

Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes

Curso de Adaptación al Grado en Enfermería.
E.U.E Casa Salud Valdecilla.
Universidad de Cantabria.

Autora: María Antonia Barros Blanco.
Directora: Celia Nespral Gaztelumendi.
Trabajo Fin de Grado. Junio 2013

ÍNDICE:

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES SOBRE LAS DROGAS.	
1.1 CONCEPTOS GENERALES	6
1.2 HISTORIA	8
1.3 EL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA	9
CAPÍTULO 2. LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES Y LAS DROGAS.	
2.1 EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES	12
2.2 FACTORES FAVORECEDORES DEL CONSUMO DE DROGAS	16
2.3 EFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES	17
2.3.1 EL ALCOHOL	17
2.3.2 EL TABACO	18
2.3.3 EL CANNABIS	19
2.3.4 LA COCAINA	20
2.3.5 LAS DROGAS DE DISEÑO (ÉXTASIS)	21
CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN FRENTE A LAS DROGODEPENDENCIAS.	
3.1 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGAS	22
3.2 LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN CANTABRIA.....	26
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

El consumo de drogas se realiza desde la antigüedad, en diferentes culturas y con distintos usos, espirituales, bélicos, curativos, etc., pero este consumo se hace especialmente alarmante cuando comienza a producir alteraciones al consumidor y a la sociedad. En un principio, muchas se asociaban a la delincuencia y la marginalidad, actualmente aún siguen asociándose, y otras, siempre, se han asociado con el éxito y al ocio.

El comienzo en la adolescencia del consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco puede llevar a consumir drogas ilegales como el cannabis, la cocaína y las nuevas sustancias de laboratorio, llamadas drogas de diseño. En la actualidad el policonsumo es frecuente y, ya sea este consumo o el de una sola sustancia, tiene consecuencias negativas para la salud tanto física como psíquica, produciéndose problemas socio-sanitarios de gran importancia a nivel mundial y nuestro país no es una excepción. Por este motivo, es necesario desarrollar estrategias preventivas dirigidas tanto a evitar las tendencias actuales de consumo como a minimizar los riesgos asociados al mismo.

Palabras clave:

Adolescencia, historia, abuso de drogas, trastornos por uso de drogas.

ABSTRACT

Drug use is carried out since ancient times, in different cultures and with different uses, spiritual warfare, healing, etc., but this consumption is especially alarming when it begins to cause alterations to the consumer and to society. Initially, many were associated with crime and marginality, currently still continue partnering, and others, always, have been associated with success and leisure.

The start in adolescent drug use legal, such as alcohol and tobacco can lead to consume illegal drugs such as cannabis, cocaine and of laboratory new substances, called designer drugs. Polydrug use is now common, and whether this consumption or that of a single substance, it has negative consequences for both physical and mental health, producing social and health problems of great importance worldwide and our country is no exception. For this reason, it is necessary to develop preventive strategies aimed both to avoid the current trends of consumption and to minimize the risks associated with it.

Key words:

Adolescence, history, abuse of drugs and disorders for use of drugs.

INTRODUCCIÓN

El consumo y abuso de drogas es un gran problema de salud pública para todos los países, pues produce nefastos efectos de morbilidad y mortalidad, así como efectos negativos sobre el consumidor, su familia y la sociedad. Actualmente el consumo de drogas se inicia en la adolescencia, en lugares de ocio con los amigos, en la escuela o en la familia. Se ha percibido un aumento de consumo en las chicas y una disminución, en ambos sexos, de la percepción del riesgo que conlleva (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2007). En el momento actual la prevalencia de consumo de drogas es alta según se puede observar en las encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD, 2011).

La adolescencia es el periodo en el que se comienza a despertar hacia la edad adulta, hay cambios físicos, afectivos, psíquicos, más independencia de la familia, se conocen nuevos amigos que pueden influir más o menos en ellos y en su forma de enfrentarse a conductas de riesgo. En esta etapa, los jóvenes realizan un consumo experimental y recreativo, especialmente del alcohol, el tabaco y el cannabis y, en menor medida, de la cocaína y de las drogas de diseño. Es por ello que las actuaciones preventivas son muy importantes para reducir la oferta y la demanda de drogas y alguna de ellas son, también, valoradas positivamente por los propios jóvenes (Becoña Iglesias, 2002).

Los problemas que ocasionan las drogas al consumidor, a su entorno familiar y a la sociedad, unido a las posibilidades de intervención de la enfermería, dentro de un equipo multidisciplinar de salud, en edades tempranas y en las áreas de influencia en el adolescente, justifican la elección de este tema.

Los objetivos de este trabajo son revisar la historia y evolución de las drogas; describir el consumo actual de drogas en los jóvenes españoles entre 14 y 18 años; exponer los efectos de estas sustancias sobre la salud y, finalmente, explicar las intervenciones enfermeras recomendadas para poder evitar y disminuir su consumo.

Para ello se han realizado búsquedas bibliográficas utilizando las palabras clave: adolescencia, historia, abuso de drogas y trastornos por uso de drogas, en google académico, en la base de datos Dialnet y en la web del Plan Nacional sobre Drogas, descartando los artículos que no tenían relación con los jóvenes de esta etapa.

Se ha dividido este trabajo en tres capítulos, en el primero se describe brevemente la historia de las sustancias psicoactivas y se aportan datos sobre el consumo en España. En el segundo se desarrolla el consumo de drogas entre los adolescentes españoles así como los factores que influyen en el mismo y los efectos que causan en la salud. Por último, en el tercer capítulo, se exponen los modelos de intervención preventiva.

CAPITULO 1. GENERALIDADES SOBRE LAS DROGAS.

1.1 CONCEPTOS GENERALES

El consumo de drogas ilegales como la cocaína y el cannabis o de diseño y, legales, como el tabaco y el alcohol ha aumentado en la sociedad de forma alarmante en los últimos años. Ningún país queda fuera de este problema, el cual produce efectos graves en la salud física y mental de las personas consumidoras y, también, afecta al trabajo y a la vida familiar y social (Becoña Iglesias, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1969, definió la droga como: “Toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones” (Osuna Fuentes, 2005, p. 1271).

Años más tarde, en 1982, como consecuencia de los avances en los estudios e investigaciones sobre las drogas, la OMS limita las sustancias que provocan dependencia y redefine el concepto de droga como:

Droga de abuso es toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto-administrada (Osuna Fuentes, 2005, p. 1271).

En el consumo de drogas se puede diferenciar entre:

- “*Uso*”: consumo ocasional de una sustancia que no provoca efectos negativos en el consumidor y no produce dependencia.
- “*Habito*”: deseo de consumir, no se tiene intención de aumentar la dosis, no existe variación en la conducta.
- “*Abuso*”: se produce cuando hay un consumo continuo e inadecuado y existan efectos negativos.

Para la OMS existen cuatro valoraciones diferentes para el abuso como son (Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain, 1998; Osuna Fuentes, 2005):

- “*Uso no aprobado*”: el consumo está legalmente castigado (doping).
- “*Uso peligroso*”: consumo de una sustancia en situación de riesgo o en un momento inadecuado (uso de maquinaria peligrosa).
- “*Uso dañino*”: consumo de sustancias en situaciones vitales (embarazo).
- “*Uso que provoca una disfunción*”: especifica un modelo desadaptativo de consumo por la importancia que toma el consumo de las drogas o por excesos puntuales en el consumo.

Otro concepto que se utiliza es el de “*Dependencia*”, en el cual el consumidor tiene un deseo muy grande, compulsivo e incontrolado de consumir droga para experimentar o calmar sus efectos, abandonando otras formas de comportamiento, de diversión, etc. y

causando su pérdida de libertad como persona. Se diferencian tres tipos de dependencia: física, psicológica y social, pero no son independientes, sino se entrecruzan y se complementan; así estarían los factores físicos como la tolerancia, la neuroadaptación y la abstinencia; el aprendizaje y la peculiaridad de las personas como factores psicológicos y la afinidad a grupos y al medio ambiente, entre los factores sociales (Del Moral et al., 1998).

