

**ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS E
INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN DROGODEPENDENCIAS EN LA
COMUNIDAD DE CANTABRIA**

**ANALYSIS OF TRENDS IN DRUG USE AND PREVENTIVE INTERVENTION IN DRUG
ADDICTIONS IN THE COMMUNITY OF CANTABRIA**



Autora: Nuria Liaño Martín

Directora: Rebeca Abajas Bustillo

**Curso de Adaptación al Grado en Enfermería.
E.U.E. Casa Salud Valdecilla.
Universidad de Cantabria.
Trabajo Fin de Grado. Junio 2014**

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract	2
2. Introducción	3
3. Evolución del marco legislativo en drogodependencias	6
4. Algunas precisiones conceptuales	9
5. Análisis de la situación de las drogodependencias en Cantabria	15
6. Drogas emergentes	20
7. Intervención preventiva en drogodependencias	22
7.1 Planes de acción y líneas estratégicas	22
7.2 Áreas de prevención en Cantabria	24
8. Conclusiones	28
9. Referencias bibliográficas	30
10. Anexos	33
10.1 Anexo 1. Criterios para el abuso de sustancias	33
10.2 Anexo 2. Síndrome de dependencia	33
10.3 Anexo 3. Criterios para la dependencia de sustancias	34
10.4 Anexo 4. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España	35
10.5 Anexo 5. Clasificación de las drogas emergentes	35
10.6 Anexo 6. En la huerta con mis amig@s	38
10.7 Anexo 7. La Aventura de la Vida	38
10.8 Anexo 8. ¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas	38
10.9 Anexo 9. Programa seminario Cine en la Enseñanza 2013 – 2014	38
10.10 Anexo 10. Y tú ¿Qué piensas?	38
10.11 Anexo 11. Formación	38

1. RESUMEN

El uso de drogas se lleva realizando desde tiempos inmemoriales con diferentes propósitos, pero la normalización y generalización, ha provocado que las drogodependencias se consideren un problema de Salud Pública. Por ello, las intervenciones a nivel comunitario, nacional y europeo en materia de drogodependencias, van encaminadas a disminuir el impacto sociosanitario en la población.

La evolución en la mejora de los programas intervencionistas en Cantabria ha sido positiva, incrementando conocimientos y ámbitos de actuación, sin embargo, el fenómeno de las drogodependencias está en continuo cambio, siendo necesaria una evolución paralela en la mejora de las intervenciones preventivas. La enfermería se presenta en primera línea de actuación, pero su actividad preventiva ha tenido un escaso desarrollo y participación en ámbitos como el escolar, familiar y laboral, terrenos con grandes posibilidades de explorar donde la tímida participación enfermera comienza a hacerse patente.

Como ciudadanos, principalmente dedicados al cuidado, debemos proteger la salud de los individuos mediante intervenciones adecuadas, para ello, es necesario tener conocimiento de la magnitud del problema de salud. El presente trabajo, muestra un modesto acercamiento al análisis para el progreso en el ejercicio de la intervención enfermera.

Palabras clave: *drogas, consumidores de drogas, drogas ilícitas, abuso, control de medicamentos y narcóticos.*

ABSTRACT

Drugs has been used since inmemorial time for different purposes, but the standardization and widespread of its uses makes drug addiction a Public Health problem. Interventions at the community, national and European level in drug addiction's field, are aimed to reduce public health impact on the population.

Improvement on interventional programs over the years in Cantabria has had a positive evolution, increasing knowledge and policies. A parallel evolution of preventive interventions is needed as drug addiction is a phenomenon constantly changing.

Nursing comes in first line of action, but their preventive activity so far has had poor development and participation in areas such as school, work and family. Areas with great potential to explore where nursing participation has been shy and begins to become apparent.

As citizens, but mainly as persons dedicated to the care of the general population, we must improve the health of individuals through appropriate interventions. Know the magnitude of the problem is necessary for this purpose. This monography is a modest approach to the analysis for the improvement of nursing intervention .

Keywords: *drugs, drug users, street drugs, abuse, drug and narcotic control.*

2. INTRODUCCIÓN

Según el *“Informe Mundial sobre las Drogas 2012”* de la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)¹, a pesar de que *“el consumo de drogas parece haberse estabilizado en todo el mundo”*, alrededor del 5 % de la población mundial, consumieron algún tipo de droga ilícita al menos una vez en 2010. Esto supone una cifra de unos 230 millones de adultos (15-64 años). De ellos, unos 27 millones con problemas graves por consumo de drogas. Las drogas ilegales, causan 0.2 millones de muertes al año en todo el mundo. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) en su *“Informe Europeo sobre drogas 2013”*², basado en datos del 2010, indica que la cuarta parte de la población adulta europea, es decir, aproximadamente 85 millones de europeos, consumieron en algún momento de su vida una droga ilegal, siendo la causa de 7000 muertes por sobredosis ese mismo año. En España según el Instituto Nacional de Estadística³, las sobredosis mortales por drogas han aumentado en un 44% en dos años, pasando de 434 muertes en el año 2010 a 626 en 2012³.

El consumo de drogas y las drogodependencias es una de las problemáticas con mayor impacto en nuestra sociedad, debido a sus implicaciones sanitarias, sociales, económicas, etc. La Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁴ indica que el uso indebido de drogas a nivel mundial, se encuentra dentro de los 20 principales factores de riesgo para la salud, y a nivel de los países desarrollados se sitúa entre los 10 más importantes. De modo que conocer la situación que nos rodea actualmente, es imprescindible para diseñar estrategias de promoción de la salud así como campañas de prevención.

Las actuaciones relacionadas con el uso de sustancias deben ser parte de un proceso continuo, ya que el fenómeno de las drogas se halla en constante cambio y evolución, tanto es así, que las campañas preventivas se quedan obsoletas en cortos periodos de tiempo debido a la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado. Para ello se deben involucrar todos los niveles de la red asistencial, con especial dedicación en la prevención y detección temprana, lugar dónde enfermería juega un papel crucial, puesto que es la puerta de entrada para el conocimiento sobre drogas de la sociedad en general.

El presente trabajo muestra un análisis del panorama general del consumo de drogas en la Comunidad autónoma de Cantabria, teniendo siempre presente la pertenencia de la comunidad a un grupo mayor como son España y Europa, cuyas instituciones, en ambos casos, marcan las directrices en cuanto a políticas intervencionistas se refiere, y son territorios que nos muestran el surgir de nuevos mercados de sustancias emergentes a tener en cuenta.

El objetivo general de este trabajo es:

- Analizar el papel de la enfermería en la prevención en drogodependencias en la Comunidad de Cantabria.

Los objetivos específicos son:

- Señalar la evolución de las políticas intervencionistas que han determinado el marco legislativo actual en drogodependencias.
- Describir conceptos propios en materia de drogodependencias.
- Analizar las variaciones a lo largo del tiempo de los patrones de consumo de drogas de la población cántabra en comparativa con España y Europa.
- Describir la intervención preventiva en drogodependencias en la Comunidad de Cantabria.
- Identificar las nuevas tendencias de consumo de la población.

En primer lugar se muestra el marco normativo que ha determinado la evolución de las intervenciones que en materia de drogodependencias se establecen en Cantabria. Seguido de un bloque de precisiones conceptuales, donde se pretende clarificar términos para poder proseguir con el tercer capítulo, donde se realiza un análisis retrospectivo de la situación del consumo de drogas en la Comunidad de Cantabria, en comparativa con España y Europa, lugares determinantes que nos muestran las posibles pautas de consumo en años venideros. En cuarto lugar, se realiza una breve mención a las recomendaciones europeas sobre “drogas emergentes”, nuevas tendencias de consumo en la población, a tener en cuenta. Y por último, se lleva a cabo una revisión de aquellas intervenciones preventivas en la comunidad, dirigidas por el Plan Regional sobre Drogas, con una moderada actividad del profesorado en las aulas escolares, donde la implicación de la enfermería comienza a hacerse patente tras años de tímida participación en la prevención de drogodependencias, cuyas actividades se limitaban a centros de salud.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para el desarrollo de éste trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica desde diciembre de 2013 hasta febrero de 2014 en diferentes páginas web oficiales y bases de datos de Enfermería.

Se llevaron a cabo diferentes combinaciones de los términos MeSH y DeCS, utilizando los operadores booleanos (AND, OR).

Términos MeSH:

- Drugs
- Drug Users
- Street Drugs
- Abuse
- Drug and Narcotic Control

Términos DeCS:

- Drogas
- Consumidores de Drogas
- Drogas Ilícitas
- Abuso
- Control de Medicamentos y Narcóticos

Se consultaron las siguientes bases de datos:

- IB ECS
- MEDES
- Psicodoc
- Google Académico

La búsqueda permitió hallar 213 documentos en dichas bases de datos, donde se delimitaron los siguientes campos:

- Fecha de publicación: desde el 2000 hasta la actualidad.
- Idioma: Español
- Texto completo
- Estudios realizados en humanos

Tras la criba se obtuvieron 79 documentos, de los cuales se descartaron 56 por estar centrados en colectivos específicos. Se llevó a cabo la revisión de los 23 documentos restantes, de las cuáles 13 de ellos fueron incluidos en el trabajo.

El resto de la bibliografía incluida en el trabajo fue obtenida a través de páginas web oficiales como:

- UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime.
- OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- OED: Observatorio Español sobre Drogas.
- ONUDD: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria.
- Organismos Oficiales en materia de drogodependencia: como por ejemplo FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción), etc.

Por lo tanto para la realización del presente trabajo se han utilizado un total de 41 fuentes bibliográficas.

3. EVOLUCIÓN DEL MARCO LEGISLATIVO EN DROGODEPENDENCIAS

En la actuación profesional es fundamental la proyección hacia el futuro, capacidad a tener en cuenta especialmente en drogodependencias, sin embargo, es imposible llevar a cabo dicha proyección sin tener una base bien cimentada del pasado, para ello se debe realizar una intrusión retrospectiva en nuestra historia y analizar el marco general de las políticas de intervención que se han llevado a cabo en el tiempo y han dado lugar al actual panorama legislativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Según hechos relevantes en cuanto a políticas intervencionistas se refiere, he dividido el periodo histórico en 4 etapas:

- **ETAPA I: Desde el siglo XIX hasta 1970**

La evolución del fenómeno de las drogodependencias en Cantabria ha ido paralelo al resto del Estado hasta prácticamente la década de los 70, siempre teniendo en cuenta el retraso en la aparición de las consecuencias y la menor intensidad con respecto a zonas marginales de importantes núcleos de población y territorios industriales del país⁵.

