos o éxtasis.
- En los más jóvenes el patrón de consumo es algo diferente al de los adultos; entre los adolescentes asturianos existe una proporción importante de consumidores habituales de derivados de cannabis y destaca también, aunque en mucha menor medida, el consumo de alucinógenos, anfetaminas y cocaína.
- Según los datos de la encuesta del año 2000, entre la población escolar asturiana de 14 a 18 años, el 37% de la misma había probado cannabis, y casi la mitad de los escolares varones de 18 años de edad había consumido esta sustancia durante el mes anterior a la encuesta.
- La misma fuente también señala que uno de cada diez adolescentes consumió alguna vez alucinógenos, el 8,6 % anfetaminas o speed y un 3,1% consumió cocaína en alguna ocasión. Sólo el 1,6% de los escolares declara haber probado la heroína alguna vez..
- En la encuesta del año 2000 también se observa que el consumo de éxtasis en nuestra región es relativamente escaso: el 4,8% de los adolescentes consumió éxtasis alguna vez, y sólo un 1% consumió dicha sustancia en el mes anterior a la encuesta.
- Entre los jóvenes, el consumo de éxtasis fue con motivo de ocasiones especiales (celebraciones de fin de año, cumplea-



ños, fiestas locales, etc... en el 60% de los casos) y el lugar de consumo más habitual tuvo lugar en discotecas, salas de fiestas y alrededores.

- Entre los objetivos del consumo de éxtasis, los adolescentes varones señalaron: el no dormir, divertirse y experimentar con nuevas sensaciones.

### 3.1 Consecuencias del consumo de drogas en Asturias

Entre los problemas sanitarios y sociales del consumo de drogas en nuestra región, podemos señalar:

Cada año existe un número considerable de personas que fallecen por causas directamente relacionadas con las drogas ilegales (en el año 2000 la cifra se sitúa alrededor de 30 personas), produciéndose una altísima proporción de casos de infección por VIH y SIDA asociados a drogo-dependientes por vía parenteral.

El alcohol y otras drogas se asocian, en una alta proporción, a los fallecimientos en accidentes de circulación; de los últimos datos de que se disponen la mitad de los conductores presentaban restos de alcohol presentando tasas de al-

coholemia que superaban la máxima permitida; en algunos casos, el consumo de alcohol estaba asociado al de otras drogas, siendo la mayoría varones entre 21 y 30 años de edad. En el caso de peatones fallecidos (donde se detectó presencia de alcohol) hubo una mayor incidencia en mayores de 60 años.

Las repercusiones más importantes sobre la salud de los asturianos las genera el consumo de tabaco; al que se asocia con una de cada cuatro de las muertes que ocurren en Asturias. Casi uno de cada tres varones asturianos fallece por patología asociada al tabaco. En el caso de las mujeres se calcula que el índice es de una de cada siete.

A las repercusiones sobre la salud por el tabaquismo le siguen en frecuencia las derivadas del consumo excesivo de alcohol (tanto crónico como esporádico o de fin de semana), reflejándose en diversos indicadores: tumores, cirrosis, accidentes de tráfico y laborales, diversos síndromes psiquiátricos, lesiones por agresiones físicas, en las que los varones superan en un índice de 9 a 1 a las mujeres.

No obstante la incidencia de nuevos casos de alcoholismo atendidos en la red de servicios de Salud Mental en Asturias está disminuyendo, constatándose la acumulación de pacientes con una patología de larga duración y no tan elevada mortalidad.



## 4. Plan sobre drogas para Asturias

La drogodependencia es uno de los problemas de mayor preocupación social. Pero afrontar las drogodependencias no es tarea simple, pues generalmente, el consumo abusivo de drogas se entremezcla con diferentes procesos sociales haciendo necesario abordar al mismo tiempo acciones coordinadas desde distintos ámbitos administrativos y políticos.

Consciente de la importancia y complejidad del tema, el Gobierno Asturiano, decidió impulsar desde el inicio de la legislatura diversos programas para responder de forma adecuada a la problemática de las drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma.

El marco de actuaciones a desarrollar por la Administración asturiana en materia de drogodependencias venía fijado por el Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías elaborado en 1985 para hacer frente a la crisis de la heroína.

La prioridad política, la aparición de nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo, una mayor preocupación sobre los efectos de las denominadas "drogas legales" y la entrada en vigor de nuevas estrategias en Europa y en España frente al problema de las drogodependencias, llevaron a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios a promover la realización de un nuevo Plan sobre Drogas para Asturias que fijara un nuevo marco para desarrollar las políticas del Gobierno Asturiano en esta materia.

La situación de desorientación en el modelo de atención, producida en los últimos años, los problemas asistenciales, sanitarios y sociales sin resolver, la necesidad de evaluar los cambios en los patrones de uso de drogas en nuestra región y, especialmente, el incremento del consumo por jóvenes y mujeres, aconsejaron la puesta en marcha, en noviembre de 2000, de un proceso participativo para la elaboración de un nuevo Plan sobre Drogas para Asturias que permitiera liderar y revitalizar las actuaciones en este campo.

Eje de todas las políticas de intervención en drogodependencias, el Plan sobre Drogas para Asturias, tiene un carácter procesual, siendo aspectos centrales del mismo, el trabajo colaborativo de los diversos sectores implicados y la oportunidad de su periódica actualización en respuesta a una realidad cambiante.

En esta línea, desde noviembre de 2000 hasta finales de febrero de 2001, se realizaron varios encuentros y jornadas de debate con profesionales y diversas organizaciones, sobre diferentes temas monográficos, que aportaron abundante documentación sobre la situación y las propuestas de mejora.