Existen diferentes criterios para clasificar las sustancias psicoactivas. Según los *efectos* que producen sobre el Sistema Nervioso Central se catalogan como (Osuna Fuentes, 2005):

- “Depresoras o psicolépticas”, causan relajación, somnolencia, analgesia e incluso coma. Encontramos el alcohol, el opio y sus derivados, el cannabis y los inhalantes.
- “Estimulantes o analépticas”, causan reducción del umbral de los sistemas de alerta. Entre ellas están las anfetaminas, la cocaína, las drogas de diseño y la cafeína.
- “Alucinógenas o Psicodislépticas”, producen alteraciones de los mecanismos que se encargan de percibir, valorar e interpretar la información que reciben los sentidos. Nos encontramos con el LSD y el polvo de ángel.

Según su *origen* pueden ser (Española, C.R. 2010):

- “Naturales”, como el cannabis o la cocaína.
- “Sintéticas o de laboratorio”, como el éxtasis o las anfetaminas.

Según su *condición legal* (Del Moral et al., 1998):

- “Institucionalizadas”, su producción y consumo es aceptado por la sociedad, como el alcohol y el tabaco.
- “Fármacos”, sustancias de indicación médica, como los antidepresivos.
- “De uso industrial”, su comercio es legal, pero no su propósito de consumo, como los inhalantes.
- “Clandestinas o ilegales”, en su producción y consumo, como el cannabis o la cocaína, etc

Según su *forma de administración* (Osuna Fuentes, 2005):

- “Oral”: mascada, sublingual o bebida, como las drogas de diseño o el alcohol.
- “Pulmonar”: inhalada o fumada, como el tabaco o el cannabis.
- “Nasal”: aspirada o esnifada, como la cocaína.
- “Parenteral”: intravenosa, intramuscular y subcutánea. En esta vía de administración se necesita una jeringuilla así como una menor cantidad de droga para conseguir los mismos efectos, como la heroína o la cocaína.
- “Rectal o genital”: la sustancia es absorbida por la mucosa. Se consumen de este modo, sobre todo, la cocaína y la heroína.

1.2 HISTORIA.

Desde hace siglos es conocido el uso de plantas para realizar ritos, someter a las personas, quitar los males, etc.; no se sabía que pudieran causar daño ya que se consideraba que tenían más ventajas que inconvenientes. Así, el alcohol, se cree que ya existía hacia el año 5.000 A.C. pues, en hallazgos arqueológicos, se descubrieron vasijas en las cuales pudieron fermentar miel y agua, siendo éste el origen de las bebidas alcohólicas. En la Edad Media las mejoras en la elaboración y en la fermentación del alcohol fueron factores importantes para el aumento del consumo a partir de ese momento. Se creó el alambique que permitía destilar mayor cantidad de alcohol y con más concentración alcohólica. A finales del siglo XIX se comenzó a comprender que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas constituía un problema de salud (Santodomingo, 2009).

El opio y sus efectos, también se conocían de antiguo en Oriente, donde se utilizaba en medicina. La sustancia se extendió a la India y, en el siglo IX, llegó a China donde en un principio fue utilizado como en la India, pero enseguida pasó a consumirse fumada. En Europa comenzó a utilizarse terapéuticamente en el siglo XVI, pero no fue hasta finales del XIX cuando empezaron a surgir los problemas de salud, a causa de la rápida adicción que producía (Carvalho, 2007).

Otra sustancia conocida desde muy antiguo es el cannabis que proviene de la planta cannabis sativa. Esta planta tiene dos derivados, el llamado *hachís*, del que se utiliza su resina y, la *marihuana*, derivada de sus hojas. El cannabis era cultivado en Asia Central para hacer sacos, cuerdas, etc, pero fue en Oriente donde se descubrieron sus efectos alucinógenos y, en la Europa Medieval, ya era utilizado por las pitonisas; en el siglo XIX se empleaba para divertirse y con fines médicos aunque cayó en desuso, pues sus efectos terapéuticos se vieron reducidos y no fue hasta el siglo pasado, con la cultura hippie que la puso de moda, cuando se extendió su uso recreativo a toda la sociedad (Carvalho, 2007).

Con el descubrimiento de América llegó a Europa otra sustancia estimulante, la cocaína, la cual era consumida desde muy antiguo en las culturas andinas. Las hojas de esta planta eran mascadas por los trabajadores incas para disminuir los efectos de la altura y de la fatiga. Fue introducida en Europa por los comerciantes tras el descubrimiento de América y, durante un tiempo, su consumo fue bien visto por la sociedad; pero, a principios del siglo XIX, se comenzaron a observar sus efectos negativos, al aumentar las personas en tratamiento y el número de urgencias debidas a su consumo. En la segunda mitad de este siglo los científicos aislaron el principio activo de las hojas de coca, la cocaína, lo cual favoreció su reconocimiento social y científico como tratamiento para algunas enfermedades. A principios del siglo XX decae su consumo a pequeños grupos pero, en la década de los 60, vuelve a resurgir con mucha fuerza (Santodomingo, 2009).

Otra sustancia adictiva es el tabaco. Las hojas de esta planta ya se fumaban muchos siglos antes de la colonización de América. Cuando los españoles llegaron a aquel

continente pensaron que podía tener efectos terapéuticos, entonces trajeron semillas a España para su cultivo y de aquí se extendió a otros países, así fue como se introdujo en Europa. A principios del siglo XVIII se comenzaron a observar los efectos que el tabaco producía en los fumadores, como manos temblorosas e inseguras, continuo movimiento de pies; más tarde se relaciona también con heridas en la nariz producidas por el tabaco esnifado o rapé. Como ocurría con el alcohol, se pensaba que el tabaco fumado con moderación no causaba ningún daño a la salud, sólo enfermaban las personas que consumían abusivamente y quienes lo hacían en la infancia y en la juventud; en ningún momento se pensó en poner medidas disuasorias, preventivas ni asistenciales dirigidas a los consumidores. En el siglo XIX hubo un gran incremento del consumo en todas las clases sociales y se intentó prohibir por los efectos negativos en la salud; no se consiguió y ha sido, y sigue siendo, un problema sanitario importante por la mortalidad y enfermedades asociadas que causa (Pascual, 2009).

De creación más recientes son las denominadas "drogas de síntesis" o "drogas de diseño" que son sustancias elaboradas por síntesis química en laboratorios clandestinos, las cuales han adquirido gran importancia, pues se crearon para imitar los efectos y sustituir a otras drogas menos accesibles. Estas drogas son un compuesto de anfetamina al que se le añaden otras sustancias con efectos alucinógenos. Se distribuyen en forma de pastillas o capsulas y suelen grabar en ellas algún dibujo para identificarlas (Gil Lacruz & Gil Lacruz, 2009). La metilendioximetanfetamina (MDMA), conocida popularmente como "éxtasis", es el prototipo de "droga de diseño". Fue sintetizada en 1914, en los laboratorios alemanes Merck, como sustancia anorexígena, pero no llegó a ser comercializada para este fin. En las décadas de 1950 y 1960 se utilizó con fines de investigación por el ejército norteamericano y, durante la década siguiente, para facilitar la comunicación entre el psicoterapeuta y el paciente. Fue en Estados Unidos, en la década de los 80, donde los "yuppies" y los consumidores de fin de semana comenzaron a utilizar este tipo de sustancias para sustituir a la cocaína. En estos años llega a Europa extendiéndose su consumo debido a la facilidad de administración y a su bajo precio (Muñoz, González, Serrano, Antequera, & Alamo, 2011).

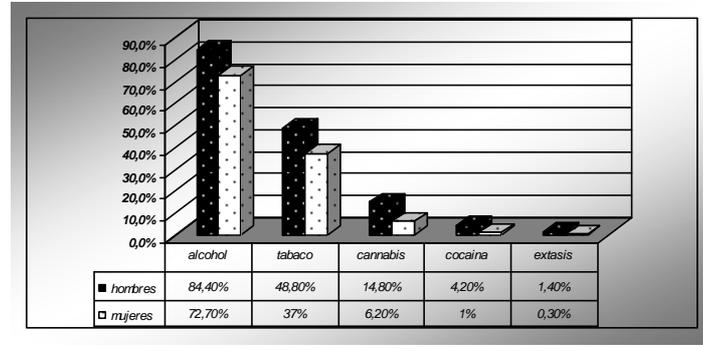
1.3 EL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA.