Durante esta época la protección oficial sobre la producción, consumo y exportación de bebidas alcohólicas fue contundente, debido a que el comercio de las mismas, constituía una fuente importante de ingresos para el Estado español, a pesar del aumento en el número de episodios de alcoholismo que se sucedían en la época.

El descubrimiento de América trajo consigo el auge del tabaco en nuestro país, principal exportador del producto desde sus colonias. A pesar de la primera publicación de evidencia científica en 1929, que relacionaba el consumo de tabaco con el cáncer y la posterior presentación del primer estudio epidemiológico mundial en 1939, que afianzaba dicha teoría, nunca se considero el tabaco como una amenaza para la salud⁶.

Junto con el alcohol y el tabaco convivieron sustancias psicotropas que existían desde tiempos inmemorables, pero fue durante el siglo XIX y principios del XX cuando su distribución y venta fue posible, gracias a las técnicas de laboratorio que permitirían aislar alcaloides de forma sencilla.

Sustancias que tenían un uso farmacoterapéutico (cannabis, opioides, cocaína, anfetaminas, barbitúricos) posteriormente se convertirían en sustancias recreativas, con la consiguiente aparición de problemas orgánicos, hecho que tuvo como resultado la publicación de legislaciones específicas para incrementar el control de las mismas. Así en 1870 el Código Penal español tipificó como delito de salud pública, las actividades irregulares en la venta de psicofármacos. La legislación española permitía que a principios del siglo XX, se pudiesen dispensar drogas en farmacias y droguerías, pudiendo comprarse incluso por correo. En 1918 para controlar la venta de estas sustancias y preservar la salud pública, se pensó en la receta médica obligatoria. Y en 1928 se determinaron las bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes⁶.

La precariedad de las condiciones en las cuales vivía la sociedad tradicional en esta época, conllevó al continuo consumo de alcohol y tabaco, quedando relegado el consumo intenso de otras sustancias a algunas minorías.

A mitad del siglo XX no sólo se legislabo. La aparición de conceptos como adicción o dependencia a sustancias fueron determinantes para que se comenzaran a atender a los afectados por el consumo de las mismas. De este modo surgieron los primeros centros

asistenciales especializados, como el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud⁶.

A finales de los años 70 en España, únicamente se disponía del art. 344 del Código Penal, referido al tráfico de estupefacientes, adaptado a las exigencias del Convenio Único de Viena de 1961 sobre estupefacientes (modificado por la Ley española 17/1967 de estupefacientes), elaborado en la Conferencia de las Naciones Unidas. Y por otro lado, de la Ley de peligrosidad social y rehabilitación social aprobada por el régimen franquista en 1970 (modificación de la Ley de vagos y maleantes de 1933)⁷.

Por lo tanto, esta etapa finaliza sin una clara respuesta de las instituciones hacia las drogas.

- **ETAPA II: Desde 1970 hasta 1985**

Tras los años 60, los 70 fueron el momento de la expansión de los problemas de las drogas en España. Junto con el aumento, del consumo de sustancias psicotrópicas, especialmente LSD y MDMA, a principios de la década, reaparecieron sustancias como la heroína y la cocaína, utilizadas principalmente en épocas anteriores por sectores de nivel cultural y económico bajos, centrados en grandes urbes como Madrid y Barcelona.

Hacia 1978 surge la denominada “epidemia de heroína” debido a la expansión del consumo de heroína intravenosa en todos los estratos socioculturales. La aparición de los primeros cuadros de dependencia de la heroína en recién nacidos, indicaban que el problema afectaba a sectores amplios de la población⁶.

La cocaína, a pesar de su reaparición durante ésta época, no presentó datos de consumo tan significativo como la heroína. Sería a partir de los años 90 cuando su consumo adquiriría una mayor relevancia.

Fueron años de cambio político, marcados por la transición desde el franquismo hacia un sistema democrático y de Autonomías. Junto con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, previa aprobación de la presidencia del gobierno, se crea en 1978 se crea la Comisión interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas, ya que comenzaba a tener presencia una de las enfermedades que más íntimamente estuvo relacionada con ellas, el VIH-SIDA. Ésta comisión sería la antesala del futuro Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), creado en 1985.

- **ETAPA III: Desde 1985 hasta 2000**

Durante la etapa anterior la sociedad cántabra carecía de datos reales sobre un fenómeno que causaba preocupación en todo el ámbito nacional como así muestran las novedosas encuestas del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas)⁸.

La irrupción del SIDA, muy ligado al uso de drogas por vía intravenosa, desataría un fenómeno de sensibilidad pública, que se tradujo en prácticas asistenciales encaminadas a la prevención de la infección por VIH entre personas de riesgo. Este hecho no pasaría desapercibido en la región, que tras la entrada en vigor de la Comunidad Autónoma de Cantabria en 1982, comenzaría su propia andadura en la estructuración administrativa en el ámbito de las drogodependencias. En este contexto en 1985, la Comisión de Estudios y Seguimientos de Toxicomanías, coordinada por la Dirección Regional de Sanidad, pone en marcha un Programa Integral de prevención, asistencia y reinserción de drogodependientes. Esta comisión sería el embrión del Plan Regional sobre Drogas de 1986 dependiente de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social⁹.

La totalidad de las competencias del Plan Regional sobre Drogas, serían asumidas en 1988 por la Diputación Regional de Cantabria, que financiaría programas asistenciales y de prevención, principalmente de Organizaciones no gubernamentales como la Cruz Roja Española, que sostenía una red asistencial ambulatoria específica en Santander, Laredo y Torrelavega (en 2002 pasarán a depender de la Dirección General de Atención y Ordenación Sanitaria). El Gobierno Regional también coordinaría la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, el Programa especial de intervención en instituciones penitenciarias y la Comunidad terapéutica “Víctor Meana” de Pedrosa que en 1990 pasaría a ser gestionada por la actual Fundación Cántabra para la Salud y Bienestar Social⁹.

En esta época se produjeron importantes cambios en las intervenciones en drogodependencias, puesto que éstas, no se centrarían únicamente en la prevención al consumo o la atención a drogodependientes para el logro de la abstinencia, sino que se ampliarían fronteras y se comenzarían a atender a aquellas personas que no deseaban o no podían conseguir la abstinencia. En este marco, en 1990 se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, creándose programas de Reducción del Daño en centros asistenciales. Se amplía en 1996 la cobertura territorial con el Programa Móvil de Reducción del Daño en colaboración con Cruz Roja Española en Cantabria⁹.

El Decreto 68/1991, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación, estableció las bases para los diferentes ámbitos relacionados con el consumo de drogas que actuaban en la comunidad¹⁰.

- **ETAPA IV: Desde 2000 hasta la actualidad**

Esta etapa destacará por la búsqueda de una asistencia universal y de calidad, por ello las intervenciones del Gobierno de Cantabria fueron dirigidas al establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad para todo el entramado que constituye el Plan Regional sobre Drogas, un Sistema de Aseguramiento de la Calidad que es acreditado por una entidad certificadora externa a la organización, que actúa sobre la base de la normativa internacional ISO 9002, lo que constituye una notable garantía en la calidad de los servicios prestados a la sociedad cántabra. En base a esto y siguiendo las directrices de las Estrategias europeas y nacionales del momento, en Cantabria se elaboraron las Estrategias sobre Drogas 2005-2008 , 2009-2013⁹, que abordaran el fenómeno de las drogodependencias para el periodo establecido, con el fin de que las actuaciones resulten más adecuadas y ajustadas a las necesidades del momento.

La generalización del consumo de drogas, según los datos que presenta la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en colaboración con las comunidades, ha determinado que las drogodependencias se consideren actualmente un problema de Salud Pública. Por ello en el 2005 el Servicio de Drogodependencias pasa a depender de la Dirección General de Salud Pública, coordinando el Plan Regional sobre Drogas y sus intervenciones.

En la actualidad, el último movimiento por parte del Gobierno Regional, es la inclusión de los centros de drogodependientes en el Servicio Cántabro de Salud¹¹, hecho que llevaba pendiente desde el año 2002 con la entrada en vigor de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Con ello se pretende optimizar los recursos y continuar en la línea de mejora en la calidad asistencial.

4. ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES.

En este apartado se realizará una breve descripción de aquellos conceptos básicos, que es preciso nombrar para una buena comprensión del resto del trabajo.

DROGA

Teniendo en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969, se entiende por droga “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”. En 1982 la OMS intentó determinar cuáles eran las sustancias que producían dependencia, de modo que definió como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto-administrada”¹².

Además de la definición dada por la OMS, existen otras muchas definiciones que al englobarlas podemos obtener las siguientes conclusiones¹³:

- Presentan un carácter psicótropo o psicoactivo puesto que son capaces de alterar una o varias funciones psíquicas, al ser introducidas en un organismo vivo.
- Acción reforzadora positiva en un primer momento, ya que son sustancias psicoactivas externas que debido al placer que provocan, impulsan a la persona a repetir la conducta. Sin embargo este refuerzo puede convertirse en negativo si su uso se prolonga en el tiempo, ya que puede provocar dependencia física y/o psicológica.
- El consumo conlleva a la persona a tener problemas en tres niveles (familiar, laboral y personal), es lo que denominan algunos autores como nocividad social.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen muy diversas clasificaciones de las drogas, cada autor utiliza aquella que más se adecue a sus intereses particulares, por lo tanto, realizaré una breve mención a las clasificaciones existentes actualmente.

1. Clasificación común: Divide a las drogas en duras y blandas. Es una de las clasificaciones más utilizadas en los textos, así como la definición más utilizada popularmente. Sin embargo los especialistas la consideran carente de valor definitorio puesto que puede conllevar a graves errores.

2. Clasificación sociológica: Divide las drogas en legales e ilegales. La clasificación es en función de, si el tráfico y el consumo es penalizado por la ley o no. Esta no es una definición universal, puesto que dependiendo del país, los criterios jurídicos-penales serán diferentes y por lo tanto la clasificación. Cada sociedad elabora sus leyes en función de su organización política, social, su cultura tradicional así como su propia historia.