Las líneas de actuación del nuevo Plan de Drogas para Asturias se recogen en el documento *"Creando Futuro, Estrategias para mejorar la situación de las drogodependencias en Asturias"* (2001-03), elaborado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.



En él se recogen los planteamientos políticos del Gobierno Asturiano en materia de drogodependencias y los compromisos de desarrollo de una serie de estrategias e iniciativas que persiguen mejorar la situación de las personas con problemas de drogodependencias en nuestra región.

Desde el Plan sobre Drogas para Asturias se considera que el consumo de drogas es el resultado de la interacción continua entre las características de la persona, las propiedades farmacológicas de las sustancias y el contexto sociocultural en que se consume, por lo que para tener cierta posibilidad de éxito debe intervenir simultáneamente sobre el mayor número de factores posibles.

Cualquier actuación de los poderes públicos en materia de drogodependencias debe enmarcarse en los valores de una sociedad democrática, en la que se reconozcan los derechos individuales (derecho a la libertad, derecho a la salud) de los ciudadanos y se protejan los legítimos derechos de la sociedad como colectivo.

Así, el modelo de intervención que se propugna admite que las drogas van a seguir existiendo y, algunas personas, van a seguir utilizándolas. Así que, el objetivo no sería eliminar las drogas (que se considera utópico) sino asumir su existencia y trabajar con las personas para que no tengan que recurrir a ellas de forma cotidiana o, en el caso de que se utilizaran, que pudiera hacerse de acuerdo a formas y contextos de consumo que permitan llevar una vida normalizada y útil, limitando al máximo la probabilidad de sufrir un daño irreparable o causar daños a otros.

Desde esta óptica, las actuaciones planteadas por el Plan sobre Drogas para Asturias pretenden:

- Aumentar la capacidad de las personas de relacionarse, sin problemas, con las drogas.
- Intervenir sobre los entornos sociales favoreciendo la integración, la participación social y el bienestar para reducir la necesidad

de acudir a las drogas para sobrellevar situaciones vitales.

- Mantener un equilibrio normativo entre la accesibilidad de la sustancia y la percepción sociocultural.
- Ofrecer una red de servicios sensible a las necesidades y a la situación particular de las personas.

El Plan sobre Drogas para Asturias enuncia cuatro grandes objetivos generales:

1. Limitar el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada.
2. Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma habitual.
3. Disminuir de forma significativa la frecuencia de aparición de problemas de salud asociados al consumo de drogas, poniendo especial énfasis en reducir la mortalidad.
4. Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias.

Para dar respuesta a estos objetivos se definen cuatro grandes líneas políticas de actuación que ponen énfasis en cómo deben alcanzarse los mencionados objetivos: trabajando con la sociedad en su conjunto, debatiendo y aunando esfuerzos.

Para desarrollar estas líneas de actuación se han enumerado 19 estrategias básicas, cada una de las cuales viene apoyada con una serie de iniciativas concretas de distinta envergadura y prioridad que permiten su traducción práctica.

El siguiente cuadro recoge las líneas políticas y las estrategias básicas de intervención definidas en Plan sobre Drogas para Asturias.

La financiación de las iniciativas contempladas en el Plan sobre Drogas para Asturias durante el período 2001-2003 supone un total de 16,271 millones de euros (2.707 millones de pesetas) de acuerdo a cada una de las líneas políticas del Plan:

LÍNEA POLÍTICA DE ACTUACIÓN	ESTRATEGIAS BÁSICAS
<p>1. Trabajar con la sociedad en articular una respuesta social organizada</p>	<p>1. Abrir cauces de participación a la sociedad asturiana en la organización de la respuesta social e institucional a las drogodependencias.                  2. Establecer vías estables de difusión de nuestros problemas y de nuestras actuaciones en drogodependencias.                  3. Investigar los determinantes y las formas de abordaje.                  4. Mejorar la cooperación institucional en la organización de la respuesta social .                  5. Invertir en la capacitación de las personas y los profesionales.</p>
<p>2. La prevención como prioridad</p>	<p>6. La educación como eje de las políticas preventivas.                  7. Extender los programas preventivos a diferentes ámbitos de actuación.                  8. Promover más programas de reducción de riesgos y hacerlos más accesibles.                  9. Dotarnos de una legislación que dé respuesta a la situación actual                  10. Conseguir programas de prevención compartidos y de calidad.</p>
<p>3. Una oferta de servicios de tratamiento para dar respuesta a las necesidades de las personas</p>	<p>11. Ampliar y diversificar la oferta de programas terapéuticos.                  12. Hacer más accesible los programas de tratamiento a la ciudadanía.                  13. Adaptar el programa ofertado a las necesidades de los ciudadanos.                  14. Trabajo en red: coordinación de dispositivos y profesionales aprovechando todos los recursos de la sociedad.</p>
<p>4. Incorporación social efectiva</p>	<p>15. Puesta en marcha de programas de acogida de forma territorializada y accesible.                  16. Diseñar con la persona un proceso de incorporación adaptado a su situación y acompañarla a lo largo del proceso.                  17. Facilitar unos recursos mínimos sobre los que basar el proceso de incorporación.                  18. Ayudar a mejorar los recursos individuales y de relación de la persona.                  19. Facilitar la formación e incorporación laboral de las personas.</p>



## 5. La prevención como prioridad

Los usos de las drogas se relacionan con un conjunto de momentos y necesidades propios del desarrollo cotidiano de la vida de las personas.

En determinadas situaciones, usar drogas busca mitigar un determinado malestar, en otras buscar placer.

El consumo tiene que ver, igualmente, con los tiempos y espacios de diversión, con las relaciones sociales, con situaciones de angustia, con el rendimiento, con el éxito laboral, con la experimentación, y con el deseo de acercarse al mundo de los adultos.

