

JOSÉ MARÍA OSUNA FUENTES

DROGAS: ¿UN FENÓMENO EN EVOLUCIÓN?

Resumen. El fenómeno de las drogas ha evolucionado a través del tiempo a caballo entre las distintas ideologías y culturas. Es a partir de la Revolución Industrial cuando toman un auge desconocido hasta el momento. Desde esa época y con los cambios sociales, los avances técnicos, la comunicación y el intercambio sociocultural, estas sustancias salen de su entorno tradicional y se insertan en nuevas realidades.

Este trabajo, por medio del análisis retrospectivo-comparativo de las tendencias, los patrones de consumo, los discursos sociales, los perfiles del usuario... en las últimas décadas, trata de la evolución del fenómeno de las drogodependencias en nuestro entorno y su relación con estudios de evolución y fluctuaciones realizados en otras ciudades, autonomías, etc.

Palabras clave. Clasificación / Droga / Drogodependencia / Tipos de consumo / Tipos de Drogodependencia / Tolerancia / Vías de administración.

Abstract. The drug phenomenon has evolved over time and amongst different ideologies and cultures. It is really from the Industrial Revolution onwards that drug use has reached an importance whose limits are unknown at this moment. From this epoch onwards, and following in parallel with social change, technological advances, advances in communication and social and cultural interchange, these substances have been extracted from their traditional environment and installed in new realities.

This piece of work, through a retrospective analysis-a comparative overview of overall tendencies, consumer trends, social discourse, user profiles... in the last few decades poses the objective of trying to visualize the evolution of the phenomenon of drug addiction and whether it is related with studies undertaken in other cities, autonomous regions, etc. with reference to its evolution and fluctuations.

Keywords. Classification / Drug addiction / Drugs / Types of consumption / Types of drug addiction / Tolerance / Ways of administration.

1. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno de las drogas ha sufrido un proceso evolutivo acorde con los tiempos, las creencias, las culturas, las religiones... y también ha cambiado en cuanto a los usuarios, las vías de uso, el tipo de sustancias consumidas, la percepción social del fenómeno...

Desde la antigüedad, diferentes culturas han realizado consumos diversos de sustancias con distintos fines -ya fueran religiosos, espirituales, artísticos, bélicos, curativos, etc.- aprovechando las modificaciones que producían tanto al nivel de conciencia como en los estados afectivos o perceptivos. Aunque el fenómeno de la drogadicción sólo alcanza una extraordinaria importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias en las últimas décadas, en el marco de la sociedad industrial y de consumo.

En los dos últimos siglos, el hombre ha pasado de sólo recolectar las plantas silvestres cuyo consumo tiene consecuencias en el ámbito de su psique, a obtener y estudiar sus principios activos, purificarlos, modificarlos y aumentar sus efectos.

Las drogodependencias en las 3 ó 4 últimas décadas vienen considerándose entre los problemas más graves en el orden internacional a nivel socio-sanitario, a consecuencia del coste que causa a la comunidad en vidas humanas, padecimientos psíquicos, conflictividad familiar, absentismo laboral, actos delictivos, enfermedades derivadas directa o indirectamente de su uso y abuso.

2. CONCEPTOS CLAVE.

Droga.- Drogodependencia.- Tipos de dependencia.- Tolerancia.- Tipos de consumo.- Vías de administración.- Clasificación.

Droga. Este concepto ha variado con el tiempo y con la incorporación de nuevas ramas científicas a su estudio e investigación, conociendo diferentes definiciones. La Organización Mundial de

la Salud (OMS) la definió en 1969 como “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”.

En 1982, la OMS delimita las sustancias que producen dependencia y redefine el concepto como “Toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que, introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser auto-administrada”.