Con referencia a esta clasificación, en España existe una, que clasifica las drogas desde una perspectiva legal en¹⁴:

- Drogas institucionalizadas: en este grupo estarían el alcohol y el tabaco, son aquellas cuya producción y compra-venta (tráfico), está regularizado en nuestro país.
- Drogas que son fármacos: todas aquellas que precisan de prescripción médica.
- Drogas de utilización industrial: un ejemplo serían los inhalantes, su propósito no es la ingestión del producto por la población sino la comercialización con otra finalidad.
- Drogas clandestinas: cuya producción y tráfico es ilegal.

3. Clasificación atendiendo a su origen: Divide a las drogas en drogas naturales, drogas sintéticas y drogas semisintéticas.

4. Clasificación atendiendo a su poder adictógeno: División en función de la capacidad que tienen las drogas de crear dependencia física y tolerancia, por lo tanto divide las drogas gradualmente según su poder adictógeno.

5. Clasificación en función de las vías de administración: Esta clasificación es muy discutible y de hecho muchos autores no la nombran en sus manuales, puesto que el consumo de una misma sustancia se puede realizar por diferentes vías de administración, y creen mayoritariamente que el modo de consumo viene muy influenciado por la subcultura circundante al uso de la droga.

6. Clasificación clínica: División en función de cómo los principios psicoactivos de las drogas provocan manifestaciones clínicas en la conducta del individuo, derivadas de los efectos, que la administración de las mismas, tienen sobre el sistema nervioso central (SNC)¹⁵.

- a. Depresoras del SNC o psicolépticas: disminuyen o bloquean la actividad y las funciones del SNC, ralentizando el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que inducen podemos encontrar somnolencia, sedación, relajación, disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria, analgesia e incluso coma. A corto plazo y en bajas dosis pueden provocar estimulación. Los representantes más destacables dentro de este grupo son; alcohol, opiáceos (morfina, codeína, heroína, etc.), benzodiacepinas, barbitúricos, marihuana, inhalantes.
- b. Estimulantes del SNC o psicoanalépticas: generan una activación del SNC, aumentando el nivel de vigilia y atención, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Sus principales representantes son; cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas (cafeína, teína, etc.) y drogas de síntesis.
- c. Alucinógenos o psicodislépticos: también son denominadas perturbadoras del SNC puesto que provocan un estado de conciencia alterado, principalmente en las percepciones espacio-temporal, distorsionando la realidad de objetos y provocando alucinaciones, ya que sin entrada sensorial evocan imágenes. Algunas drogas de este grupo son; drogas de síntesis, ácido lisérgico (LSD), cannabis.

Existen actualmente, otras dos clasificaciones de las drogas de importantes organismos, que están muy aceptadas y consensuadas a nivel mundial:

- La APA (American Psychological Association) en su DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) del año 2002 divide las sustancias en 11 clases: Alcohol, alucinógenos, anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenilciclina (PCP), arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos¹³.
- Otra clasificación que sigue siendo útil hoy en día, es la propuesta por la OMS en 1975 con la inclusión recientemente del grupo 9¹⁴:
 - Grupo 1: (opiáceos): opio y derivados naturales, semisintéticos (morfina, heroína, metadona, etc.).
 - Grupo 2: (psicodepresores): barbitúricos, benzodiacepinas y análogos.

- Grupo 3: alcohol etílico.
- Grupo 4: (psicoestimulantes mayores): cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoefrina, etc.
- Grupo 5: alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina y otros).
- Grupo 6: cannabis y sus derivados (marihuana, hachis).
- Grupo 7: (sustancias volátiles): solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolina, éter, óxido nitroso, etc.
- Grupo 8: (psicoestimulantes menores): tabaco, infusiones con cafeína, cola, etc.
- Grupo 9: drogas de diseño.

USO Y ABUSO

La cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo establecen las diferencias entre uso y abuso, para ello se utilizan determinados indicadores como patrones de consumo o problemas relacionados (enfermedades asociadas, accidentes, etc.) entre otros.

De modo que el término uso indica aquella modalidad de consumo, esporádica, ocasional, aislada, sin más significación que la utilización de la sustancia. Este tipo de consumo no produce consecuencias negativas en la persona o ésta no es consciente de ellas^{14,16}.

El hábito es un consumo más frecuente tras la adaptación a sus efectos, existe el deseo de consumir sin tendencia a aumentar la dosis de la sustancia, sin una búsqueda imperiosa de la misma y cuando ésta no se consigue, no tienen lugar desequilibrios psíquicos o físicos¹³.

Abuso es por tanto cuando se produce un uso inadecuado y continuado en el tiempo que da lugar a consecuencias negativas biológicas, psicológicas y sociales. No indica necesariamente la existencia de dependencia¹³.

Este término de abuso es aceptado por la APA en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). En 1982 la OMS definió como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto-administrada”, y en 1992 la OMS, en su clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) habla de consumo perjudicial, *forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental*. (Ver Anexo 1)

DROGODEPENDENCIAS

La dependencia es un término confuso, en los manuales nos encontramos con definiciones de dependencia física, psíquica y social, y sin embargo todas ellas están interrelacionadas en mayor o menor grado, puesto que una de ellas puede repercutir en la otra a pesar de predominar ante las demás. Partiendo de este punto a tener en cuenta, definiré la dependencia según algunos autores en; física, psíquica y social, y posteriormente nombraré los criterios de la OMS y del APA, para definir dependencia.

- Dependencia física: cuando se suprime el consumo de la droga de forma brusca, tiene lugar la aparición de un estado fisiológico alterado, de modo que se establece un vínculo droga-organismo, necesitando mantener unos niveles determinados de

droga en el organismo. Sus dos elementos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia (explicados más adelante).

- Dependencia psíquica: se ha restringido al término *craving*, siendo el deseo irreprimible de consumo de una droga, de modo que se obtiene la vivencia de sus efectos placenteros, agradables y/o evasivos y se evita el malestar generado por su ausencia.
- Dependencia social: determinada por la necesidad de pertenencia a un grupo social que proporciona identidad al individuo^{13,14}.
- Según la OMS: *“El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.”*
- Según el DSM – IV: *“La dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.”*

Para definir y diagnosticar la dependencia se utilizan dos sistemas¹⁷:

1. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), determina una serie de criterios, que deben haber estado presentes, durante los doce meses previos o de forma continuada, para diagnosticar la dependencia en un individuo.(Ver Anexo 2)
2. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), presenta una serie de ítems que deben estar expresados en el individuo en tres (o más), en algún momento de un periodo continuado de un año, para considerar la existencia de dependencia a sustancias en un individuo.(Ver Anexo 3)

Como se nombró anteriormente, la dependencia física viene de la mano de dos conceptos que explicaremos a continuación:

Tolerancia: Es un estado de adaptación progresivo del individuo caracterizado por una disminución del efecto de la droga tras su administración repetida, por lo cual es necesario aumentar la dosis para provocar el mismo grado de efecto¹².

Existen diferentes tipos de tolerancia en función del¹⁴:

1. Individuo
 - a. Tolerancia innata: tras la administración de una sustancia disminuye la sensibilidad a la misma.
 - b. Tolerancia adquirida, puede clasificarse a su vez en tres tipos:
 - i. Tolerancia farmacocinética.
 - ii. Tolerancia farmacodinámica.

iii. Tolerancia aprendida.

2. Sustancia de consumo:

- a. Tolerancia aguda: el efecto intenso va disminuyendo porque en un corto espacio de tiempo se repite el consumo.
- b. Tolerancia invertida: la droga produce los mismos o mayores efectos con cantidades pequeñas.
- c. Tolerancia cruzada o recíproca: en drogas que pertenecen a un mismo grupo farmacológico, una droga puede hacerse tolerante a los efectos de la otra.

La tolerancia es un refuerzo para continuar el consumo, de modo que al aumentar la dosis se fomenta la dependencia y ésta condiciona la aparición del síndrome de abstinencia, tras la interrupción o reducción brusca de la sustancia de consumo.

Síndrome de abstinencia: Estado clínico que se manifiesta por la aparición de trastornos psíquicos y físicos de diferente intensidad, generalmente contrarios a la acción que producía la droga. Puede originarse por la administración de un antagonista de la droga consumida (síndrome de abstinencia precipitada) o por la supresión de la droga (síndrome de abstinencia por supresión)¹⁶.

Algunos autores diferencian síndromes de abstinencia en función del tipo de dependencia que predomine. De este modo podríamos diferenciar¹⁴:

1. Síndrome de abstinencia agudo, cuando predomina la dependencia física, caracterizado por manifestaciones de rebote de aquellos sistemas fisiológicos que se han visto alterados por el consumo de la droga. La intensidad de éste vendrá determinada a su vez por el tipo de droga, cantidad consumida, frecuencia de consumo, vía de administración, etc.
2. Cuando predomina la dependencia psíquica, se diferencian dos tipos de síndromes de consumo:
 - a. Síndrome de abstinencia tardío, cuyas manifestaciones pueden durar años (pensamiento, memoria, etc.) y surge tras la supresión de la droga a los pocos días o semanas, en lugar del síndrome de abstinencia agudo o después de él.
 - b. Síndrome de abstinencia condicionado, en un individuo que lleve meses o años sin consumir, al exponerse de nuevo a estímulos ambientales similares a aquellos en los que tenía lugar el consumo, sufre un síndrome de abstinencia agudo, provocado principalmente por una serie de mecanismos psicológicos de condicionamiento.

TIPOS DE CONSUMO DE DROGAS

De entre las clasificaciones revisadas en cuanto al tipo de consumo de drogas, la que predomina es la siguiente^{14,18}:

- Consumo experimental: consumo inicial de una o varias sustancias de forma fortuita o durante un periodo de tiempo reducido. A partir de este momento se

puede producir, un abandono o la continuidad en el consumo. La etapa en la que con mayor frecuencia se produce este tipo de consumo, suele ser la adolescencia, debido al desconocimiento del efecto de la droga. Patrón inicial y común a todas las drogas.