Los grupos de amigos a los que todos los adolescentes y jóvenes, buscan, desean y necesitan pertenecer, suelen definirse, entre otros rasgos, por una forma de vestir, el gusto de un tipo de música, y, en algunos casos, el uso de drogas.

Cuando una persona consume drogas toma posición respecto a los demás. Se fuma, se bebe o se ingieren pastillas por querer ser como los otros o justamente lo contrario, diferentes.

Queramos o no queramos, las drogas -legales o ilegales- están ahí y no van a desaparecer en un futuro cercano.

Al confluir por un lado las condiciones que favorecen el consumo, y por otro una amplia oferta de drogas, es irreal pensar que los adolescentes y jóvenes no tendrán relación con ellas, lo

que pone de manifiesto la necesidad de prevenir, es decir, de actuar antes para impedir situaciones problemáticas.

Dentro del campo de las drogodependencias, la prevención consiste, entre otras cosas, en dotar a las personas de recursos y capacidades para decidir; es decir, capacitarlas para convivir con la presencia de las drogas sin perjudicarse. Por esta razón, una de las líneas políticas que definen el Plan sobre Drogas para Asturias consiste en situar la prevención a la cabeza de las prioridades.

Prevenir es ayudar a saber elegir, decidir, corregir, y aislarse de situaciones comprometidas.

En un sentido amplio, la prevención se justifica por sí misma. Supone mejorar no sólo el bienestar físico, psicológico y social de las personas, sino también el de la comunidad en la que viven.

La promoción de la salud y de la autonomía son dos estrategias que ayudan a reducir los riesgos. Constituyen, por tanto, el marco en el que debe orientarse la prevención de las drogodependencias. No se debe centrar las expectativas de la prevención sólo en el control de la oferta, pues la presencia y disponibilidad de drogas es y seguirá siendo amplia.

Podemos definir la prevención como el conjunto de estrategias de las que se dota una co-



munidad para anticiparse a la aparición de los usos problemáticos de las drogas. Estas estrategias van encaminadas a evitar esos usos problemáticos, o a rebajarlos hasta niveles que sean social e individualmente aceptables.

El trabajo en prevención debe orientarse a que no se necesite recurrir a las drogas para desarrollar cualquier aspecto o faceta de la vida, ya sea laboral, de relaciones, de ocio o diversión, ni para tapar situaciones carenciales de cualquier tipo.

Así, el Plan sobre Drogas para Asturias establece que los programas de prevención irán encaminados, preferentemente, a mejorar la relación de las personas con ellas mismas ayudándolas a desarrollar la autonomía, la autoestima, la autorresponsabilidad; a mejorar sus relaciones con los demás, trabajando el modo de relacionarse, la toma de decisiones autónomas y el desarrollo de habilidades para resistir la presión del grupo.

Los programas de prevención también van dirigidos a facilitar información veraz sobre los efectos y riesgos derivados del consumo de diferentes sustancias; orientándose, asimismo, a trabajar en el entorno sociocultural estimulando alternativas de ocio y tiempo libre sin drogas y fomentando una mayor racionalidad social en el posicionamiento sobre la interacción con las drogas.

El punto de partida y llegada de la prevención de las drogodependencias es la comunidad. La comunidad debe ser su propio recurso: comprometiéndose de manera activa desde las diversas organizaciones y colectivos que la conforman, siendo consciente de todas las necesidades, ejercitando las acciones precisas para mejorar o promover cambios y asumir deberes. *En prevención no es posible la delegación: todos y todas hemos de participar e implicarnos.*

Desde las administraciones públicas se han de impulsar los mecanismos necesarios y las respuestas adecuadas a cada espacio o ámbito, pero es imprescindible que el trabajo se desarrolle desde, con y para la comunidad. Sólo si la sociedad en su conjunto asume sus propios conflictos es posible abordar soluciones de manera positiva.

Por eso, los programas de prevención deben:

- a) Responder a una metodología establecida explícitamente.
- b) Estar adaptados al contexto sociocultural en que se utilicen.
- c) Organizarse a través de los cauces normales de socialización.
- d) Contar con la participación de la población a la que se dirigen.
- e) Poder ser evaluados.

Así la prevención debe aparecer como una estrategia planificada, organizada, que integre personas, servicios y recursos en sentido amplio.

El Plan sobre Drogas para Asturias aboga por la cooperación entre distintos ámbitos institucionales y sociales para asegurar que los programas de prevención que se pongan en marcha en nuestra región respondan a una estrategia común, con criterios coherentes y con unos mínimos de calidad aceptados por todos los agentes que intervengan.

El uso o no uso de las drogas forma parte de los estilos de vida por los que se opta o no, y éstos se construyen desde todos los espacios de socialización de los que nos dotamos para convivir: la familia, la escuela, el trabajo, los lugares de ocio, los medios de comunicación social, etc. Todos ellos son también por lo tanto, espacios desde los que debemos trabajar para la prevención.

La prevención es una labor continuada en el tiempo, no acciones aisladas y descontextualizadas. Se construye sumando momentos de información, debate y reflexión, procurando huir de lo puntual, muchas veces contraproducente.

Las estrategias básicas a desarrollar en Asturias en materia de prevención se centran en:

- Colocar la educación como eje de las políticas preventivas.
- Extender los programas preventivos al mayor número de ámbitos de actuación posible.
- Aumentar y hacer más accesibles los programas de reducción de riesgos.
- Adaptar la legislación a la situación actual.
- Contribuir a la difusión de programas preventivos de calidad.