En España, en la década de los 80, el consumo de drogas estaba ligado a la marginalidad y a la delincuencia. En la actualidad está relacionado con la cultura del ocio. Se han creado nuevas pautas de consumo, se consume a edad más temprana, especialmente los fines de semana, tanto sustancias legales como ilegales y existe una escasa percepción del riesgo que supone su consumo (PNsD, 2007a).

Para conocer la prevalencia y características del consumo de drogas se lleva a cabo una Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que es impulsada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la colaboración de todas las comunidades autónomas, la cual se realiza cada dos años, desde 1995, siendo la última de 2009. De esta última encuesta, realizada entre noviembre de 2009 y marzo de 2010, extraemos los siguientes datos de consumo, en personas comprendidas entre 15 y 64 años (PNsD, 2011): Como se observa en el gráfico siguiente, las drogas más

consumidas son el alcohol y el tabaco con un 84,4% y un 72,7% respectivamente, seguidas por el cannabis con un 14,8%, las drogas de diseño tienen un consumo más reducido, así el éxtasis se encuentra entre el 0,3% y el 1,4% y las anfetaminas entre el 0,3% y el 1,0%, siendo el consumo mayor en los hombres.

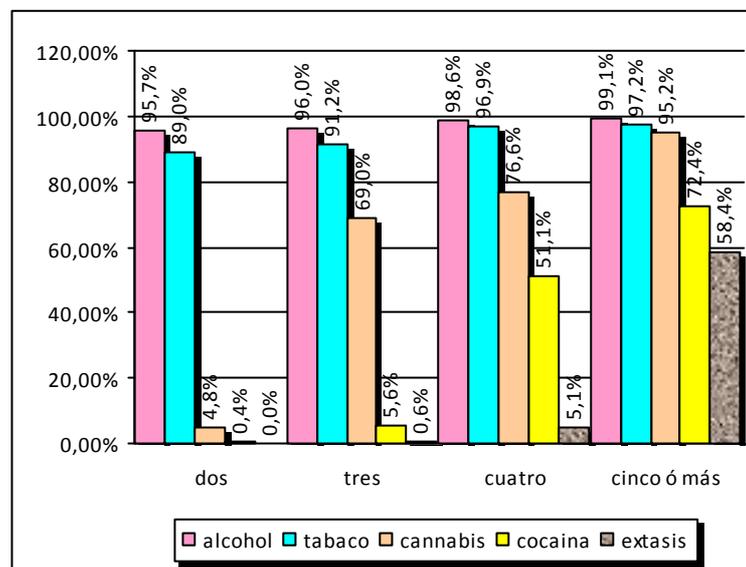
Figura 1. Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (15-64 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. EDADES, 2011. Elaboración propia.

Es frecuente el consumo simultáneo de más de una droga y el alcohol es, en el 90% de los casos, la sustancia que más se asocia a otras. Además, junto al tabaco, está siempre presente en el policonsumo, como puede observarse en el cuadro siguiente:

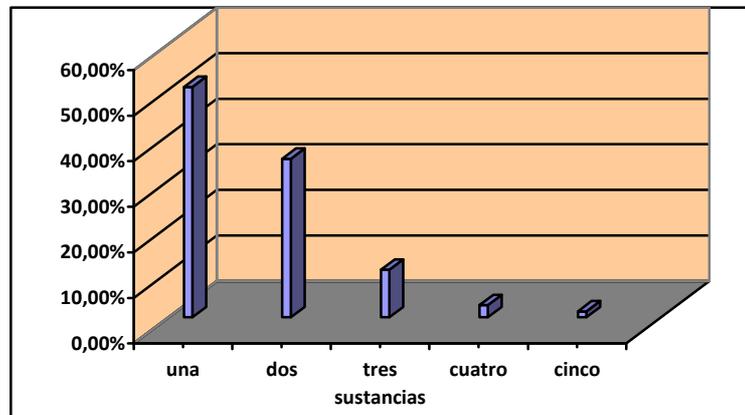
Figura 2. Prevalencia de policonsumo, por tipo de sustancia en los últimos 12 meses (15-64 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. EDADES, 2011. Elaboración propia.

Continuando con los datos de la encuesta EDADES, la prevalencia del consumo de una o dos sustancias es alta, como se observa en el gráfico siguiente, mientras el policonsumo de varias drogas es bajo (PNsD, 2011).

Figura 3. Prevalencia de policonsumo en los últimos 12 meses (15-64 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. EDADES, 2011. Elaboración propia.

CAPÍTULO 2. LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES Y LAS DROGAS

2.1 EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES

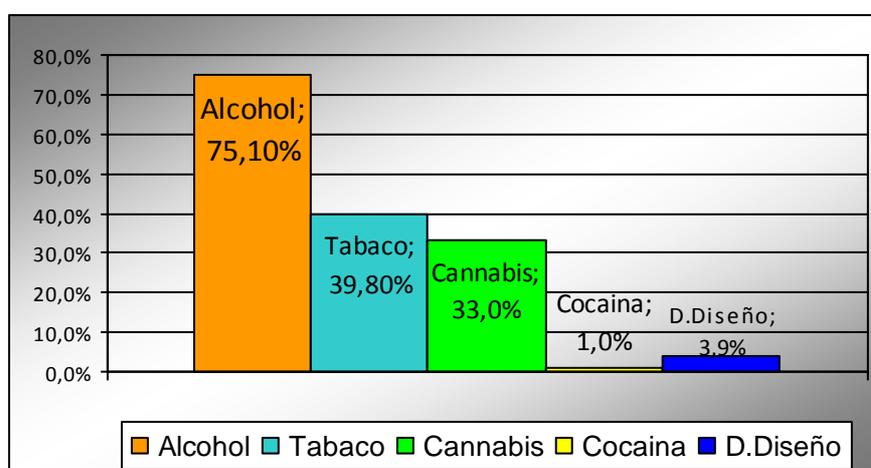
Uno de los problemas de salud pública en la adolescencia, etapa en la vida de las personas comprendida entre los 14 y 18 años, es el consumo de drogas que suele comenzar en la familia o con los amigos, con alcohol y tabaco, para continuar con otras sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño. Este consumo produce trágicas consecuencias de morbilidad, mortalidad y efectos negativos en el ambiente familiar (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2007).

En los últimos años, se han originado cambios en las pautas de consumo, consumiéndose grandes cantidades de alcohol de alta graduación, como cubalibres o licores, generalmente asociados a otras sustancias; preferentemente en grupo, en fin de semana y en espacios públicos y lugares de ocio. Además se observa en los adolescentes una baja percepción del riesgo que ello conlleva (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2007).

Para conocer la prevalencia del consumo de las sustancias psicoactivas en los jóvenes de 14 a 18 años, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas financia e impulsa la realización de la encuesta ESTUDES que se realiza cada dos años, desde 1994, en todo el territorio español. La última, ESTUDES 2010, se llevó a cabo entre noviembre de 2010 y marzo de 2011, a 31.967 alumnos de Enseñanza Secundaria de 857 centros educativos y 1.730 aulas. El cuestionario comprendía preguntas utilizadas en años anteriores y algunas nuevas relacionadas con “nuevas sustancias” (PNsD, 2011).