- Consumo ocasional: uso intermitente de la sustancia con largos periodos de abstinencia sin ninguna periodicidad fija. El individuo ya conoce el efecto de la droga en su organismo y es por ello por lo que la sigue consumiendo. En esta categoría se podría incluir los consumos centrados en los fines de semana.
- Consumo habitual: uso frecuente de la droga, se podría corresponder con un patrón diario. Algunos indicadores que determinan este tipo de consumo serían:
 - El individuo amplía las situaciones de consumo tanto de forma individual como en grupo.
 - Sus efectos son conocidos y buscados por el consumidor.
 - Dedicar gran parte de su tiempo en pensar, buscar y autoadministrarse la droga.
- Compulsivo: consumo muy intenso. Se produce una alteración del comportamiento, la vida del consumidor gira en torno al consumo de la sustancia a pesar de las graves consecuencias sociales. Toma de conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de drogas, tolerancia frecuente, empleo de gran parte del tiempo en actividades de obtención y consumo de la sustancia, son algunos de los indicadores que determinarían dicho patrón de consumo.

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN CANTABRIA.

A continuación se tratará el panorama actual de los diferentes consumos de drogas en Cantabria, y se llevará a cabo una comparativa con España y Europa de aquellos consumos más relevantes.

Cabe destacar como fuente principal de información en este apartado, la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas en Cantabria bajo la denominación de “Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria”¹⁹, con una publicación bienal desde 1997 para el Plan Regional sobre Drogas. Se incluye dentro del programa de Encuestas Nacionales, en este caso, de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)²⁰(ver Anexo 4), que se publican con una periodicidad de 2 años desde 1995, promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas.

Estas fuentes de información nos permiten realizar una estimación de la situación a lo largo del tiempo, en cuanto a:

- Prevalencias en el consumo de drogas en la población cántabra y española de entre 15 y 64 años de edad residentes en hogares familiares.
- Sus pautas de consumo, el tipo de droga consumida, así como la posibilidad de realizar un análisis de la repercusión que hayan podido tener dichos consumo.
- Analizar las intervenciones que se han llevado a cabo en nuestra comunidad para paliar el problema de salud.

Además de estas dos fuentes de información, en este capítulo se trabajó con los datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)²¹, inaugurado en Lisboa en 1995 como una agencia descentralizada de la Unión Europea con la misión de proporcionar una visión objetiva del problema de las drogas en Europa.

Distribución de la muestra de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso y Drogas en Adultos (EDADES), Cantabria y España. 2001-2011.

	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Cantabria	608	607	877	890	881	992
España	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109	22.128

Tabla 1. Distribución de la muestra de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso y Drogas en Adultos (EDADES), Cantabria y España. 2001-2011. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Elaboración propia.

ALCOHOL

De todas las drogas legales e ilegales a las que se hace referencia en este trabajo, la sustancia con una mayor extensión entre la población cántabra de entre 15-64 años de edad, es el alcohol. En 2011, el 94.3% de los cántabros señala haber probado alguna vez la bebida alcohólica frente al 90.9% a nivel nacional. En nuestra comunidad el 42.4% consumió alcohol en los últimos treinta días frente al 62.3% de los españoles, el 74.6% de los cántabros señalan haber consumido alcohol en los últimos doce meses frente al 76.6% a nivel nacional, y un 11.8% indican un consumo diario en la comunidad frente al 10.2% en España. Por lo tanto el dato más relevante sería el que determina el consumo en los últimos treinta días, puesto que la diferencia es de 19.9 puntos porcentuales a favor de la comunidad.

Si observamos la evolución en el consumo de alcohol desde 1997 a nivel nacional, existe la

tendencia general hacia el mantenimiento en el consumo y más profundamente, podríamos hablar de una ligera reducción de forma paulatina en todos los indicadores temporales, mientras que a nivel comunitario, se observa una reducción más marcada. Siendo esta disminución más llamativa, entre el 2009 y el 2011, debido a un pequeño repunte en el 2009 y una reducción más marcada en el 2011.

CANTABRIA	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
1997	95.2%	19.5%	66.4%	84.6%
2011	94.3%	11.8%	42.4%	74.6%

Tabla 2. Incidencia del consumo de alcohol en Cantabria en 1997 y 2011. Fuente: Plan Regional sobre Drogas. Elaboración propia.

ESPAÑA	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
1997	90.6%	12.7%	64.0%	78.5%
2011	90.9%	10.2%	62.3%	76.6%

Tabla 3. Incidencia del consumo de alcohol en España en 1997 y 2011 según la Encuesta domiciliar sobre Alcohol y Drogas en España. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. PNSD. Elaboración propia

La edad media de inicio en el consumo del alcohol, varía poco a lo largo de los años, en el 2011 se sitúa en los 16.4 años en Cantabria, mientras que la edad media registrada a nivel nacional es de 16.7 años.

TABACO

De todas las sustancias, el tabaco es aquella que presenta un consumo diario más alto con un 35.9% en el 2011, por lo tanto es la sustancia más consumida diariamente por la población cántabra. En comparativa con el marco nacional, el consumo diario de tabaco de la población española es de un 30.4%. Ambos datos tanto a nivel nacional y de la comunidad son relevantes, puesto que en Cantabria más de un tercio de la población fuma.

Si atendemos a los consumos en los últimos treinta días y en el último año en Cantabria, las cifras son 36.8% y 38.2% respectivamente en el 2011, siendo valores que muestran una cierta mejoría, puesto que observando la evolución desde 1997 se aprecia un importante descenso en el consumo de tabaco en ambos indicadores temporales. Datos muy similares se presentan en España con 37.6% en los últimos treinta días y 40.2% en el último año.

2011	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	35.9%	36.8%	38.2%
ESPAÑA	30.4%	37.6%	40.2%

Tabla 4. Incidencia del consumo de tabaco en Cantabria y España en 2011 según la Encuesta domiciliar sobre Alcohol y Drogas en España. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. PNSD. Elaboración propia.

La edad media de inicio de consumo de tabaco en el 2011 es de 16.4 años, presentando la comunidad una mayor oscilación en sus cifras en comparativa con España, que muestra datos poco variantes entorno a 16.5 años en la evolución de consumos desde 1995.

CANNABIS

Al observar las diferentes frecuencias de consumo en la evolución temporal (1997-2011), se contempla una fractura con la tendencia ascendente que tenía lugar desde el 2003 en Cantabria. Sin embargo, el cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida entre la población cántabra como demuestran las siguientes cifras en los indicadores temporales del 2011, 36% (alguna vez), 4.4% (últimos treinta días), 6% (últimos doce meses) y 1.8% (diariamente). Todos los datos muestran importantes descensos si se comparan con la encuesta inmediatamente anterior, es decir la del 2009, sin embargo si se tienen en cuenta el resto de datos de los años previos, se observa que el descenso es relevante pero progresivo.

En el caso de España en el 2011, se observa una cierta estabilidad en el consumo de cannabis debido a la ligera caída que muestra dicho consumo en todos los indicadores temporales; diariamente (1.7%), últimos doce meses (9.6%), últimos treinta días (7%) y alguna vez en la vida (27.4%), siendo en éste último donde se aprecia un mayor descenso con respecto al año 2009.

Si comparamos las cifras, España presenta consumos de cannabis superiores a Cantabria exceptuando el indicador, alguna vez en la vida. Los otros dos indicadores son 2.6 y 3.6 puntos porcentuales superiores en las frecuencias, últimos treinta días y últimos doce meses, respectivamente.

La media europea de consumo de cannabis en el 2011 es de 6.8% durante el último año mientras que en el último mes, la media de europeos que consumieron esta droga, se sitúa en 3.6%. Por lo tanto los consumos de la población cántabra son similares a los europeos.

2011	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	36%	1.8%	4.4%	6%
ESPAÑA	27.4%	1.7%	7%	9.6%
EUROPA	-	-	3.6%	6.8%

Tabla 5. Incidencia del consumo de cannabis en Cantabria, España y Europa en 2011 según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España y el Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa. Fuentes: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Elaboración propia.

La edad media de inicio de consumo de cannabis en Cantabria es de 19 años frente a los 18.7 años a nivel nacional.

COCAINA

La segunda sustancia psicoactiva de mayor consumo entre la población cántabra es la cocaína, el 0.2% la consumió en el último mes, el 0.7% en el último año y el 8.2% la probó alguna vez en la vida, mientras que en España el consumo se situó, en el último mes en el 1.1%, en el último año en el 2.3% y el 8.8% de la población española, la consumió alguna vez en la vida. Mientras que en Europa, la media de población que consumió esta droga es de 0.5%, 1.2% y 4.6% en las frecuencias, últimos treinta días, últimos doce meses y alguna vez en

la vida respectivamente. El informe anual del 2012 del Observatorio europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), indican que la media de consumo de cocaína en Europa es del 4.6%, situándose España a la cabeza con una prevalencia de consumo del 10.2% a lo largo de la vida, seguida por países como Reino Unido (8.9%), Italia (7%) e Irlanda (6.8%).

2011	Alguna vez	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	8.2%	0.2%	0.7%
ESPAÑA	8.8%	1.1%	2.3%
EUROPA	4.6%	0.5%	1.2%

Tabla 6. Incidencia del consumo de cocaína en Cantabria, España y Europa en 2011 según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España y el Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa. Fuentes: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Elaboración propia.

La edad media de inicio de consumo de cocaína en Cantabria es de 20.2 años, muy similar a la media española que se sitúa en 21 años.

TRANQUILIZANTES Y/O SOMNÍFEROS (HIPNOSEDANTES)

Hipnosedantes con o sin receta médica

El 5.9% de la población cántabra reconoció en el 2011 haber consumido en el último año hipnosedantes con o sin receta médica frente al 11.4% a nivel nacional. El 11.6% reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida frente al 19.5%, el 4.5% consumió hipnosedantes diariamente frente al 4.6% de la población española y el 5.3% de los cántabros lo hizo en los últimos treinta días frente al 8.3% de los españoles. Es decir, en todas las frecuencias de consumo los datos nacionales superan a los consumos llevados a cabo en la comunidad, excepto el consumo diario que es prácticamente el mismo.

2011	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	11.6%	4.5%	5.3%	5.9%
ESPAÑA	19.5%	4.6%	8.3%	11.4%

Tabla 7. Incidencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta médica en Cantabria y España en 2011 según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. PNSD. Elaboración propia.