### 5.1 La educación como eje de las políticas preventivas

La filosofía de los programas de prevención se enmarca en el espacio más amplio de la promoción de la salud. En el período de formación se puede intervenir con más profundidad, ofertando actividades y creando espacios de participación para hacer llegar, a la mayoría de la población escolarizada, los mensajes preventivos y potenciar las habilidades básicas para el autocuidado de la salud, las relaciones interpersonales y el desarrollo de la autonomía .

Para desarrollar esta estrategia, en el Plan sobre Drogas para Asturias se proponen las siguientes iniciativas:

- Definir un Proyecto Educativo para Asturias que incluya un objetivo de mejora de la salud, favoreciendo la incorporación de centros asturianos a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.
- Crear la figura del profesorado coordinador de educación para la salud en los centros educativos.
- Desarrollar la formación del profesorado en el ámbito de la prevención de drogodependencias y de promoción de la salud.
- Realizar convocatorias dirigidas a financiar programas de educación para la salud presentados por los propios centros escolares dentro de las prioridades establecidas en el Proyecto Educativo de Centro.
- Ofertar la incorporación progresiva de programas integrados de prevención específica de drogodependencias a lo largo de toda la Enseñanza Secundaria Obligatoria.
- Iniciar un programa piloto de prevención específica de drogodependencias en el último año de Enseñanza Primaria.
- Extender el programa "Aire fresco en centros escolares" al resto de la región.
- Poner en marcha, de forma piloto, un programa destinado al conocimiento de los determinantes del consumo de alcohol en centros de Secundaria, seguido de un programa específico de intervención en esta materia.
- Poner en marcha actividades de prevención basadas en la metodología de trabajo entre iguales, donde el propio alumnado trabaje los contenidos con sus compañeros/as me-

dante talleres específicos de formación y elaboración de materiales.

- Promover la formación de padres/madres a través de la escuela de padres/ madres en los centros educativos mediante la firma de convenios de colaboración con las Federaciones de Asociaciones de Padres y Madres de Asturias.
- Profundizar en el programa de apertura de centros a la comunidad, fuera del horario escolar.

### 5.2 Programas de prevención en centros educativos

El Plan sobre Drogas para Asturias establece entre sus estrategias e iniciativas prioritarias el logro de un marco estable para el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar incorporando metodología de trabajo entre iguales, dando protagonismo a los jóvenes y a las asociaciones de padres/madres e invirtiendo en la formación del profesorado.

La adaptación de los mensajes preventivos a los contextos de consumo y la participación de las distintas personas en la puesta en marcha de las actuaciones preventivas son dos de las líneas básicas de los programas de prevención. En el ámbito escolar existe una buena oportunidad para trabajar con delegados/as o líderes que permitan legitimar los mensajes, además de hacerlos más persistentes en el tiempo y en el entorno.

Desde el año 2000, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y la Consejería de Educación mantienen un acuerdo institucional para ofrecer a los centros escolares los siguientes programas de prevención de drogodependencias:

#### • La Aventura de la Vida

"La Aventura de la Vida" es un programa para la prevención de las drogodependencias que opta por la Educación para la Salud como estrategia más válida para trabajar con los alumnos/as que cursan los dos últimos ciclos de Educación Primaria (8-11 años).

Es un programa de Educación para la Salud con énfasis en las drogas (medicamentos, alco-



hol y tabaco). Una propuesta de educación en valores que no es ajena a otros ejes transversales: convivencia, medio ambiente, género, consumo, medios de comunicación o educación vial.

"La Aventura de la Vida" comparte los objetivos planteados en la iniciativa "Escuelas Promotoras de Salud", que fomenta la adopción de estilos de vida saludables, en un ambiente favorable a la salud, por parte de la Comunidad Educativa. Entendiendo la salud como la relación gratificante que la persona mantiene consigo misma, con los demás y con el medio ambiente.

Los materiales didácticos para los alumnos consisten en un álbum con una serie de cromos para pegar que van reflejando historias de la vida cotidiana de una pandilla, y su mascota, en tres escenarios: la familia, la escuela y el barrio. Las historias narradas son tan próximas a las propias vidas de los alumnos/alumnas que, inevitablemente, se sienten identificados con los protagonistas e impulsados a compartir sus vivencias y puntos de vista. El programa se puede complementar con actividades en la comunidad como: fiestas, concursos, juegos... que refuerzan el aprendizaje, motivan al alumno y vinculan al centro escolar con la comunidad.

El profesorado tiene a su disposición una guía metodológica con orientaciones para desarrollar los contenidos propuestos para cada curso, así como vídeos y audios para cada tema.

"La Aventura de la Vida" es un programa desarrollado por la Fundación EDEX, y se aplica en la mayor parte de las Comunidades Autónomas. Una veintena de ONG's, que conforman la Red Iberoamericana La Aventura de la Vida para la Educación sobre Drogas, extienden este programa por 18 países de Latinoamérica.

En Asturias este programa está cofinanciado con fondos del Plan de Reactivación de las Comarcas Mineras

#### • *Ordago*

"Ordago" es un programa de prevención de las drogodependencias y promoción de la salud en la Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Se trata de una estrategia pedagógica para la integración, de manera flexible, de la Educación sobre Drogas en el currículo, con un planteamiento globalizador que comprende, además del trabajo en el aula, todos los ámbitos de la comunidad educativa.

El programa "Ordago" es una herramienta concreta y práctica, que permite poner en marcha e implantar en el medio escolar y en la comunidad un proceso de cambio dirigido a modificar los diversos factores asociados a las drogodependencias.

Con este programa, a través de una metodología de trabajo participativa, se pretende que la mayoría de alumnos y alumnas, al finalizar la ESO, tengan una información objetiva y suficiente sobre las drogas y hayan adquirido las competencias y habilidades necesarias para resolver problemas y tomar decisiones responsables con respecto a las mismas.