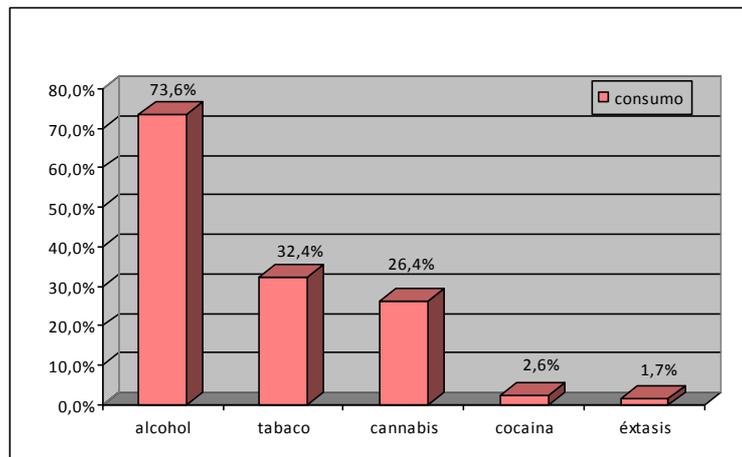
Según esta encuesta, las drogas más consumidas alguna vez en la vida y en los 12 últimos meses son el alcohol, el tabaco y el cannabis, como puede observarse en las figuras siguientes (fig. 4 y 5).

Figura 4. Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (14-18 años).



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia

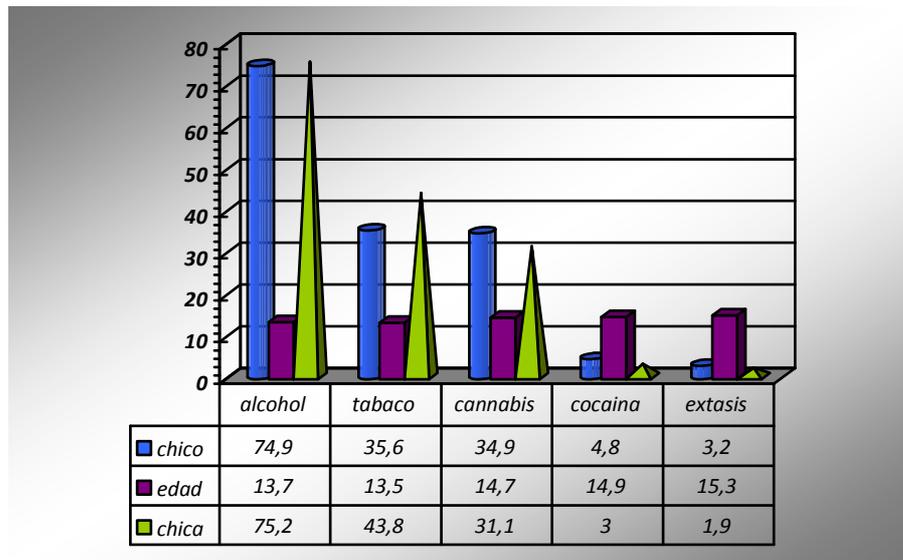
Figura 5. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (14-18 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia.

Las edades medias de inicio para el alcohol y el tabaco se sitúan entre los 13 y 14 años. Les siguen el cannabis y la cocaína, con un inicio entre los 14,7 y 14,9 años, respectivamente, mientras que el éxtasis se comienza a consumir entre los 15 y 16 años (fig. 6).

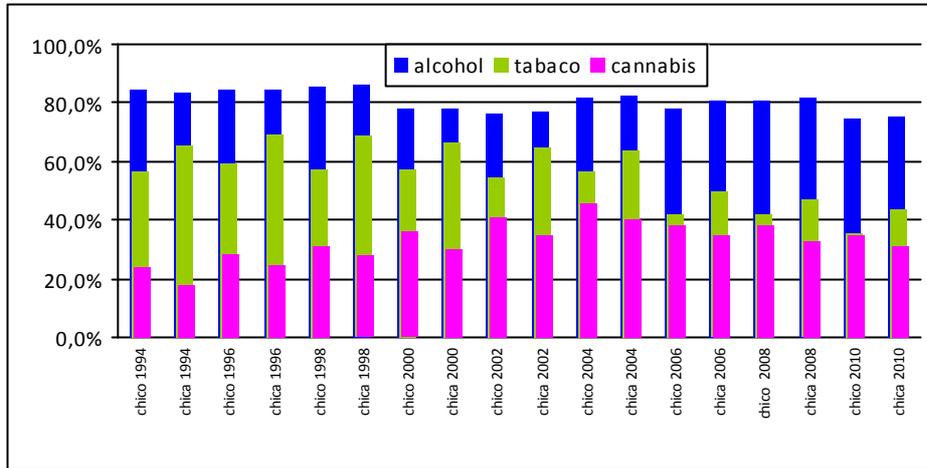
Figura 6. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas y diferencias por sexo (14-18 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia.

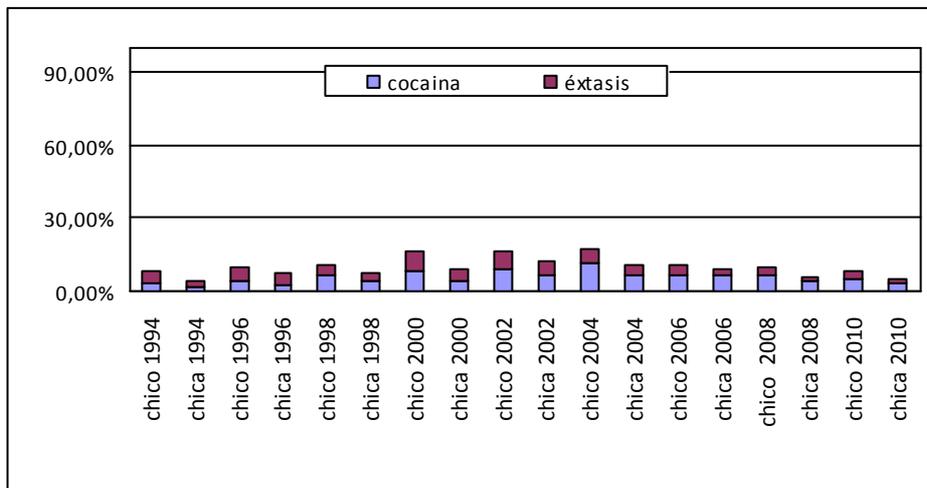
Aunque, como hemos visto, no se han observado diferencias notables en la edad de inicio del consumo entre chicas y chicos, sí en las cantidades y tipos de drogas que consumen, siendo ellos más consumidores de drogas ilegales, ellas más de tabaco, mientras que el consumo de alcohol es similar en ambos sexos (fig. 7 y 8).

Figura 7. Evolución de las prevalencias según sexo alguna vez en la vida (14-18 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia

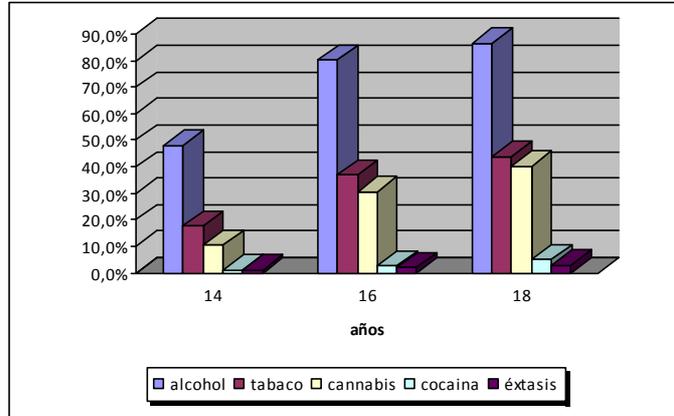
Figura 8. Evolución de las prevalencias según sexo alguna vez en la vida (14-18 años)



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, ESTUDES 2011-Elaboración propia

El consumo de varias sustancias aumenta con la edad, siendo mayor entre los 14 y los 16 años para el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína. El éxtasis, en cambio, aumenta su consumo entre los 16 y los 18 años.