Tranquilizantes y somníferos

Los datos de estas dos sustancias en Cantabria en el 2007 y en el 2011 se refieren a consumos con o sin receta médica, siendo siempre superiores en el caso de los tranquilizantes que en el de los somníferos. En el caso de los tranquilizantes, el consumo diario en el 2011 en Cantabria se situó en 3.5% frente al 4% de España, en los treinta últimos días la comparativa es de 3.9% a 6.9%, en los últimos doce meses fue de 4.4% a 9.8% y el 9.7% de la población cántabra reconoció haber consumido alguna vez tranquilizantes frente al 17.1% de los españoles.

2011	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	9.7%	3.5%	3.9%	4.4%
ESPAÑA	17.1%	4%	6.9%	9.8%

Tabla 8. Incidencia del consumo de tranquilizantes en Cantabria y España en 2011 según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. PNSD. Elaboración propia.

En el caso de los somníferos las cifras en ambas poblaciones son inferiores, teniendo en cuenta la comparativa Cantabria-España los datos en las diferentes frecuencias temporales son los siguientes; diariamente (2.5%-1.7%), último mes (3%-6.9%), último año (3.2%-4.4%) y alguna vez en la vida (4.8%-7.9%). En el mismo caso que los tranquilizantes, los consumos de somníferos a nivel nacional son superiores a los datos comunitarios.

2011	Alguna vez	Diariamente	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
CANTABRIA	4.8%	2.5%	3%	3.2%
ESPAÑA	7.9%	1.7%	6.9%	4.4%

Tabla 9. Incidencia del consumo de somníferos en Cantabria y España en 2011 según la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. PNSD. Elaboración propia.

La edad media de consumo de hipnosedantes en Cantabria y en España es de 34.5 años, siendo la más alta de todas las sustancias nombradas.

RESTO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Éxtasis, Anfetaminas, Heroína, Alucinógenos)

Con referencia a estas sustancias psicoactivas, debemos tener precauciones a la hora de interpretar los datos, puesto que las prevalencias en los consumos son muy bajas.

La edad media de inicio en el consumo de estas sustancias en Cantabria y España en el 2011 es respectivamente:

- Éxtasis: 20.8 años y 20.8 años
- Anfetaminas: 18.9 años y 20.2 años
- Heroína: 17.2 años y 20.7 años
- Alucinógenos: 19.2 años y 20.5 años

Según el Observatorio europeo de las Drogas y Toxicomanías, España se encuentra entre los países con prevalencias de consumos más alta en éxtasis con el 4.9%, tras Reino Unido (8.3%), Irlanda (6.9%) y Países Bajos (6.2%), situándose la media europea en 3.4% a lo largo de la vida.

6. DROGAS EMERGENTES

El crecimiento, el progreso, el desarrollo, el dinamismo del universo de las drogas, es más rápido que todas aquellas medidas que se llevan a cabo para paliar el problema de salud pública, que afecta a millones de personas a nivel mundial.

Los consumidores exploran nuevos mercados que satisfagan sus necesidades de experimentar sensaciones desconocidas en su organismo, mientras que los productores, indagan en la obtención de fórmulas químicas que posibiliten producir novedosas sustancias, que deleiten al consumidor, eludiendo la ley. El boom de Internet ha posibilitado que dicha simbiosis se retroalimente de forma vertiginosa. Es por todo ello, un caldo de cultivo desconocido para los sanitarios en general, que conlleva la dificultad añadida de tratar los efectos agudos y crónicos derivados del consumo, y merece, los aspectos concernientes a la prevención.

En el Diario Oficial de la Unión Europea del 10 de Mayo de 2005, en su DECISIÓN 2005/387/JAI DEL CONSEJO²², relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, define a éstas como “un nuevo narcótico o una nueva droga psicotrópica, en forma pura o de preparado, no regulada por el Convenio único de las Naciones Unidas sobre estupefacientes, de 1961, o por el Convenio de las Naciones Unidas sobre sustancias psicotrópicas, de 1971, pero que puede constituir una amenaza para la salud pública comparable a la de las sustancias incluidas en tales convenios”

El término de “Droga Emergente”, pretende incluir otras denominaciones como son “drogas recreativas”, “drogas de diseño” o “drogas de síntesis”, en una única definición referida a aquellos productos naturales o sustancias totalmente sintéticas, que son modificadas químicamente para dar lugar a un grupo heterogéneo de sustancias psicoactivas en un momento determinado, y son novedad. De modo que este término surge para hacer referencia a todas aquellas sustancias sintetizadas clandestinamente en laboratorios, y que no se nombraban en las listas internacionales de sustancias prohibidas²³. (Ver Anexo 5)

Las drogas emergentes se asocian a la cultura de los *clubbers*²⁴ (movimientos definidos por la búsqueda de nuevas sensaciones, a través de la música electrónica, bailes de larga duración y consumo de sustancias) y su comercialización tiene lugar en las denominadas “*smart* o *grow shops*”, que mayoritariamente encontramos vía *on-line*, pero que poco a poco se están adueñando del territorio a nivel mundial, y actualmente se pueden encontrar en varias ciudades de España. En el 2010 el número de *smart shops on-line* se situaba en 170, frente a las 39 existentes en el 2006, según el Informe Anual del 2010 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)²⁵. Por lo tanto las drogas emergentes se han convertido en alternativas “legales” a las drogas tradicionales, denominándose a estas nuevas sustancias psicoactivas; *smart drugs*, *club drugs* o *legal highs*²⁶.

Las drogas de diseño por excelencia, son los derivados de la fenil-etilamina, semejante a la mescalina y/o anfetamina, sin embargo en el mercado, van surgiendo nuevos productos que requieren vigilancia, como es el caso de los RCs (Research Chemicals) o “sustancias químicas de investigación”, que son productos químicos comercializados para fines científicos pero no para uso humano, o las denominadas, *Legal Highs* que imitan los efectos del éxtasis, la catinona, la cocaína, el LSD o la marihuana²³.

Los productos más representativos de las *Legal Highs* son las denominadas *Spice drugs*, preparaciones a base de mezclas de hierbas para fumar, que se comercializan como productos similares al incienso, no aptos para uso humano. Los consumidores de estas nuevas

sustancias, refieren que sus efectos son similares al cannabis, sin embargo los cannabinoides sintéticos o los ingredientes vegetales que aparecen en estos productos, no están regulados por los convenios de 1961 o 1971 de la ONU (Organización Naciones Unidas), en su lista de sustancias controladas²⁷.

En el 2009 agentes de la Europol y European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) consideraron que, el JWH 018 y el CP47497 (agonistas de mayor afinidad que el THC para los receptores cannabinoides, CB1 y CB2), no cumplían los criterios para ser incluidos como sustancias prohibidas. Por lo tanto se comercializaron como nuevas drogas de diseño sin ser controlados por la fiscalía antidroga. Actualmente los cannabinoides sintéticos están incluidos dentro de la lista de sustancias prohibidas, pero durante algún tiempo pudieron eludir la ley y ser consumidos por la sociedad, sin conocer sus riesgos²⁷.

Por todo ello se creó en 1997 por la Europol y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), un sistema europeo de alerta temprana, para intentar recopilar con la mayor brevedad posible, toda aquella información concerniente a las nuevas drogas. Los sistemas de alerta temprana son específicos de cada país, en función de las necesidades de cada uno de ellos y su propia organización.

En Europa en el 2009 se identificaron 24 sustancias nuevas y 41 en el 2010. Actualmente hay 150 sustancias bajo vigilancia en la Unión Europea, gracias a los sistemas de alerta temprana, que junto a los sistemas de evaluación del riesgo y en coordinación con los programas de prevención de las nuevas sustancias psicotrópicas, llevan a cabo una labor primordial para desmotivar el consumo de sustancias no reguladas, que entrañan graves riesgos sanitarios y sociales²⁸.

Además de estas drogas emergentes, también han surgido en los últimos años, nuevos fenómenos de consumo en la población, como el uso de plantas y hongos o el denominado *pharming*, que define el consumo de fármacos con fines recreativos. Este fenómeno ha sido nombrado por la Red norteamericana de Alerta sobre Abuso de Drogas-Drug Abuse Warning Network (DAWN), que indica que el consumo inadecuado de fármacos entre el 2004 y 2007, se incrementó en las Urgencias Hospitalarias en un 98%, siendo de 1.244.679 casos en el último año. Sin embargo en España, existen pocos datos de este fenómeno, puesto que en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), no fue hasta el 2005 cuando comenzaron a recogerse datos sobre el consumo de tranquilizantes y somníferos con o sin receta médica²⁹.

Se pueden clasificar en 4 grupos los fármacos utilizados^{1,29}:

- Estimulantes: Dextrometorfán, Metilfenidato.
- Analgésicos opiáceos: Oxycodona, Fentanilo, Morfina, Tebaína, Codeína, Hidrocodona, Metadona, Buprenorfina, Pentazocina
- Depresores del sistema nervioso central (Hipnosedantes): Benzodiacepinas (Flunitrazepam, Diazepam), Zopiclona, Zolpiden.
- Fármacos que tuvieron su boom a comienzos de siglo: Ketamina, Gamma-hidroxibutirato (GHB), Óxido Nitroso.

Por lo tanto, las nuevas sustancias, sus patrones de uso y las actuales tendencias de consumo, suponen un reto para los profesionales implicados en el abordaje asistencial y preventivo, siendo la enfermería una figura influyente en la mitigación del impacto social y los efectos perjudiciales sobre la salud pública.

7. INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN DROGODEPENDENCIAS

Debido a la alerta social entorno al consumo de heroína en la década de los 80, surge el Plan Nacional sobre Drogas en 1985, aprobado por la Delegación del Gobierno, para definir una política estratégica integral que determinara la unidad en las intervenciones preventivas, su evaluación y su continua mejora.

A pesar de que la prevención siempre ha estado presente, en la década de los 80, el 80% de los recursos iban destinados a la asistencia sanitaria, sin embargo, con el paso de los años la red asistencial adquiere estabilidad, momento en el cual, las estrategias preventivas comienzan a adquirir una mayor relevancia.