Las familias de los alumnos/as que siguen el programa en el aula, participan en diversos talleres de formación impartidos por las asociaciones y federaciones de padres y madres. Trata de propiciar, un proceso de clarificación, a padres y madres, de las propias actitudes respecto a las drogas.

Con la comunidad el objetivo es avanzar en el compromiso, incorporando a las personas y grupos más activos de la misma en la mejora de aquellas condiciones del entorno susceptibles de contribuir a la reducción del abuso de las drogas.

Este programa se puso en marcha en Asturias en el curso académico 2000-2001, en 1º y 4º de la E.S.O. En el curso 2002-2003 estará implantado ya en los cuatro cursos de ESO.

Colabora la Fundación EDEX, los Planes Municipales sobre Drogas y las Federaciones de Asociaciones de Padres /Madres.

#### • *Aire Fresco*

"Aire Fresco" es un programa que pretende eliminar o reducir el consumo de tabaco en el recinto escolar, con la participación activa del profesorado, personal no docente y alumnado. Está dirigido a centros escolares de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos.



El programa persigue un proceso de reflexión y debate responsable en el que todos los miembros de la comunidad escolar puedan expresar su opinión sobre el uso del tabaco en el centro educativo y que esa opinión sea tenida en cuenta.

Aire Fresco actúa en centros escolares en los que existe consumo de tabaco y un compromiso de la dirección y del profesorado por limitarlo.

El programa cuenta con una serie de actuaciones dirigidas al profesorado, personal no docente, alumnado y padres. La situación inicial de cada centro determinará qué actividades tienen que realizarse y cuáles no.

Los centros que participan en este programa deben revisar sus normas internas en cuanto al consumo de tabaco; negociar y acordar los lugares donde se puede fumar (para en una segunda etapa poder eliminarlos), y ofertar talleres de apoyo al abandono del hábito tabáquico para aquellas personas fumadoras, pertenecientes a la comunidad escolar, que lo deseen.

El programa Aire Fresco oferta dos talleres al centro escolar:

- Taller *“Dejar de Fumar”*

Es un taller de deshabituación, con una duración de cinco sesiones, al que pueden asistir el profesorado y el personal no docente (y los padres, si se considera oportuno) que deseen dejar de fumar.

- Taller *“A tu Aire”*

Utiliza la metodología de trabajo entre iguales: formación de varios mediadores (dos por aula) entre los alumnos/as del centro; a continuación, estos mediadores desarrollan el taller ante sus compañeros/as, en el aula, con ayuda del tutor/a.

El taller en el aula consta de cuatro sesiones de 50 minutos, que tratan los siguientes temas: análisis crítico de la publicidad, presiones sociales para fumar, habilidades de resistencia, espacios libres de humo.

En este programa colabora el Consejo de la Juventud y la Asociación Española contra el Cáncer.

### 5.3 Alternativas al uso de drogas en el ocio y el tiempo libre

El tiempo libre se caracteriza por ser el que no se dedica a trabajar, estudiar, comer o dormir. Es un tiempo relacionado con el disfrute o la diversión, y es un tiempo útil para sentirse bien, para aprender cosas, para desarrollar relaciones afectivas, para tener incitativas, para disfrutar de aficiones, para actividades que aparejen emociones y sensaciones placenteras y constructivas.

La diversión, principal elemento buscado por el adolescente en su tiempo libre, se encuentra muy relacionada con los espacios en los que se produce la oferta y el consumo de drogas.

Gran parte del fenómeno de los usos de drogas entre los adolescentes y jóvenes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrada en las actividades de fin de semana y dominada por un cierto contexto cultural de liberación.

Cuando llega el fin de semana, salen del mundo de los adultos y buscan los territorios más marcados y definidos como adolescentes. Es tiempo para el placer y el descontrol. Junto al “salir” también aparece el “tomar”, el “ponerse a gusto”, el relacionarse con drogas.

Prevenir el consumo de drogas supone, entre otras cosas:

- Descubrir actividades y formas de influir en el modo de diversión de los jóvenes durante el fin de semana y el tiempo libre.
- Hacer que los jóvenes reconozcan “la dependencia” de esa necesidad casi impuesta de divertirse y la posibilidad de pasarlo bien haciendo cosas diferentes.
- Ayudar a valorar en los espacios de diversión otros momentos, aquéllos que producen la comunicación y relación, distintos al paseo de bar en bar.
- Ayudar a descubrir emociones y sensaciones que les permita estar a gusto sin recurrir a sustancias químicas.



- Ofertar a los jóvenes y adolescentes alternativas de ocio en lugares distintos a bares y discotecas.

La generación de alternativas para la ocupación del tiempo libre, como estrategia para la prevención de drogodependencias, parte de la consideración del ocio y del tiempo libre como un espacio educativo no formal y con un carácter lúdico y voluntario que permita favorecer los vínculos y contactos en los grupos de iguales.

El Plan Sobre Drogas para Asturias promueve la realización de formas alternativas de ocio que no conlleven el consumo de sustancias químicas, que se lideren por los propios jóvenes, que favorezcan la utilización de recursos de la propia comunidad y que contengan información o talleres de prevención específica del consumo problemático de drogas.

Siguiendo esta línea, actualmente se desarrollan en nuestra región un buen número de programas. Destacan entre ellos:

- Abierto hasta el amanecer
- La noche es tuya
- Los fines de semana tienes mucho que hacer
- Tu sabes, tu decides
- Tardes del sábado
- Otoño alternativo
- Aul@ abierta
- Enguede'yate y juega'
- Tardes del domingo

Estos proyectos han surgido a iniciativa fundamentalmente de asociaciones juveniles, Planes Municipales sobre Drogas, de Oficinas de Información Juvenil, de los Consejos Locales de Juventud.