Figura 9. Porcentaje de consumo de drogas en los 12 últimos meses, por edades (14-18 años)

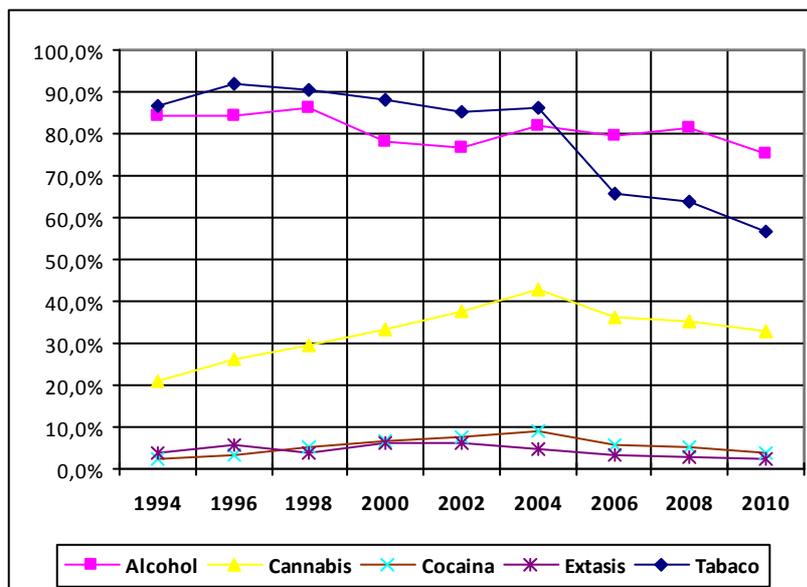


Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia.

Comparando la última encuesta ESTUDES 2010 con las realizadas en años anteriores, puede observarse que (PNsD, 2011):

- Desciende ligeramente el consumo de *alcohol* hasta niveles similares a 2003.
- Desciende significativamente el consumo de *tabaco* desde 2004.
- Desciende ligeramente el consumo de *cannabis*, desde 2004.
- Varía muy poco el consumo de *cocaína* y *éxtasis*.

Figura 10. Evolución del consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (14-18 años).



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTUDES, 2011. Elaboración propia

2.2 FACTORES FAVORECEDORES DEL CONSUMO DE DROGAS

En la época de la adolescencia, el grupo de amigos con el que se relacionan es muy importante para afianzar la identidad individual y social de los mismos, este grupo les permitirá reconocerse a sí mismos con el resto de los componentes del grupo los cuales pueden estar en su misma situación, obteniendo apoyo mutuo, pero esto exige el cumplimiento de unas normas y, si la familia y la escuela, no transmiten unos determinados valores será el grupo de amigos el que aumente su influencia hasta conseguir una total subordinación, de tal manera que esto puede influir en el consumo de drogas (Oteo Pérez, 2009).

El consumo de sustancias, ya sean legales o ilegales, es un fenómeno complejo en el que influyen muchos aspectos, unos favorecedores y, otros, de protección. Si se unen varios favorecedores, los jóvenes serán más vulnerables a experimentar y abusar de las drogas; los protectores contrarrestarán los efectos de los anteriores.

Los factores que favorecen el consumo de drogas se dividen en cuatro grandes grupos (Hidalgo Vicario & Redondo Romero, 2007):

A) Socioculturales, en donde las normas y las costumbres sociales son favorables al consumo. También los medios de comunicación, como la TV e Internet, asemejan las drogas al éxito, la diversión o el glamour, ocultando, o no mostrando, los efectos secundarios que estas producen.

B) Personales en la infancia y la adolescencia, como son el talante y la disposición favorable que muestra la familia hacia las drogas, los conflictos familiares, el abuso físico o sexual, las malas relaciones con los padres, el rechazo en la escuela o la relación con amigos que consumen drogas.

C) Características psicológicas y conductuales. La adolescencia es una etapa de gran riesgo debido a la inmadurez del adolescente y a su inclinación a experimentar nuevas sensaciones, lo que le hace fácilmente influenciado por el entorno. Por otro lado, puede existir fracaso escolar, baja autoestima, trastornos de conducta, ansiedad, depresión e identidad antisocial, lo que le puede llevar a buscar expectativas más favorables a través del uso de las drogas.

D) Debilidad psicofisiológica a los efectos de las drogas.

Se consideran factores protectores frente al consumo de drogas:

- Una familia estable.
- Alta motivación para conseguir metas.
- Buena relación entre los padres y los hijos.
- Conveniente supervisión y normas por parte de los padres.
- Contacto con grupos que realicen deportes, grupos de música, etc.

- Relación con compañeros que conservan actitudes y valores adecuados.

2.3 EFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

Un amplio porcentaje de adolescentes experimentan con las drogas; la mayoría comienzan con el tabaco y el alcohol, para seguir con otras sustancias. Este consumo, ya sea de una o de varias sustancias, les puede producir alteraciones físicas, psicológicas y sociales.

2.3.1 EFECTOS DEL ALCOHOL

La prevalencia y aceptación que el consumo de alcohol tiene en la población general favorece que los adolescentes lo consuman con naturalidad y que no perciban los efectos y riesgos graves que puede tener para su salud, ya que se encuentran en una fase de desarrollo físico y psicológico. Estos efectos van a depender de (Sánchez Pardo, L. 2005a; PNsD, 2007b):

- La cantidad ingerida y la rapidez en que se consume: un gran consumo en muy poco tiempo puede dar lugar a una intoxicación etílica.
- La edad: los más jóvenes tienen menor resistencia al alcohol.
- El peso y el sexo: afecta de manera más grave a quienes tienen menor masa corporal, por esta causa puede producir efectos más negativos en las chicas que en los chicos.
- La combinación con otras sustancias que potencien sus efectos: las bebidas carbónicas, como las tónicas, aceleran la intoxicación; los analgésicos, relajantes y el cannabis potencian los efectos sedantes de ambas sustancias o, la cocaína, cuya toxicidad es más elevada.
- La combinación con determinados alimentos, como los ricos en grasas, que ralentizan los efectos nocivos aunque no evitan los daños.

Dependiendo de todos estos factores el consumo de alcohol puede producir gran cantidad de problemas físicos, psicológicos y sociales, tanto para el adolescente como para las personas que le rodean, su familia, amigos o en el colegio, siendo los accidentes de tráfico uno de los más graves por la morbimortalidad que producen.

Los problemas que ocasiona el consumo abusivo del alcohol pueden ser (Sánchez Pardo, L. 2005a; PNsD, 2007b):

Efectos del alcohol en la salud del adolescente.

Efectos agudos y a corto plazo:

Perdida de la capacidad de autocontrol.

Mayor fluidez verbal.

Sensación de bienestar y risa fácil.

Desinhibición de la conducta y las emociones.

Sensación de euforia y excitabilidad.
Problemas para coordinar movimientos, confusión mental y lenguaje incoherente.
Deterioro de la atención, la memoria y la concentración.
Aumento de los tiempos de reacción.
Deterioro del juicio y una falsa sensación de seguridad.
Alteraciones auditivas y visuales.
Sueño y cansancio.
Intoxicación etílica.
Lesiones y muertes por conducir bajo los efectos del alcohol.

Efectos a largo plazo:
Trastornos digestivos, neurológicos y psiquiátricos.
Comportamientos agresivos.
Dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.

2.3.2 EFECTOS DEL TABACO

El tabaco produce una gran dependencia originada por una de las sustancias que lo componen, la nicotina. Ésta, a dosis bajas, es estimulante del Sistema Nervioso Central, mientras que en altas dosis produce gran adicción; por lo que es necesario consumirla con más frecuencia para alcanzar un estado satisfactorio y, así, evitar el síndrome de abstinencia (Sánchez Pardo, L. 2005b).

Los efectos que produce el tabaco son muchos y graves, algunos se perciben rápidamente, pero otros tardan en manifestarse mucho tiempo, por eso la percepción de riesgo es baja y muchos fumadores piensan que a ellos no les afecta. (Sánchez Pardo, L. 2005b).

Efectos del tabaco en la salud del adolescente. Elaboración propia.

Efectos a corto plazo:
Tos, expectoración.
Mareos y náuseas.
Irritación de los ojos y la garganta.
Fatiga y disminución del rendimiento deportivo.
Mal aliento.
Pérdida de olfato.
Catarrros de repetición.

Efectos tardíos:

Enfermedades respiratorias.