Mediante los correspondientes apoyos financieros y técnicos, las comunidades autónomas, en colaboración con las entidades locales y asociativas, tienen el compromiso de planificar y ejecutar políticas autonómicas y locales adecuadas a sus necesidades. Es por ello, que las áreas prioritarias de intervención en cada comunidad dependan de los planes autonómicos sobre drogas de cada una de ellas. En algunas comunidades como Andalucía, sus áreas de intervención se centran en prevención, incorporación social y reducción de daños, mientras que en Cantabria el área prioritaria es la prevención³⁰.

7.1 PLANES DE ACCIÓN Y LINEAS ESTRATÉGICAS

Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2005-2012)

El Consejo Europeo aprobó dicha estrategia con dos objetivos principales³¹:

- Mediante la prevención y la reducción del consumo de drogas, se pretende alcanzar un importante grado de protección, bienestar y cohesión social, con la participación de los Estados miembros.
- Medidas preventivas contra la producción de drogas proporcionando un nivel elevado de seguridad para los ciudadanos comunitarios.

Para conseguir los objetivos dicha estrategia propone dos ámbitos de acción:

- Reducción de la demanda de droga
- Reducción de la oferta de droga

Y dos temas transversales:

- Cooperación e investigación internacional
- Información y evaluación

Plan de acción en materia de lucha contra la droga 2009-2012

Este plan fue propuesto por la Comisión europea para apoyar la Estrategia con las consiguientes prioridades³²:

1. Reducción de la demanda de droga, cuya prioridad es la mejora del acceso a :
 - a. Programas de prevención y campañas de sensibilización
 - b. Programas de intervención precoz

- c. Programas orientados y diversificados de tratamiento
 - d. Servicios de prevención y tratamiento del VIH/Sida
2. Reducción de la oferta, cuyas prioridades son:
 - a. Reforzar e intensificar la cooperación policial y judicial en la Unión Europea
 - b. La prevención en las exportaciones e importaciones de sustancias ilícitas, así como intensificar los esfuerzos policiales en aquellos itinerarios utilizados para el tráfico de drogas.
 3. Cooperación internacional más estrecha entre los Estados miembros de la Unión Europea, con el fin de fomentar un enfoque equilibrado para el control eficaz del problema de las drogas.
 4. Investigación, información y evaluación: datos e investigaciones bien coordinadas que mejoren los conocimientos con respecto al ámbito de las drogas y afiancen, de éste modo, los sistemas de información.

Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016

La nueva Estrategia Nacional sobre drogas fue aprobada en 2009, al igual que su Plan de Acción Nacional 2009-2012, presentando seis ámbitos de actuación, en base a las directrices europeas anteriormente mencionadas³³:

1. Reducción de la demanda:
 - a. Prevención: potenciando las políticas y los programas de protección, centrándose principalmente en aquellos grupos de población más expuestos a factores de riesgo. Procurando que el consumo esporádico no se convierta en habitual.
 - b. Reducción de riesgos y reducción de daños
 - c. Tratamiento asistencial tanto sanitario como social que se adecue a las necesidades de los afectados directa o indirectamente por el consumo de drogas.
 - d. Reinserción social de aquellas personas que se encuentran en proceso de rehabilitación
2. Reducción de la oferta: control de los mercados ilegales de venta de sustancias psicoactivas.
3. Mejora del conocimiento científico básico y aplicado para conocer con mayor profundidad aquellas variables determinantes, tanto en la prevención como en el tratamiento.
4. Formación del personal dedicado a este campo, desde voluntarios hasta profesionales que trabajan en dicha materia, todo ello de forma coordinada con el sistema educativo.
5. Cooperación y coordinación internacional.

6. Evaluación

De las 68 acciones a desarrollar en estos ámbitos, la prevención juega un papel privilegiado con un total de 17 acciones, representando la cuarta parte del total. Siendo destacables dentro del apartado de prevención, aquellas acciones encaminadas a informar y sensibilizar sobre los riesgos en el consumo de drogas a los distintos sectores de la sociedad, poniendo especial énfasis en las actuaciones preventivas a nivel educativo y escolar³⁴.

Un nuevo Plan de Acción Nacional se está desarrollando actualmente para el periodo 2013-2016.

Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013

Las principales actuaciones son⁹:

- Programas de Prevención dirigidos a familias y escolares
- Programas de Reducción del Daño en los Centros de Atención Primaria
- Programa de Intervención en Adolescentes
- Para los profesionales implicados en la asistencia y/o prevención de las drogodependencias, la impartición de Programas de Formación³⁵.

7.2 ÁREA DE PREVENCIÓN EN CANTABRIA

En Cantabria se han desarrollado programas encaminados a la prevención universal y a la prevención selectiva, a través de acciones cuyo objetivo ha sido mejorar la calidad de vida de las personas destinatarias, fomentar su autocontrol individual, y de forma colectiva la resistencia ante la oferta de drogas.

Prevención Universal

Se lleva a cabo en distintos ámbitos de actuación, como son el familiar, laboral, ocio y escolar. Son programas impartidos principalmente por maestros o mediadores de la FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción), dirigidos a grupos amplios de población, no determinados por ningún factor de riesgo^{9,36}.

1. **Ámbito escolar**, cuyos objetivos principales son:
 - a. Fomentar hábitos de vida saludables
 - b. Adquirir las destrezas y habilidades necesarias para establecer una relación positiva y racional con las drogas.

Los programas preventivos desarrollados en el medio escolar frente al consumo de drogas son:

- “En la huerta con mis amig@s”: dirigido a niños entre 5-9 años, englobado en la materia de educación para la salud. Diseñado para la prevención temprana del uso de drogas y la adquisición de valores. (Ver Anexo 6).
- “La Aventura de la Vida”: dirigido a niños de segundo y tercer ciclo de Educación Primaria, su objetivo es promover la educación para la salud, haciendo especial hincapié en la prevención del consumo de alcohol y tabaco. (Ver Anexo 7).

- “El Secreto de la Buena Vida”: dirigido a los niños de quinto y sexto de Educación Primaria, quienes a través de un juego en formato de CD-Rom, se les muestra, entre otras actividades, información sobre drogas y factores de protección frente a el consumo.
 - “Prevenir para Vivir”: promueve la capacidad social, afectiva e intelectual para adquirir, entre otras habilidades, la capacidad de reducir las actitudes positivas hacia el consumo de drogas. Dirigido principalmente a Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.
 - “Clase sin Humo”: dirigido a los alumnos de primero y segundo de Educación Secundaria Obligatoria para prevenir el consumo de tabaco.
 - “¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas”: el objetivo principal es educar a los alumnos de la E.S.O, en la toma de decisiones individuales y saludables, frente a presiones grupales referidas al consumo de drogas. (Ver Anexo 8).
 - “El Cine en la Enseñanza-Educación para la Salud”: dirigido al alumnado de Ciclos Formativos, Enseñanzas no Regladas, 4º curso de E.S.O y 1º curso de Bachillerato para que desarrollen una adecuada autonomía personal que les permita adquirir las estrategias necesarias para enfrentarse a los problemas y temores que impiden un crecimiento idóneo. (Ver Anexo 9).
 - “Y tú ¿Qué piensas?”: dirigido al alumnado de los últimos curso de Educación Secundaria Obligatoria y Educación Secundaria Post-Obligatoria, basado en motivar tanto al profesorado como a los alumnos, en el debate en las aulas de temas de especial relevancia en sus vidas. (Ver Anexo 10).
 - “Club del Buen Deportista”: a través de la Actividad Física se pretende fomentar actividades relacionadas con el ejercicio que permitan ocupar el tiempo libre de una forma óptima.
2. **Ámbito familiar:** se pretende que los padres actúen como representantes preventivos, puesto que en prevención, la familia es de vital importancia. Por ello los programas formativos tienen como objetivo principal, la formación adecuada de las familias sobre el fenómeno de las drogas.

Los programas preventivos desarrollados en el ámbito familiar frente al consumo de drogas son:

- “En Familia: Claves para Prevenir los Problemas de Drogas”: es un curso de formación dirigido a las familias, para ampliar conocimientos sobre prevención, mejorar la capacidad para enfrentarse a situaciones complejas en educación, así como, intensificar la cercanía a los recursos disponibles.
- “El Cine en la Enseñanza- Educación para la Salud para Padre y Madres”: programa que adjunto al “El Cine en la Enseñanza- Educación para la Salud”, pretende que el discurso transmitido en el núcleo familiar sea coherente con el emitido a través de los programas de prevención en el ámbito escolar.

Intervenciones centradas en el ámbito escolar y familiar, son actividades cuyo coste es relativamente bajo en relación a los beneficios potencialmente relevantes que se obtienen. La intervención temprana centrada en la adquisición de comportamientos y aptitudes sociales

positivas, en dichos entornos sociales, es más efectiva para retrasar el uso y limitar los daños, que aquella que únicamente proporcionan información o elevan la autoestima³⁷.

3. **Ámbito comunitario:** se parte de la premisa, que el ocio y tiempo libre es un espacio de educación no formal, donde la población juvenil e infantil de forma voluntaria puede adquirir vínculos que faciliten la interrelación personal, desde la cual se fortalezcan los factores de protección frente al consumo de drogas.
 - “Campaña: ¿Y TÚ QUÉ ERES?”: dirigido a jóvenes y adolescentes, se pretende impulsar una cultura de ocio sin el uso de drogas, basándose principalmente en los riesgos que conlleva el uso de las mismas, centrándose especialmente en el alcohol, cannabis y cocaína.
 - “Sensibilización sobre la calidad del ocio nocturno”: con el objetivo de informar y sensibilizar a los jóvenes en determinados conciertos, se distribuye material divulgativo sobre los efectos del uso y abuso de las drogas.
 - “JuveCant”: en determinados eventos como ferias, se ponen stand, donde los adolescentes y jóvenes pueden realizar alcoholimetrías y donde se les explica los efectos y problemas derivados del consumo de drogas.
 - “Caravana Estrellitas”: a través de diferentes jornadas, talleres y actividades, se promueven la solidaridad con los más desfavorecidos, así como, actividades de consumo responsable y respeto al medio ambiente.
 - “Programas de Ocio Alternativo”: se pretende proporcionar a los jóvenes alternativas como medida preventiva contra el uso de drogas, desarrollados desde el ámbito de la animación sociocultural.
4. **Ámbito laboral:** a través de subvenciones a las organizaciones empresariales y sindicales, se desarrollan programas preventivos de intervención en drogodependencias, cuyo objetivo es informar y sensibilizar a los trabajadores.
 - Campaña “Maneja tu vida. Di No”
 - Concurso “Como podemos contribuir a que la empresa sea un espacio saludable y seguro”
 - Campaña informativa “Descubriendo las fortalezas de la empresa ante el problema de las drogas”

Prevención Selectiva

Dirigido a aquellos subgrupos de población que presentan mayor vulnerabilidad y por lo tanto más posibilidades de iniciarse de forma temprana en el uso de drogas, por lo tanto dichos programas de prevención selectiva, pretenden reducir aquellos factores de riesgo que favorezcan un uso problemático de las drogas.