Siguiendo a los autores anglosajones, actualmente y desde que hace una década, aproximadamente, el término droga se aplica a “Aquellas sustancias psicoactivas de acción reforzadora positiva (que inducen a las personas consumidoras a repetir su auto-administración por el “placer” que les proporciona) capaces de generar dependencia psíquica o física (cuando se dejan de tomar pueden desencadenar una malestar psíquico y/o físico) y que ocasionan en muchos de los casos graves deterioros psicoorgánicos, sociales, familiares, etc.”

Uso / Hábito / Abuso / Dependencia. En la actualidad, estos conceptos son controvertidos y se entienden de distinto modo según las sociedades, culturas, costumbres, etc. Por ejemplo, en la cultura musulmana la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, castigable, por lo que cualquier consumo se considera un abuso, mientras que el consumo de hachís está tolerado. Sin embargo, en una cultura cristiana y de tradición católica como la española, el caso es justamente al contrario.

Con todo, partiendo de un consenso actualizado marcado por la OMS, podemos definir estos cuatro conceptos como sigue.

El Uso. Sería la utilización de una sustancia, el gasto de ella de forma aislada, ocasional, sin que produzca efectos sociales, médicos, familiares, laborales, etc.

El Hábito. Sería la costumbre de consumir una sustancia psicoactiva por habernos adaptado a sus efectos, pero sin necesidad imperiosa de ella. Su búsqueda no ocasiona alteraciones conductuales.

El Abuso. Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que dañe o amenace con dañar la salud física y/o psíquica o el bienestar social de un individuo, un grupo de individuos o la sociedad en general.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM. IV- 1994) destaca el abuso de sustancias psicoactivas según los siguientes criterios:

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los síntomas siguientes y durante un periodo de al menos doce meses:
 - a. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en su casa. Por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias en el trabajo, ausencias o expulsiones de la escuela, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa, etc.
 - b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. Por ejemplo, conducir un automóvil o accionar un mecanismo de maquinaria, etc. bajo los efectos de éstas.
 - c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. Por ejemplo, arrestos por comportamientos escandalosos debido al consumo de sustancias.
 - d. 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 misma. Por ejemplo, discusiones con la familia, violencia de género, etc.
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para ser considerados como dependencia a sustancias.

Drogodependencia. La OMS ha realizado diferentes definiciones del término, en 1964, en 1969 y en 1982: la define como “El síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. La dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, esclavizada.

Tipos de dependencia. Existen los siguientes tipos de dependencias: *física*, *psicológica* y *social*. Las tres tienen como objetivo final en la conducta del dependiente “obtener y consumir la droga”.

Según la CIE-10, Sistema Europeo de Diagnóstico, tomado por la OMS en 1982, el síndrome de dependencia es definido como “un trastorno que presenta los siguientes aspectos”:

1. Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
2. Se da la máxima prioridad al consumo de sustancias.
3. Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
4. Las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.
5. Y da las siguientes pautas diagnósticas, 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 o compulsión de consumir la sustancia.
 - b. Disminución de la capacidad de control del consumo, para comenzar o para terminarlo.
 - c. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduce o cese el consumo.

- d. **Tolerancia:** es una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de sustancia, para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o de divertirse.
- f. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

La dependencia física o *neuroadaptación* es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes fundamentales son: *la tolerancia* y *el síndrome de abstinencia agudo*: cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, aparece el cuadro caracterizado por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable que ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que mitiguen el déficit de los neuroreceptores.

El síndrome de dependencia psicológica es el deseo irresistible (o *craving*) de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones, etc.) o para evitar el malestar que se siente con su ausencia.

Formas de consumo de las drogas. Existen variadas formas de consumo, entre las que destacan:

1. Consumo experimental: consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad reducida. Los motivos del consumo son varios:
 - a. Curiosidad (conducta adolescente).
 - b. Sentirse adulto (conducta iniciación).
 - c. Sentirse parte de un grupo (conducta de integración).