Enfermedades cardiovasculares.

Diversos tipos de cáncer.

Tolerancia (necesidad de un consumo mayor), dependencia (a la nicotina) y síndrome de abstinencia (necesidad de volver a consumir para evitar el malestar general).

Los efectos negativos del tabaco afectan, además, a los llamados “fumadores pasivos”, es decir, a todas las personas que están alrededor del fumador y, en mayor medida, a los niños (riesgo de muerte súbita en el lactante, asma, etc.), mujeres embarazadas (aumenta el riesgo de aborto espontáneo, niños de bajo peso al nacer, etc.) y a personas mayores (las patologías respiratorias, cardiovasculares, etc. de estas personas al asociarse con los efectos nocivos del tabaco, pueden agravarse) (PNsD, 2007a).

2.3.3 EFECTOS DEL CANNABIS.

El consumo de derivados del cannabis, como el hachís o la marihuana, producen efectos, incluso en dosis bajas, que interfieren en los procesos cerebrales básicos. Si el consumo se mantiene durante largo tiempo y de manera continuada sus efectos negativos para la salud dependerán de la edad, la dosis, las sensaciones esperadas o la personalidad, entre otros (Sánchez Pardo, L. 2005c).

Efectos del cannabis en la salud del adolescente.

Efectos tras el consumo:

Excitación inicial.

Problemas de coordinación intelectual, del sueño y del movimiento.

Locuacidad y facilidad en las relaciones sociales.

Alteración del ritmo cardíaca y de la presión arterial.

Confusión, dificultad para memorizar cosas y para expresarse.

Dificultad de concentración.

Alteración de la atención y la alerta.

Alteración de los colores, sonidos, etc.

Sequedad de boca, enrojecimiento de ojos, aumento del apetito.

Efectos a medio y largo plazo.

Desinterés por las cosas, abandono, depresión.

Accidentes de tráfico.

Alteraciones del metabolismo.

Reducción del sistema inmunitario.

Alteraciones respiratorias.
Alteración de las hormonas sexuales.
En algunas personas facilita la aparición de trastornos psiquiátricos.
Problemas cardiovasculares. Cáncer.
Dependencia (física y psicológica), tolerancia (necesita consumir más para obtener el efecto deseado) y síndrome de abstinencia (si se interrumpe el consumo aparece ansiedad, temblores, etc.)

2.3.4 EFECTOS DE LA COCAINA.

Los efectos negativos del consumo de cocaína tardan en aparecer pero, lamentablemente, son muchos y evidentes, como lo demuestra la gran demanda de asistencia que existe actualmente por esta causa. La cocaína actúa estimulando intensamente el Sistema Nervioso Central y, dependiendo de la persona, la dosis o la forma de administración, su efecto puede ser rápido o tardío (Sánchez Pardo, L. 2005d).

Efectos de la cocaína en la salud del adolescente.

Efectos tempranos tras el consumo:
Aumento de la actividad y excitación.
Cambios emocionales.
Aumento en la capacidad de atención y concentración de forma pasajera.
Aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial.
Dilatación de pupilas.
Efectos a medio y largo plazo:
Trastornos psíquicos, psicosis, esquizofrenia.
Alteraciones importantes a nivel circulatorio, respiratorio, digestivo y neurológico.
Si la vía de administración es nasal, existe:
 Pérdida de olfato.
 Hemorragias nasales.
 Ronquera.
 Perforación nasal.
Si la vía de administración es intravenosa, existe:
 Reacciones alérgicas a la droga o algún componente.
 Enfermedades infecciosas.
Pérdida de peso.
Dependencia y muerte por sobredosis.

2.3.5 EFECTOS DE LAS DROGAS DE DISEÑO (ÉXTASIS).

Las drogas de diseño o de síntesis producen, al igual que el resto de las drogas, diferentes efectos dependiendo de la edad, la personalidad, el lugar de consumo, la dosis o el grado de pureza de la droga. Sus efectos pueden ser agradables pero también negativos y no deseados. El éxtasis o MDMA, como la mayoría de las drogas de síntesis, se consume por vía oral en forma de pastillas o cápsulas; su absorción es lenta, ya que tiene que pasar del aparato digestivo a la sangre, por lo que puede pensarse que no ha hecho efecto y repetir la dosis, con el riesgo de sobredosis. Existen efectos negativos del éxtasis que desaparecen a las pocas horas del consumo y otros a largo plazo, incluso mucho tiempo después de haber consumido (Sánchez Pardo, L. 2005e).

Los Adolescentes y las drogas de diseño (éxtasis).

Efectos inmediatos después del consumo:

Nauseas, pérdida de apetito.
Sequedad de boca, sudoración.
Temblores, movimientos involuntarios.
Aumento de la temperatura corporal.
Confusión, agobio, ansiedad.
Deshidratación.

Efectos a largo plazo:

Trastornos del sueño.
Agresividad, ataques de pánico.
Ansiedad, depresión severa.
Pérdida de memoria y dificultad de concentración.
Alucinaciones visuales y perceptivas, pérdida de contacto con la realidad.
Tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN FRENTE A LAS DROGODEPENDENCIAS.

3.1 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGAS.

Para tratar de evitar el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes se realizan diferentes programas de prevención y, para que éstos ofrezcan buenos resultados, se han descrito unos principios que influyen en su elección y aplicación, como son (Zarco Montejo, Caudevilla Galligo, López Santiago, Álvarez Mazariegos, & Martínez Osorio, 2007):

- Centrados en modificar el comportamiento.
- Adaptados a la edad y a la etapa de desarrollo de la población a la cual van dirigidos.
- Enfocados hacia los padres, por la constante influencia que éstos tienen sobre los hijos.
- Dirigidos a analizar la influencia de los grupos y el medio en que se encuentra el adolescente.
- Encaminados a sopesar la influencia de los medios de comunicación.
- En el medio escolar.
- Prolongados en el tiempo y evaluados con periodicidad para comprobar que se consiguen los objetivos.

Al plantear la intervención preventiva ante las drogas, es necesario hablar de la prevención, de un programa preventivo y de tratamiento. Se entiende que la prevención de drogodependencias en adolescentes se dirige a desarrollar iniciativas encaminadas a modificar y mejorar su aprendizaje así como las capacidades y habilidades que favorezcan su autocontrol y resistencia frente a la oferta de drogas. Un programa preventivo es un grupo de actividades conectadas entre sí para impedir, o retrasar, el inicio del consumo y su abuso. Y, el tratamiento, persigue la búsqueda de una solución rápida, más a nivel biológico que psicológico, con la meta de conseguir la abstinencia y mejorar el grado de salud, utilizando técnicas concretas y recursos importantes, integrado en el sistema de salud y desarrollado por equipos multidisciplinarios con formación específica (Becoña Iglesias, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), define la prevención como (Española, C.R., 2010, p. 55):

Conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de las enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

Estas medidas están dirigidas a promover la salud para disminuir la probable aparición de problemas, intentando que los adolescentes aprendan a reconocer los mismos, considerando las posibles opciones que existen para solucionarlos, a tantear las

consecuencias de cada medida y a ser capaces de proyectar una actividad sin la necesidad de recurrir a acciones no saludables. (Española, C.R, 2010)

La intervención sobre el consumo de drogas en la adolescencia se orienta a disminuir el riesgo asociado al consumo, más que a evitarlo, lo que resultaría idealista y utópico. Por este motivo, los fines que se persiguen son (Becoña Iglesias, 2002; Española, C.R., 2010):

- * Retrasar la edad de inicio del consumo.
- * Limitar la cantidad y clase de sustancias.
- * Educar para que se conozcan las consecuencias que pueden originar el consumo.
- * Evitar el paso de la prueba al abuso y a la dependencia.
- * Modificar las condiciones socioculturales para que actúen como protectoras.
- * Proporcionar acciones de vida saludable.

Existen dos grandes bloques de intervención preventiva, unas se dirigen a la reducción de la oferta y otras a la reducción del consumo o de la demanda.