1. **Ámbito escolar:**

- a. “Programa de prevención de drogodependencias mediante la inculcación de hábitos saludables y actitudes positivas a través de la práctica deportiva y actividades de ocio y tiempo libre”, cuyos objetivos principales son:
 - i. Favorecer la salud
 - ii. Estabilidad emocional
 - iii. Mejora de la autoestima
 - iv. Facilitar las relaciones sociales
 - v. Inculcar valores como tolerancia, cooperación y solidaridad

2. **Ámbito comunitario:**

- a. “Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas”; es un servicio de atención especializada que pretende motivar el cambio en adolescentes (12-18años) que inician su consumo en drogas, para prevenir el paso entre uso y abuso.
- b. “Programas de prevención selectiva realizados a nivel local”:
 - i. “Operación Graffiti”: Ayuntamiento de Camargo.
 - ii. “Intervención Socioeducativa en Medio Abierto”: Ayuntamiento de Santander.
 - iii. “Cambia el Chip”: Municipios de Valles de San Vicente.

8. CONCLUSIONES

La prevención primaria en drogodependencias, como tema central de dicho trabajo, es un gran campo de actuación donde las enfermeras, principalmente de Atención Primaria, pueden llevar a cabo sus iniciativas y su implicación en el tema, en función de sus conocimientos, el perfil del usuario al que atiende, las propias demandas de la comunidad, así como, las inquietudes propias y del equipo con el cual trabaja. Encontramos dentro de la prevención un terreno con grandes posibilidades de explorar, que hasta el momento ha tenido un escaso desarrollo, y por lo tanto, se están escapando oportunidades de mejora de la salud de aquellas personas atendidas en los centros, debido principalmente, a la prioridad en la atención de otros problemas de salud en la población y por la elevada complejidad del abordaje de los problemas derivados del uso de sustancias³⁸. A pesar de todo ello, se han llevado a cabo, actividades exitosas dirigidas a la prevención en el consumo de alcohol y tabaco, principalmente en centros de salud.

Uno de los grandes obstáculos para los profesionales de enfermería, es la falta de conocimientos y la escasez de cursos de formación especializados dirigidos al personal sanitario, ya que actualmente los cursos impartidos en esta materia, son encaminados a la formación del profesorado¹⁶ (Ver Anexo 11). Sin embargo la International Nurses Society on Addictions^{39,40}, advierten del escaso énfasis de los programas formativos en drogodependencias de las universidades, lo cual genera en el personal de enfermería dificultades en la puesta en marcha de programas eficaces, tanto preventivos como intervencionistas en drogodependencias. La OMS y la International Nursing Council, recomiendan formación más completa en esta materia que la que actualmente se imparte, y que dicha formación se plasme en la práctica clínica de enfermería, puesto que según un informe de la American Nurses Association, en las áreas psiquiátricas sólo un 10% de las enfermeras consideraban la atención a drogodependientes como parte de su función.

Tras la transferencia de competencias en educación a las Comunidades Autónomas basadas en el Sistema Educativo del Estado, se lleva a cabo un estudio de la situación en Promoción y Educación para la Salud (PES) (2006-2008) en el ámbito autonómico. Dicho trabajo se desarrolla en el marco del convenio establecido entre el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y el Ministerio de Sanidad y Consumo⁴¹.

En este estudio se muestra que en la Comunidad Autónoma de Cantabria, no existe una herramienta legal conjunta en el recurso de coordinación Sanidad-Educación, a diferencia de otras comunidades donde dichos acuerdos llevan implantados varios años y justificados con su correspondiente disposición legal. En este mismo estudio, se determina que los principales obstáculos experimentados en la PES en nuestra comunidad son⁴¹:

- Motivación de los profesores.
- Implicación directores.
- Carga adicional de trabajo.
- Falta de reconocimiento.
- Escasos recursos técnicos a nivel CCAA.

A lo cual debemos añadir, como se muestra en el programa, *Y tú ¿qué piensas?* (Ver Anexo 10) que la impartición de dichos programas por parte del profesorado siempre es voluntaria, no existe obligatoriedad, por lo tanto, la educación en drogodependencias será una materia coja, donde la intervención de la enfermería como agente participativo podría suplir dicha carencia.

El Colegio de Enfermería de Cantabria en su revista del 4º trimestre del 2013 “Nuberos información”, presenta un artículo en el que menciona la puesta en marcha de la Sociedad Científica de Enfermería Escolar de Cantabria, a través de la cual se pretende abordar entre otros temas el consumo de drogas en dicho ámbito para el 2014.

Por lo tanto, debemos tener presente como se hizo mención en capítulos anteriores, que el crecimiento, el progreso, el desarrollo, el dinamismo del universo de las drogas, es más rápido que la puesta en marcha de medidas para paliar el problema de salud pública, por lo tanto la enfermería, como agentes de salud implicados en la promoción y prevención primaria, debemos ser consecuentes ante estos nuevos retos profesionales, y llevar a cabo una participación activa en materia de drogodependencias para mitigar el actual Problema de Salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2012 [Internet]. Viena: Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias; 2012 [acceso 17 de diciembre 2013]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2013 [acceso 18 de diciembre 2013]. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/libe/dv/21_emcddareport_/21_emcddareport_es.pdf
3. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2014 [acceso 18 de diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
4. ONU: Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: ONU; 2014 [acceso 18 de diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/drugs/index.shtml>
5. Pascual FC. Plan Regional sobre Drogas de Cantabria: gestión y evolución en estos 15 años. Elsevier.2001;3(3):193-198.
6. Torres M, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Alvarez C. Historia de las adicciones en la España contemporánea. [Internet] Ministerio de sanidad y consumo. Gobierno de España; 2009 [consulta el 6 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/BDInformacionSobredrogas.htm>
7. Romaní O. Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. Cuicuilco. 2010;17(49):83-101.
8. CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas [Internet]. Madrid: CIS; 2009 [acceso 20 de diciembre 2013]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html
9. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia sobre drogas de Cantabria: 2009-2013. Dirección general de Salud Pública. 2010; I(I):144.
10. Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación. Decreto 68/1991 de 16 de mayo. Boletín Oficial de Cantabria, nº15, (01-07-1991).
11. De personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Decreto 90/2013 de 26 de diciembre. Boletín Oficial de Cantabria, nº63,(31-12-2013).
12. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior; 2002.
13. Pérez F. Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Burgos: Diputación de Burgos; 2011.
14. Martín MM, Lorenzo FP. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Ladero JM, Lizasoain HI, editores. Madrid: Medica Panamericana; 1998.1-25.
15. Centro de Información y Educación para la Prevención del Uso de Drogas. El problema de las drogas en el Perú [Internet]. Lima: CEDRO; 2012 [acceso 15 de enero 2014]; (190). Disponible en: <http://www.bvcedro.org.pe/handle/123456789/193/3/1787-DR-CEDRO.pdf>

16. Becoña E, Cortés M, Arias F, Barreiro C, Berdullas J, Iraurgi I, et al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2011.
17. CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Glosario de Drogas [Internet]. Chile: Ministerio de Interior; 2008 [acceso 15 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/glosario%20version%20final.pdf>
18. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [Página principal en Internet] Madrid: FAD; 2014 [acceso 16 de enero 2014]. Disponible en: www.fad.es/contenido.jps?id_nodo=130&&keyword=&auditoria=F
19. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A de Cantabria. Encuesta domiciliaria sobre Drogas de Cantabria “Incidencia del consumo de Drogas en Cantabria” [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2011 [acceso 16 de Enero 2014]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=encuestas-sobre-drogas-en-cantabria>
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España (EDADES) 2011-2013 [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2013 [acceso 26 enero 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Prese220113134906000.ppt>
21. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa [Internet]. Luxemburgo: Oficina de las Comunidades Europeas; 2012 [acceso 26 de enero 2014]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36
22. Intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas. Decisión 2005/387 jai del consejo de 10 de mayo de 2005. Diario Oficial de la Unión Europea, L127, (20-05-2005).
23. Plan Nacional sobre Drogas. Informes de la comisión clínica. Drogas Emergentes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2011.
24. Abanades S, Peiró AM, Farré M. “Club drugs”: los viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. Med. Clin. 2004;123(8):305-311.
25. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa [Internet]. Luxemburgo: Oficina de las Comunidades Europeas; 2010 [acceso 28 de enero 2014]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36
26. Burillo-Putze G, Climet GB, Munné MP, Echarte PJ, Puiguriguer FJ, Avilés AJ, et al. Guía de actuación en drogas emergentes para servicios de urgencias. Madrid: Adalia farma; 2010.
27. Mustata C, Torrens M, Pardo R, Pérez C. Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño. Adicciones. 2009;21(3):181-186.
28. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Drogas en el punto de mira [Internet]. Luxemburgo: Oficina de las Comunidades Europeas; 2011 [acceso 29 de enero 2014]. Disponible en www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_ES_Drf14ES.pdf.
29. Burillo-Putze G, Aldea-Perona A, Rodríguez-Jiménez C, García-Sáiz M, Climent B, Dueñas A, et al. Drogas emergentes (II): el pharming. An.Sist.Sanit.Navar 2013;36(1):99-114.