Las actividades se realizan en los barrios utilizando las instalaciones deportivas, culturales o escolares. La oferta es muy variada: talleres, juegos cooperativos, marionetas, teatro, cuero, cerámica- cine, conciertos, teatro...

El horario, de tarde y noche, invita a que participen adolescentes y jóvenes (entre 14 y 25 años sobre todo), consiguiéndose una gran aceptación de las distintas ofertas que se hacen en función de la edad y del horario.

En algunos municipios son las propias Asociaciones Juveniles las que planifican, diseñan, ejecutan y evalúan el desarrollo del programa como elemento aglutinador del movimiento asociativo juvenil, incluso desarrollando funciones de coordinación y gestión de las actividades que se realizan.

## 5.4 Habilidades y recursos personales para la prevención

Tanto el entorno social y cultural, como el entorno inmediato y de relaciones donde se desarrolla la vida de las personas, contribuyen a configurar el sistema de valores y las diversas actitudes ante las drogas, generando estilos de vida más o menos favorecedores de su consumo.

Algunas características y conductas en un determinado ambiente van configurando hábitos y patrones de comportamiento propios, por lo que se hace necesario desarrollar habilidades, recursos personales y alternativas capaces de afrontar situaciones individuales y sociales concretas.

### A) Toma de decisiones

El inicio del consumo de drogas no deriva de una decisión consciente y asumida. Es más el producto de la presión de los amigos, el qué dirán, o la falsa aventura que supone lo prohibido...

Desarrollar la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y responsable, tener criterios propios y saber decidirse en situaciones conflictivas, son objetivos fundamentales dentro de la prevención.

Tomar decisiones de modo autónomo y responsable es sopesar los pros y los contras de las distintas alternativas en una determinada situación y aceptar las consecuencias de la elección hecha.

A tomar decisiones también se aprende. Para ello pueden seguirse una serie de pasos:



- Considerar las posibles decisiones que se pueden tomar.
- Recoger información más concreta sobre las posibles decisiones.
- Valorar las ventajas e inconvenientes de cada decisión.
- Tomar la mejor decisión.

El proceso de tomar decisiones culmina asumiendo las consecuencias de cada decisión.

### B) Solución de conflictos y problemas

En las sociedades de consumo y bienestar del presente existe una tendencia a evadir o ignorar los problemas, a responder impulsivamente ante ellos, a confiar en soluciones mágicas, a delegar responsabilidades. Deriva de ello una incapacidad notoria para enfrentarse a las situaciones de conflictos y buscar soluciones.

Máxime en la adolescencia donde a la inexperiencia se une una búsqueda de novedades y una quiebra de autoridad.

Por ello, aprender a resolver conflictos constituye una parte fundamental de la prevención de las drogodependencias. Se hace necesario desarrollar la capacidad de reflexión, pensar sobre el problema, no negarlo, y encontrar estrategias para resolverlo.

De la misma manera que en la toma de decisiones, se pueden seguir los siguientes pasos:

- Detectar la existencia de un problema.
- Definir el problema, con sus límites y características.
- Reconocer los obstáculos para su solución.
- Pensar en las formas para salvar los obstáculos y los conflictos que puedan plantearse de una forma constructiva, planteando las soluciones posibles.
- Analizar las soluciones y sacar las consecuencias que puedan derivarse de cada una de ellas.
- Escoger una solución determinada, la que parezca más apropiada.
- Llevarla a la práctica.
- Valorar el resultado.

*Fuente: Ministerio de Educación, 1992*

Se trata de que las personas aprendan a resolver los conflictos o problemas naturales de la vida cotidiana a través de las capacidades personales, sin recurrir a soluciones externas como las drogas.

### C) Influencia y presión del grupo

La influencia y presión ejercida por el grupo de iguales y/o el grupo de amigos es uno de los factores que más se asocian al inicio del consumo de drogas.

Consumir drogas entre los adolescentes -alcohol, "porros", "pastillas"- es una actividad casi siempre grupal: se bebe en grupo, se comparten "porros" de mano en mano, se toman pastillas

para establecer un vínculo de especial empatía.

Casi todos los fenómenos adolescentes producen paralelismos con grupos de la misma edad o similar situación, pues los jóvenes necesitan experimentar ciertas vivencias que la familia no podrá proporcionarles.

El grupo de iguales es necesario para el desarrollo del adolescente. En él va a encontrar sus señas de identidad y satisfará necesidades básicas como la relación con los otros, el afecto y el apoyo mutuo.

El adolescente necesita sentirse partícipe del grupo y valorado por los "colegas". Debe, además, compartir una serie de valores sobre la aventura, el riesgo, la valentía... "Habrà momen-



## La prevención como prioridad

tos en que la única manera de ser él mismo será ser como los otros” (*Jaume Funes*)

A cambio de apoyo, reconocimiento e integración, el grupo exige a sus miembros la aceptación de ciertos rasgos, características o normas. Si un grupo mantiene como forma de divertirse “la movida”, el disfrute de la noche, el beber, el “tomar”, el adolescente se sentirá en cierta manera presionado a participar, pues así garantiza el aprecio de sus amigos y subraya su pertenencia al grupo; si no, puede correr el riesgo del rechazo.

Hay ocasiones en que aceptar lo que diga y haga el grupo no genera ningún conflicto o problema; sin embargo, en otras, esta presión o influencia puede ser negativa dado que supone hacer cosas con las que no se está de acuerdo y resultan perjudiciales.