Para llevar a cabo la reducción de la oferta de drogas en España, se actúa desde la Secretaría de Estado de Seguridad y desde el Plan Nacional de Drogas, mediante sus competencias y coordinando los distintos Servicios y Unidades, especialmente con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Se actúa desde tres frentes: combatiendo a las organizaciones internacionales dedicadas al tráfico de drogas, en coordinación con otros países; luchando contra la distribución de las mismas en el mercado nacional y, por último, limitando la disponibilidad y venta de drogas a los consumidores.

En el otro bloque de intervención dirigido a la reducción de la demanda, se actúa con la población de riesgo, enseñando a rechazar el ofrecimiento de drogas; realizando un tratamiento adecuado para reducir los daños que produce el consumo, y proporcionando y favoreciendo la asistencia e incorporación a la sociedad de las personas consumidoras (Becoña Iglesias, 2002).

Existen distintas clasificaciones de modelos de prevención, como el descrito por Caplan (1980), en el cual las actuaciones se realizan de una forma integral y complementaria, dividiéndolas en tres niveles (Becoña Iglesias, 2002; Española, C.R., 2010):

Prevención primaria: dirigida a las personas que no consumen. Se realiza educación sanitaria, basada en el fomento, cuidado y educación para la salud, mediante información básica sobre las drogas y sus efectos y promocionando estilos de vida saludables.

Prevención secundaria: se orienta a la detección precoz y tratamiento de los consumidores, favoreciendo el reconocimiento de las señales de alarma y actuando para evitar las consecuencias. Pueden ser señales de alarma:

- . Cambio brusco en el cuidado y aseo personal.

- . Trastornos del sueño.
- . Pérdida o aumento de peso.
- . Disminución del rendimiento escolar.
- . Aislamiento.
- . Disminución de la comunicación verbal y afectiva.
- . Abandono de aficiones.
- . Cambios bruscos de humor.
- . Pérdida de responsabilidad

Prevención terciaria: se dirige a la rehabilitación de los adolescentes con dependencia a las drogas.

Años más tarde, Gordon (1987) presenta un nuevo modelo de prevención, el cual es aceptado por la NIDA (National Institute on Drug Abuse, uno de los 27 institutos y centros que componen los Institutos Nacionales de la Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), también con tres niveles (Becoña Iglesias, 2002; Española, C.R., 2010):

. Prevención universal, se dirige a todos los adolescentes, al considerar que todos tienen el mismo riesgo. Las intervenciones deben desarrollarse en el medio educativo, laboral y comunitario.

. Prevención selectiva, se dirige a el subgrupo de adolescentes con más riesgo de ser consumidores porque están sometidos a factores favorecedores bio-psicológicos, ambientales o sociales. En esta prevención selectiva se actúa en los estilos de vida y en los aspectos diarios de cada grupo.

. Prevención indicada, se dirige a un subgrupo concreto con problemas de comportamiento asociados a un alto consumo de drogas. Es la intervención más intensa y va dirigida a detener o disminuir el consumo.

Los programas de prevención pueden desarrollarse en la escuela, etapa de socialización importante e ideal para la realización de la prevención; en la familia, o en el medio laboral; teniendo presente que el programa debe adaptarse a las características del grupo al que va dirigido y basarse en tres ejes centrales: la sustancia consumida, la persona o colectivo y el entorno social. (Vicario, Álvarez, & Rodríguez, 2006; Española, C.R., 2010)

La prevención escolar es la más desarrollada, ya que posibilita acceder a todos los adolescentes escolarizados, tanto a los que no consumen como a aquellos que se han iniciado en el consumo (Vicario et al., 2006; Española, C.R., 2010).

Para que sea eficaz un programa de prevención escolar, debe centrarse en:

- Informar sobre las drogas.

- Plantear las acciones preventivas durante el tiempo de escolarización.
- Enseñar habilidades para reducir los factores de riesgo y potenciar los protectores.
- Ayudar a los jóvenes para que puedan tomar decisiones de forma responsable en situaciones difíciles.
- Favorecer y potenciar las habilidades de comunicación.
- Adiestrar en técnicas de control emocional.
- Proponer un ocio saludable.
- Desarrollar una buena comunicación dentro de la familia.

Sin embargo, gran parte de los adolescentes sobre los que se necesita actuar no están en la escuela ya que presentan fracaso escolar y la han abandonado. Por este motivo es necesario desarrollarlos también en el medio familiar y comunitario y comprometer al entorno social para facilitar una vida saludable y de no consumo.

Las familias son fundamentales en la etapa de la adolescencia, si están bien estructuradas facilitarán los cambios y la adaptación de los adolescentes a la sociedad. Es por ello que se hace necesario realizar programas preventivos dirigidos a ellas, para aumentar la participación de los padres en la educación de sus hijos y mejorar la comunicación entre ellos. Sin embargo, existe un problema importante para llevar a cabo este tipo de prevención que es la poca participación de los padres, por lo que es necesario que los programas impulsen el aprendizaje de destrezas de comunicación y educativas de los padres, que refuercen el sentido de competencia y capacidad para resolver los problemas y concienciarlos de su importancia como agentes de salud para sus hijos. Por ello, debería dirigirse la intervención preventiva a familias problemáticas en donde alguno de sus miembros consume o tiene riesgo de consumir drogas (Becoña Iglesias, 2002).

La prevención comunitaria persigue prevenir el consumo de drogas en la comunidad poniendo en marcha diferentes técnicas para lograr el objetivo de intensificar la sensibilidad hacia los mensajes y las normas de la comunidad frente al abuso de drogas. Este tipo de intervención tiene la ventaja de englobar a instituciones y colectivos de la comunidad, de tal manera que la intervención será más efectiva, pues los mensajes llegarán a más personas y medios y permitirá actuar sobre más factores de riesgo. Todo ello realizando un buen proyecto y contando con una buena organización y con medios suficientes (Becoña Iglesias, 2002).

Existen muchos programas de prevención en el territorio nacional. Algunos son realizados en varias Comunidades Autónomas, como *Prevenir para Vivir*: programa fomentado y creado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), dirigido a niños y adolescentes de 3 a 15 años, en el ámbito escolar, con un planteamiento práctico. Se compone de una guía por curso escolar, un cuaderno para el alumno y material para el centro. *Órdago*: programa que permite, en el medio escolar, familiar y comunitario, establecer un proceso encaminado a modificar las causas asociadas al consumo de drogas. Otras Comunidades Autónomas tienen, además, otro tipo de programas (Española, C.R. 2010).

3.2 LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN CANTABRIA.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria se realizan programas dirigidos a jóvenes de 16 a 18 años, como: *Y tu ¿qué piensas?*, en el que profesores y alumnos debaten sobre temas relacionados con la vida de los jóvenes. Otro que se utiliza es: *Pasa la vida, las dos caras del consumo* que va dirigido a estimular la reflexión y el debate sobre la idea que se tiene sobre el consumo de drogas y eliminar la mitificación de los beneficios del consumo, utilizando material audiovisual y trabajo en grupo.

En el medio familiar las actividades se han dirigido a la formación de las familias con el objetivo de favorecer un enfoque apropiado del uso y abuso de las drogas y proporcionar estrategias que faculten a los padres como agentes preventivos. (PRsD, Cantabria, 2010).

Así mismo, dentro de la Estrategia sobre Drogas 2009-2013, se ha incorporado un programa selectivo de prevención dirigido a la etapa adolescente denominado "Intervención en adolescentes con conductas de riesgos asociadas al consumo de sustancias adictivas". En este programa, así como los dirigidos a los distintos ámbitos escolares, familiares, de ocio y laborales, se proponen una serie de objetivos generales, específicos y estrategias que se enumeran a continuación (PRsD, Cantabria, 2010):

- Desarrollar hábitos de vida saludable entre los jóvenes.