2. Consumo ocasional: es un consumo intermitente de cantidades a veces importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, también pueden buscar un mayor goce sexual, rendimiento deportivo, académico, resistencia física en actividades lúdicas.
3. Consumo habitual: consumo diario, con el fin de aliviar el malestar psicoorgánico y por otra parte mantener un rendimiento adecuado, como ocurre en los cocainómanos.
4. Consumo compulsivo: es un consumo muy intenso, varias veces al día, suele existir un trastorno del comportamiento que produce consecuencias sociales.

Vías de administración. Son varias, entre las que destacan:

1. Vía oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual, es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, drogas de síntesis, alcohol, etc.
2. Vía pulmonar: la sustancia puede ser inhalada y/o fumada, es característico de la nicotina, cannabis, crack (derivado de la cocaína).
3. Vía nasal: requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada), es característico del uso de la cocaína.
4. Vía rectal o genital: se aplica sobre la mucosa anal o genital, se usa sobre todo en cocaína, heroína.
5. Vía parenteral: hay que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para administrarse la droga. La vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, sobre todo, se dan en heroinómanos, morfinómanos.

Clasificación de las drogas. Aunque existen diferentes clasificaciones, vamos a centrarnos en la que se refiere a sus efectos psicopatológicos:

1. Drogas depresoras (psicolépticas). Relentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corpora-

les: alcohol, disolventes volátiles, heroína, benzodiazepinas...

2. Drogas estimulantes (psicoanalépticos). Incrementan el ritmo funcional del organismo y excitan la actividad nerviosa: cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis...
3. Drogas alucinógenas (psicodislépticas). Afectan a la conciencia, alteran la percepción y los sentidos: LSD, cannabis, drogas de síntesis...

3. JUSTIFICACIÓN DEL FENÓMENO.

El discurso social podemos entenderlo como la percepción que los componentes de una sociedad se hacen u obtienen de una determinada realidad. El enfoque social que se transmite a los miembros de una comunidad actúa sobre el objeto que trata de configurar, lo transforma e interacciona con él. Resultando que el propio grupo social deforma la realidad y asume mediante estereotipos una visión sesgada de ella, que es la que la propia sociedad ha creado.

Las actitudes que son resultado directo del discurso social dominante, de su visión simplista y sesgada, tienen como efecto la proliferación de tendencias concretas, como puede ser la permisividad difundida incluso por los medios de comunicación social al uso y admitida conforme al código cultural vigente de las llamadas drogas legales, y la beligerancia frente a las ilegales.

Ante una situación en la última década que apunta a la disminución en la prevalencia global del consumo de heroína, con un importante y marcado cambio en la forma de consumo, decayendo de forma importante el consumo parenteral (inyección) y aumentando significativamente la inhalación. El aumento del consumo de cocaína. El repunte del consumo de cannabis, sobre todo en las franjas juveniles, unido a la lluvia frecuente de noticias sobre la legalización de la sustancia y sobre sus potenciales terapéuticos. El mantenimiento de una serie de patrones de consumos entre los jóvenes, como es el policonsumo recreativo centrado en el alcohol durante los fi-

nes de semana, con una importante incorporación de chicas al consumo de alcohol. Y la desaparición de un gran número de heroínómanos marginales gracias a una situación de mayor control propiciada por la metadona, percibiéndose los consumos más próximos, menos lesivos y más aceptables, debido principalmente a que el perfil de los consumidores aparece socialmente más integrado.

Todo ello, unido a que el fenómeno de la drogodependencia no se debe a un único motivo ni el binomio causa-efecto obedece siempre a un mismo patrón, sino que resulta de la interacción variada de diversos factores, sólo partiendo de la consideración del sujeto, la sustancia y contexto como vértices de un triángulo equilátero podemos alcanzar una visión acertada de la realidad.

4. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

1. Analizar los datos registrados en el Centro de Tratamiento de Drogodependencias de Carmona, retrospectiva y comparativamente, para ver si en nuestra ciudad se ha producido una evolución y se ha llegado una situación paralela en el fenómeno de las drogodependencias a las situaciones publicadas de otras zonas autonómicas y nacionales.
2. Analizar con los datos actuales, prospectivamente, hacia donde vamos en nuestro contexto.