Para hacer frente a las presiones del grupo se pueden seguir los siguientes pasos:

DECIR NO a un ofrecimiento de consumir drogas puede ser difícil. Si todos los miembros del grupo consumen, el que no lo hace quizá se sienta raro y, ante la insistencia de los más atrevidos, acabe debilitándose su decisión. No hay que buscar excusas.

Mantener una decisión de no consumir drogas, aunque los demás lo hagan, supone defender los derechos propios y respetar los derechos ajenos. Cada uno puede y debe tomar sus propias decisiones y llevarlas a la práctica pese a las presiones del grupo.

Mantener una decisión de no consumir drogas significa reconocer, entre otros, los derechos a tener una opinión propia y expresarla, a decidir el propio estilo de vida y los propios valores, a asumir las decisiones personales y no dejarse llevar por las presiones de los demás, a reconocer nuestras cualidades y limitaciones y, por último, a que cada uno se acepte como es.

- Pensar en lo que el grupo quiere hacer y porqué.
- Decidir lo que se quiere hacer.
- Decidir cómo se dirá al grupo lo que se quiere hacer explicando las razones y manteniendo las opiniones.
- Perseverar en la decisión.



## 6. Recursos de información y orientación

### Centro Regional de Información Juvenil

- Facilita información y documentación sobre temas relacionados con las drogas y las drogodependencias.  
C/ Calvo Sotelo, nº5  
33007 Oviedo  
Tfno. 985.10.83.59

### Oficinas de Información Juvenil

- Ofrecen asesoramiento e información sobre actividades, servicios y recursos para jóvenes.
- Consulta sus direcciones en la página web [www.asturias.es](http://www.asturias.es) en el apartado Para ti>Jóvenes

### Consejo de la Juventud

- Formación de mediadores juveniles.
- Promoción de grupos de trabajo sobre la Salud.
- Talleres sobre prevención de uso/abuso de alcohol y otras drogas.
- Subvenciones a asociaciones juveniles para la promoción de la Salud y prevención de las drogodependencias.

C/ Fuertes Acevedo 10-bajo  
33006 OVIEDO  
Tfnos.: 985.25.06.68 - 985.25.00.65

### Servicio de Coordinación del Plan de Drogas

- Orientación y asesoramiento sobre programa, actividades y materiales de prevención de drogodependencias
- Documentación bibliográfica
- Ayudas económicas para tratamiento de drogodependencias en Comunidades Terapéuticas
- Orientaciones a las familias ante diversas situaciones de consumo de drogas
- Apoyo económico y técnico a Instituciones y Entidades
- Formación de profesionales

C/ General Elorza, 32  
33001 OVIEDO  
Tfno. 985.10.65.07(Programas de prevención)  
Tfno. 985.10.65.64 (Atención directa a drogodependientes y familiares)

### Planes Municipales sobre Drogas

En algunos Ayuntamientos existen Planes Municipales sobre Drogas, que ofrecen:

- Información y orientación sobre programas y recursos en drogodependencias
- Promoción de actividades alternativas al abuso del alcohol y otras drogas
- Apoyo a asociaciones y mediadores juveniles



### PLAN MUNICIPAL

#### DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Avilés  
Centro Municipal de Servicios Sociales  
C/ Galiana 11  
33400 AVILÉS  
Tfno. 985.54.20.13

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Cangas del Narcea  
Plaza Conde Toreno nº1  
33800 CANGAS DEL NARCEA  
Tfno. 985.81.38.12 - 985.81.26.17

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Castrillón  
Centro Municipal de Servicios Sociales  
C/ Alfonso I Nº 5 bajo  
33450 PIEDRAS BLANCAS  
Tfno. 985.53.00.50 - 985.53.00.31

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Gijón  
Fundación Municipal de Servicios Sociales  
Casa de Nava  
C/ Salamanca 1-Cimadevilla  
33201 GIJÓN  
Tfno. 985.17.52.42

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Lena  
Centro Municipal de Servicios Sociales  
Parque de la Ería s/n  
33630 POLA DE LENA  
Tfno. 985.49.28.60

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Llanes, Ribadesella y Ribadaveva  
Casa de la Cultura  
C/ Posada Herrera s/n  
33500 LLANES  
Tfno. 985.40.22.43

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Mieres  
Centro Municipal de Servicios Sociales  
C/ Manuel Llana, s/n (Antigua Estación del Vasco)  
33600 MIERES  
Tfno. 985.46.49.74

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Navia (Coaña y Villayón)  
Edificio de Servicios Múltiples del Ayto. de Navia  
C/ Antonio Fernández Vallina nº 6 1ª Planta Izqda.  
33710 NAVIA  
Tfno. 985.47.33.00

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Oviedo  
Concejalía de Juventud  
C/ Quintana, 8 - bajo  
33009 OVIEDO  
Tfno. 985.98.18.08

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Valdés  
Centro de Servicios Sociales  
C/ Pilarín nº2 - 1º  
33700 LUARCA  
Tfno. 985.47.01.76 - 985.47.01.77

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Vegadeo (San Tirso y Tarandundi)  
Ayuntamiento de Vegadeo  
Plaza del Ayto. s/n  
33700 VEGADEO  
Tfno. 985.63.40.22

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Mancomunidad Cinco Villas  
Centro de Servicios Sociales  
Avda. de Prahúa,8  
33120 PRAVIA  
Tfno. 985.82.20.20

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Mancomunidad Comarca de la Sidra  
Escuelas de Paraes s/n.  
33529 NAVA  
Tfno. 985.71.66.53 - 985.71.84.13

### PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Mancomunidad Valle del Nalón  
Edificio Gestión Urbanística  
C/ Vicente Vallina 10  
33950 SOTRONDIO  
Tfno: 985672001