<u>Objetivos</u>	<u>Estrategias</u>
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar e informar a la población escolar.• Aumentar la cobertura de los programas en Educación Primaria.• Sensibilizar, informar y motivar al profesorado.• Aumentar la participación de los escolares en los programas de prevención.	<ul style="list-style-type: none">• Campañas de sensibilización e información dirigidas a los jóvenes con contenido de riesgo y daño.• Información de diferentes drogas y el riesgo del consumo.• Ofertando a los centros escolares nuevos programas de prevención.• Difundiendo programas y experiencias de prevención escolar.• Orientando, asesorando y motivando a los profesores para poner en marcha actividades y programas de prevención

Datos recogidos de "Estrategias sobre Drogas en Cantabria 2009-2013"

- Aumentar las competencias educativas de los padres.

<u>Objetivos</u>	<u>Estrategias</u>
<ul style="list-style-type: none"> ◻ Sensibilizar e informar a los padres para que se involucren en los programas de prevención de drogodependencia. ◻ Incrementar la participación de los padres en programas de prevención familiar 	<ul style="list-style-type: none"> · Campañas informativas de las distintas sustancias y las consecuencias del consumo. · Editando y distribuyendo material específico.

Datos recogidos de "Estrategias sobre Drogas en Cantabria 2009-2013"

- Explicar a los jóvenes destrezas y habilidades para evitar el consumo de drogas.

<u>Objetivos</u>	<u>Estrategias</u>
<ul style="list-style-type: none"> ◻ Sensibilizar e informar a los adolescentes en los lugares de ocio del riesgo asociado al consumo de drogas. ◻ Apoyar a las entidades locales y sociales que desarrollan iniciativas con los jóvenes desarrollando actividades alternativas al consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Difundiendo material informativo sobre las distintas sustancias y consecuencias en lugares de ocio. · Incorporando información en las oficinas de información juvenil. · Concediendo subvenciones a entidades y ayuntamientos sin ánimo de lucro para la realización de actividades de ocio alternativo. · Realizando acciones de orientación, asesoramiento e información a profesionales de estas entidades.

Datos recogidos de "Estrategias sobre Drogas en Cantabria 2009-2013"

- Evitar o disminuir en los trabajadores el consumo de drogas.

<u>Objetivos</u>	<u>Estrategias</u>
<ul style="list-style-type: none"> ◻ Apoyar a organizaciones sindicales y empresariales para mejorar e incrementar intervenciones de sensibilización, información, orientación y formación de los trabajadores. 	<ul style="list-style-type: none"> · Concediendo subvenciones para el desarrollo de actuaciones preventivas. · Apoyando, asesorando y colaborando con agentes laborales para la elaboración de programas preventivos.

Datos recogidos de "Estrategias sobre Drogas en Cantabria 2009-2013"

- Evitar el inicio temprano de consumo de drogas entre los adolescentes, así como impedir que un consumo ocasional de drogas se transforme en un problema.

<u>Objetivos</u>	<u>Estrategias</u>
<ul style="list-style-type: none"> º Fortalecer los factores de protección y promover la reducción de factores de riesgo. º Fomentar actitudes y comportamientos responsables. º Promover entre padres, profesores y equipos de Atención Primaria la detección precoz de consumos y situaciones de riesgo. º Aumentar las competencias de las familias en el manejo de los comportamientos conflictivos de los hijos y en las competencias educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Revisando los programas específicos y materiales didácticos para superar los factores de riesgo. · Realizando una intervención terapéutica temprana con adolescentes con consumos incipientes o en procesos de riesgo. · Asesorando y dotando a los padres, profesores y equipos de Atención Primaria de habilidades o herramientas de detección precoz de los consumos y de situaciones de riesgo. · Elaborando nuevos materiales de difusión del Programa De Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas Al Consumo de Drogas. · Estableciendo mecanismos de coordinación entre profesionales equipos de A. Primaria, profesores y padres. · Asesorando y formando a los profesores en habilidades, herramientas de detección precoz y gestión en el manejo de las múltiples circunstancias relacionadas con los procesos de riesgo y consumos.

Datos recogidos de "Estrategias sobre Drogas en Cantabria 2009-2013"

La información relacionada con las drogas en Cantabria, al igual que en el resto de las Comunidades Autónomas de España, se apoya en sistemas de información rápidos, sencillos y fiables con los que efectúa una búsqueda continua de los problemas de las drogodependencias. Las modas o variaciones en el consumo de drogas son constantes y de una ligereza asombrosa, por eso es importante tener datos sobre las tendencias así como localizar a tiempo nuevas conductas, consumos o drogas para tomar decisiones y planificar nuevas intervenciones (PRSD, Cantabria, 2010).

La enfermería, como componente de un equipo multidisciplinar, puede desde hospitales, centros para jóvenes y, sobre todo, desde Atención Primaria, lugar donde más se realiza atención sanitaria continuada e integral, colaborar con el cuidado de las personas, las familias y la comunidad en las diferentes etapas de su vida y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. En los colegios, donde los expertos estiman que es un espacio importante de actuación en prevención, se puede desarrollar programas eficaces de prevención de drogas colaborando de manera coordinada con el profesorado (Zarco Montejo et al., 2007).

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña Iglesias, E. (2002). Conceptos básicos en la prevención de las drogodependencias. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias* (pp. 65-108). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Carvalho, J. T. C. (2007). Historia de las drogas y de la guerra contra su difusión. Recuperado de: http://www.works.bepress.com/jose_theodoro_carvalho/1.
- Del Moral, M., Fernández, P.L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (3ª Ed.). Madrid (ES): Medica Panamericana; 2009.
- Española, C. R. (2010). Abordajes de la intervención desde la prevención, la atención y el tratamiento. *Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención* (pp. 53-88). Madrid: Cruz Roja Española.
Disponibile en: <http://www.cruzroja.es/guiajuventud/index.html>
- Gil Lacruz, M., & Gil Lacruz, A. I. (2009). Consumo de drogas de diseño entre los adolescentes españoles: Determinantes demográficos y psicosociales. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 12, 137-152.
- Hidalgo Vicario, M. I., & Redondo Romero, A. M. (2007). Adolescentes y drogas: un reto para los profesionales sanitarios. *Evidencias en pediatría*, 3(3), 60.
- Muñoz, F. L., González, E., Serrano, M., Antequera, R., & Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II). *Cuadernos de medicina forense*, 17(2), 67-75.
- Osuna Fuentes, J. M. (2005). Drogas:¿ un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona: Revista de estudios locales*, 3, 1269-1291.
- Oteo Pérez, A. (2009). Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 155-177.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. En Torres, M.A. (Ed.). *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (pp. 13-35). Barcelona: Socidrogalcohol.

Plan Nacional sobre Drogas, (2007a). *Guía sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/guiadrogas.pdf>.

Plan Nacional sobre Drogas. (2007b). *Alcohol. Informe nº 2 de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas, 2011. *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/oed2011.pdf>

Plan Regional sobre Drogas de Cantabria, 2010. Áreas de actuación. *Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013*. Santander: Gobierno de Cantabria. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/conserjeria/drogodependencias/Estrategias%202009-2013.pdf>.

Sánchez Pardo, L. (2005a). Los adolescentes y el alcohol. *Guía de adolescentes*.

Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/_/_/_

Sánchez Pardo, L. (2005b). Los adolescentes y el tabaco. *Guía de adolescentes*.

Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/_/_/_

Sánchez Pardo, L. (2005c). Los adolescentes y el cannabis. *Guía de adolescentes*.

Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/_/_/_

Sánchez Pardo, L. (2005d). Los adolescentes y la cocaína. *Guía de adolescentes*.

Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/_/_/_

Sánchez Pardo, L. (2005e). Los adolescentes las anfetaminas y las drogas de síntesis.

Guía de adolescentes. Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/_/_/_

Santodomingo, J. (2009). Historia de las adicciones y su abordaje en España. En Torres, M. A. (Ed.). *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (pp. 37-66). Ed. Barcelona: Socidrogalcohol.

Vicario, M. I. H., Álvarez, J. L. M., & Rodríguez, M. P. G. (2006). Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Revista pediatría de atención primaria*, 8 (Supl 3):S113-27.

Zarco, J., Caudevilla, F., Lopez, A., Alvarez, JA., Martinez, S. (2007). Justificación. *El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semfyc; 2007. Pag. 1-5.