30. Alonso MF. Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas: debilidades y fortalezas. *Pap: Rev. Sociol.* 2008;(90):153-178.
31. Delegación europea contra las drogas. Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas: 2005-2012 [Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2004 [acceso 9 de febrero 2014]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm
32. Delegación europea contra las drogas. Plan de acción sobre drogas de la UE (2009-2012) [Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2008 [acceso 9 de febrero 2014]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_es.htm
33. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Estrategia Nacional sobre Drogas: 2009-2016 [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009 [acceso 10 de febrero 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdfde>
34. de Torre JO. "ESTRATEGIA 2009-2016": diseño de una estrategia. *Rev. Esp. Drogodep.* 2010;35(1): 47-55.
35. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Formación en drogodependencias para los profesionales de la educación [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2011 [acceso 10 de febrero 2014]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=formacion-en-drogodependencias-para-profesionales-de-la-educacion>
36. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [Página principal en Internet] Madrid: FAD; 2014 [acceso 16 de febrero 2014]. Disponible en: <http://aulavirtualfad.org/>
37. Babor T, Fischer B, Obot I, Room R, Caulkins J, Foxcroft D, et al. La política de drogas y el bien público. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
38. Zarco MJ, Caudevilla GF, López SA, Álvarez MJ, Martínez OS. Actuar es posible: El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.
39. Molina MJ, Hernández SD, Simonet BM, Gelabert BA. Impacto de la formación y los conocimientos de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enferm.* 2013;22(1-2):45-49.
40. Sánchez García ME, González Blas I, García Basterrechea JM. Competencia de la enfermera hospitalaria en drogodependencias. *Metas de Enferm.* 2012;15(9):14-20.
41. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Informe: Diagnostico de la situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 20 de febrero 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf>

10. ANEXOS

ANEXO 1. Criterios para el abuso de sustancias. (Criterios de DSM-IV).2000

A. *“Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:*

1) *Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ej. Ausencias repetidas o rendimiento pobre, relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.)*

2) *Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlos es físicamente peligroso (por ej. Conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).*

3) *Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ej. Retirada del carnet de conducir por estar ebrio).*

4) *Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.*

B. *Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.”*

ANEXO 2. Síndrome de dependencia F1X.2 DSM-IV-TR

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración del resto de las características del síndrome más rápidamente de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) *Deseo intenso o vivencia de una compulsión de consumir una sustancia.*
- b) *Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.*
- c) *Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*
- d) *Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).*

- e) *Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.*
- f) *Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos durante periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario respecto del consumo de la sustancia.*

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse en una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia al verse privados de las sustancias).

ANEXO 3. Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. *Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:*
 - a. *una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.*
 - b. *El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.*
2. *Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:*
 - a. *El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).*
 - b. *Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.*
3. *La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.*
4. *Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.*
5. *Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), con el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o con la recuperación de los efectos de la sustancia.*
6. *Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.*
7. *Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína aun sabiendo que*

provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que pueda empeorar, pongamos por caso, una úlcera).

ANEXO 4 Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).pdf

ANEXO 5. Clasificación de las drogas emergentes.

(Fuente: Comisión Clínica de la DGPNSD. Elaboración propia.)

FENILETILAMINAS Y DERIVADOS ANFETAMINAS

- *Efectos psicoestimulantes*
 - *Anfetaminas*
 - - *Anfetamina (d,l-anfetamina)**
 - - *Dextroanfetamina (d-anfetamina)**
 - - *Metanfetamina (d,l-metanfetamina)*
 - - *Dextrometanfetamina (d-anfetamina)*
 - - *Levometanfetamina (l-metanfetamina)**
 - - *Metilfenidato**
 - - *Efedrina (efedra)**
 - - *Anorexígenos (fentermina y otros derivados)**
 - *Catinonas*
 - - *Catinona (khat)*
 - - *Metcatinona (efedrona)*
 - - *Metilmetcatinona (mefedrona)*
 - - *Etilona (ver entactógenos)*
 - - *Metilona (ver entactógenos)*
 - - *Butilona (ver entactógenos)*
- *Efectos entactógenos Metilenodioxianfetamina*
 - - *3,4-metilelenodioximetanfetamina (MDMA, "éxtasis", "Adán")*
 - - *3,4-metilenodioxianfetamina (MDA, "píldora del amor"),*
 - - *3,4-metilenodioxietilanfetamina (MDEA o MDE, "Eva")*
 - - *N-metil-1-(3,4-metilenodioxifenil)-2 butamina (MBDB)*
 - - *3,4-metilenodioximetcatinona (metilona, "explosión")*
 - - *3,4-metilenodioxietilcatinona (etilona)*
 - - *â-keto-N-metilbenzodioxolilpropilamina (bk-MBDB, butilona)*
- *Efectos alucinógenos Metoxianfetaminas*
 - - *4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina (DOB)*
 - - *4-metil-2,5-dimetoxianfetamina (DOM, serenity-tranquility-peace o STP)*
 - - *2,4,5-trimetoxianfetamina (TMA-2)*
 - - *parametoxianfetamina (PMA)*
 - - *4-bromo-2,5-dimetoxifenilanfetamina (2CB-MFT)*
 - - *2,5-dimetoxi-4-bromo-feniletilamina (2-CB, nexus)*
 - - *2,5-dimetoxi-4-iodofeniletilamina (2-C-I)*
 - - *2,5-dimetoxi-4-etiltiofeniletilamina (2C-T-2)*
 - - *2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltiofeniletilamina (2C-T-7)*

- - 8-bromo-2,3,6,7-benzo-dihidrodifurano- etilamina (2-CB-Fly)
- - Bromo-benzodifuranil-isopropilamina (bromo- dragon-yy)
- Otros
 - - Pirovalerona
 - - Na⁺irona (naftilpirovalerona, NRG-1)
 - - Alfa-pirrolidinpentiofenona (á-PVP)
 - - Metilendioxipirovalerona (MDPV)

TRITPTAMINAS

- - N,N-dimetiltriptamina (DMT)
- - 5-metoxi-dimetiltriptamina (5-MeO-DMT)
- - Bufotenina (cebilcina, 5-hidroxi-dimetiltriptamina, 5-HO-DMT o 5-OH-DMT)
- - 4-hidroxi-N-metil-N-isopropiltriptamina (4-HO-MiPT)
- - Diisopropyl-4-acetoxitriptamina (4-acetoxi-DiPT, ipracetina)
- - O-Acetylpsilocin (4-acetoxi-N,N-dimetiltriptamina, 4-AcO-DMT, 4-acetoxi-DMT)
- - 4-hidroxi-N-metil-N-etiltriptamina (4-HO-MET)
- - 5-metoxi-alfa-metiltriptamina (5-MeO-AMT)
- - 5-metoxi-di-isopropiltriptamina (5-MeO-DiPT, Foxy, Foxy Methoxy)
- - 5-metoxi-metilisopropiltriptamina (5-MeO-MiPT)
- - á-metiltriptamina (AMT)
- - N,N-diisopropil-triptamina (DiPT)
- - N,N-dipropiltriptamina (DPT)
- - 4-Acetoxi-N,N-dietiltriptamina (4-acetoxi-DET, etacetina, etilacibina, 4-AcO-DET)

DERIVADOS 1-ARILPIPERAZINAS

- Benzilpiperazinas
 - - 1-benzilpiperazina (BZP)
 - - 1-(3,4-metilenodioxibenzil)piperazina (MDBP)
- Fenilpiperazinas
 - - 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP)
 - - 1-(3-tri!uorometilfenil)piperazina (TFMPP)
 - - 1-(4-metoxifenil)piperazina (MeOPP)

DERIVADOS DE PIRROLIDINOFENONAS

- - á-pirrolidinopropiofenona (PPP)
- - 4-metoxi- á-pirrolidinopropiofenona (MOPPP)
- - 3,4-metilenodioxo-á -pirrolidinopropiofenona (MDPPP)
- - 4-metil-á-pirrolidinopropiofenona (MPPPP)
- - 4-metil- á-pirrolidino-hexanofenona (MPHP)
- - 4-metil-á-pirrolidinobutirofenona (MPBP)
- - á-pirrolidinovalerofenona (PVP)

DERIVADOS DE LOS OPIOIDES

- *Análogos del fentanilo*
 - - *á-metilfentanilo (China White)*
 - - *Parafluorofentanilo*
 - - *3-metilfentanilo*
- *Análogos de la petidina*
 - - *MPPP (contaminado con una impureza denominada MPTP que puede causar un síndrome de Parkinson permanente)*
- *Otros*
 - *Dextrometorfano**

ARILCICLOHEXILAMINAS

- *Derivados fenciclidina (PCP)*
 - - *Ketamina**
 - - *3-metoxi-fenciclidina (3-MeO-PCP)*
 - - *4-metoxi-fenciclidina (4-MeO-PCP)*
 - - *Eticlidina (PCE, CI-400, N-etil-1-fenilciclohexilamina)*
 - - *2-(3-metoxifenil-2-(etilamino)ciclohexanona) (metoxetamina)^o*
 - - *Roliciclidina (PCPy; 1-(1-fenilciclohexil)pirrolidina)*
 - - *Tenociclidina (TCP; 1-(1-(2-tienil)ciclohexil)piperidina)*
 - - *2-(3-metoxifenil-2-(etilamino)ciclohexano) (3-MeO-PCE)*

DERIVADOS DE LA METACUALONA

- - *Metilmetacualona*
- - *Mebroqualona*

DERIVADOS CANNABINOIDES SINTÉTICOS (SPICE DRUGS)

- - *AM-694*
- - *CP 47,497*
- - *Cannabicyclohexanol*
- - *CP 55,940*
- - *HU-210*
- - *JWH-018*
- - *JWH-073*
- - *JWH-200*
- - *JWH-250*
- - *THC-O-acetato*

GHB Y DERIVADOS

- - *Gammahidroxitirato (GHB, éxtasis líquido, ácido gammahidroxitirico, hidroxitirato, oxibato de sodio)**
- - *Gamma-butilolactona (GBL)*
- - *1,4-butanodiol (BD)*

- - *Ácido gammahidroxicálico*

**Estas sustancias se comercializan en algunos países aunque se encuentran sometidas a diferentes tipos de restricciones normativas.*

ANEXO 6 En la huerta con mis amig@s.pdf

ANEXO 7 La Aventura de la Vida.pdf

ANEXO 8 ¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas.pdf

ANEXO 9 Programa seminario Cine en la Enseñanza 2013 - 2014.pdf

ANEXO 10 Y tú ¿Qué piensas?.pdf

ANEXO 11 Formación (carpeta)

- Díptico tabaco 2014.pdf
- Programa Cep Órdago 2013 – 2014.pdf
- Programa curso educadrogas 2014.pdf
- Programa seminario Cine en la enseñanza 2013-2014.pdf