## 7. Recursos de atención en drogodependencias

### Centros de Salud Mental

#### CENTRO DE SALUD MENTAL

C/ Villar s/n  
33700 LUARCA  
Tfno. 985.64.01.70 - 985.47.00.53

#### CENTRO DE SALUD MENTAL

C/ Uría, 2  
33800 CANGAS DEL NARCEA  
Tfno. 985.81.29.70 - 985.81.29.67

#### CENTRO DE SALUD MENTAL I (LA MAGDALENA)

C/ Hermanos Espolita s/n  
33400 AVILÉS  
Tfno. 985.54.92.19 - 985.55.09.11

#### CENTRO DE SALUD MENTAL II

C/ Plaza Santiago López 1  
33400 AVILÉS  
Tfno. 985.54.90.57

#### CENTRO DE SALUD MENTAL I

C/ Julián Clavería s/n  
33006 OVIEDO  
Tfno. 985.10.61.34  
(Recinto Hospital General)

#### CENTRO DE SALUD MENTAL II

C/ Camino del Rubín s/n  
33001 OVIEDO  
Tfno. 985.10.66.32  
(Recinto Hospital Psiquiátrico)

#### CENTRO DE SALUD MENTAL III

C/ Otero s/n  
33008 OVIEDO  
Tfno. 985.22.39.01

#### CENTRO DE SALUD MENTAL IV

C/ Martín Garlache s/n  
33510 POLA DE SIERO  
Tfno. 985.72.57.00

#### CENTRO DE SALUD MENTAL I

C/ Pedro Pablo nº 42-44 bajo  
33209 GIJÓN  
Tfno. 985.34.20.05

#### CENTRO DE SALUD MENTAL II

C/ Los Andes nº87 bajo. La Calzada  
33212 GIJÓN  
Tfno. 985.30.11.66

#### CENTRO DE SALUD MENTAL III

C/ Avelino González Mallada s/n. El Coto.  
33204 GIJÓN  
Tfno. 985.36.61.22

#### CENTRO DE SALUD MENTAL IV

C/ Orán s/n (Pumarín)  
33210 GIJÓN  
Tfno. 985.14.32.90

#### CENTRO DE SALUD MENTAL

Policlínico Grande Covián  
33540 ARRIONDAS  
Tfno. 985.84.05.35



## CENTRO DE SALUD MENTAL

C/ Martínez de Vega, 25  
33600 MIERES  
Tfno. 985.46.53.23

## CENTRO DE SALUD MENTAL

C/ José Canella s/n (Sanatorio Adaro)  
33900 SAMA DE LANGREO  
Tfno. 985.67.53.00

## Unidades de desintoxicación hospitalaria

### HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

Unidad de Desintoxicación  
C/ Julián Clavería s/n  
33006 OVIEDO  
Tfno. 985.10.61.00

### HOSPITAL CRUZ ROJA

Unidad de Desintoxicación  
C/ Adosinda nº 6  
33202 GIJÓN  
Tfno. 985.36.28.22

## Unidades de tratamiento de Toxicomanías

### UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS

C/ Julián Clavería. Hospital Central  
33004 OVIEDO  
Tfno. 985.10.61.56

### UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS

C/ Ramón y Cajal, nº 39  
33205 GIJÓN  
Tfno. 985.33.57.77

### UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS

C/ Llano Ponte, nº 49  
33400 AVILÉS  
Tfno. 985.51.06.20

### UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS

C/ Alfonso Camín, nº 33  
33600 MIERES  
Tfno. 985.45.33.42

## Unidades de dispensación de Metadona

### UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE METADONA

Hospital Valle del Nalón. Riaño  
33920 LANGREO  
Tfno. 985.65.20.00

### UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE METADONA

Hospital de Jarrio  
33717 JARRIO.COAÑA  
Tfno. 985.47.31.97

### UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE METADONA

Unidad de Salud Pública  
Avenida de Leitariegos nº 4 bajo  
33800 CANGAS DEL NARCEA  
Tfno. 985.81.36.80

### UNIDAD DE DISPENSACIÓN DE METADONA

Hospital Grande Covián  
C/ Castañera s/n  
33540 ARRIONDAS  
Tfno. 985.84.05.35

## Comunidades Terapéuticas

### CENTRO PROYECTO HOMBRE (FUNDACIÓN CESPA)

C/ Ferrocarril s/n  
33212 GIJÓN  
Tfno. 985.17.02.44 - 985.17.19.44

### COMUNIDAD TERAPÉUTICA "ARAIIS"

Avda. de Prahúa,12  
33120 PRAVIA  
Tfno. 985.82.29.64

### COMUNIDAD TERAPÉUTICA "EL VALLE"

Tuñón  
33115 SANTO ADRIANO  
Tfno. 985.76.16.57

### FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL

Comunidades terapéuticas masculina y femenina  
C/ Torrecerredo,8 bajo  
33012 OVIEDO  
Tfno. 985.11.11.11



### Otros Centros de Atención

**CENTRO DE DÍA  
ESCUELAS VIEJAS DE PIQUEROS**  
La Magdalena, s/n  
33400 AVILÉS  
Tfno. 985.54.21.69

**CASA DE ACOGIDA PARA ENFERMOS DE SIDA**  
C/ Cabrales nº 132 - 1ºB  
33201 GIJÓN  
Tfno. 985.37.37.81

**CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA)**  
C/ Francisco González Arguelles,10  
33010 OVIEDO  
Tfno. 985.11.39.38

**CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA**  
C/ Diario El Comercio, 15 - bajo  
33207 GIJÓN  
Tfno. 985.17.60.41