5. ACCIONES Y METODOLOGÍA.

Realizamos un estudio retrospectivo del fenómeno de las drogodependencias en nuestra sociedad, aproximándonos a la realidad de las drogas ilegales en cada década y ello a través de los distintos registros obrantes en el Centro de Drogodependencias, de la percepción de los contextos interfamiliares, culturales y sociales, de las encuestas realizadas en diferentes centros de enseñanza en nuestra ciudad, de las tendencias autonómicas y nacionales reflejadas en documentos (encuestas, dossier, etc.) de Andaluces ante las Drogas, el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Español sobre Drogas.

Este análisis atiende a las connotaciones sociales, culturales, políticas, etc. de cada momento, así como a las fluctuaciones en el modo de abordar el fenómeno de las drogas en nuestra sociedad, marcado por dichas connotaciones y por la percepción del uso/abuso de las sustancias y sus vías de consumo, perfil de los usuarios, corrientes religiosas, estereotipos derivados, conflictividad social, etc. Con lo que este fenómeno ha evolucionado desde la percepción punitiva y penalizadora, debido, sobre todo, a la impactante heroína y sus problemas derivados directa o indirectamente, pasando por una etapa preventiva primaria y medicalizada, hasta llegar, actualmente, a un discurso de cierta “normalización” en los consumos de determinadas sustancias.

En el contexto que nos ocupa (Carmona-Guadajoz) los comienzos del abordaje terapéutico del problema de las drogodependencias se produjo a finales de 1988 con la creación de la Asociación de Amigos y Familiares de Toxicómanos “VIDA”, impulsada por un grupo de personas diversificado en cuanto a edades, creencias, inquietudes políticas, culturales, humanas, etc. En los comienzos centró la lucha en dos frentes: por un lado, en los pacientes y familias con carácter asistencial y, por otro lado, en la sensibilización de las administraciones local, provincial, autonómica, etc. para acercar los servicios a los afectados, reivindicando su descentralización, así como de la sociedad en general por medio de estrategias de información-formación, cursos de prevención, etc. con el objeto de desmitificar los estereotipos creados alrededor de las drogodependencias y sus usuarios.

El marco teórico de abordaje desde esta entidad ha sido el biopsico-social, aplicado desde los comienzos de su actuación, a fines de 1988, mantenido en la década de los 90, hasta la actualidad. La intervención la lleva a cabo un equipo interdisciplinar compuesto por un médico, una psicóloga, una monitora y una trabajadora social. Desde mediados de 2002, el centro y su actuación fue municipalizado, en consonancia con la filosofía del nuevo Plan Andaluz ante las Drogas de la Junta de Andalucía, lo que le dio el espaldarazo al carácter público de sus acciones, facilitando el acercamiento a la población en general, a los recursos y a la estabilización de los recursos y de los equipos que participan en la dinamización de las acciones.

Los datos extrapolados del estudio retrospectivo lo vamos a ir desglosando por décadas. Bien entendido que de la década de los 80 contamos, obviamente, sólo con datos de los años 88 y 89, todos los años de la 90 y los que van de la actual. Con ellos nos aproximaremos a la realidad de cada momento aquí y su correspondencia con la del país, y en la medida de los posible intentaremos ver hacia donde nos encaminamos.

Década de los 80.

Está marcada por la alarma social que provocaba el consumo de heroína, cuya utilización se asociaba primero con la delincuencia y la inseguridad ciudadana y más tarde con el SIDA. En los últimos años de esta década al protagonismo otorgado a la heroína le sigue la presencia de las tendencias del aumento de consumo de cocaína, droga que contaba con connotaciones positivas y cuyo uso/abuso fue creciendo y estableciéndose en la sociedad, ligada a falsas expectativas de éxito profesional así como a la percepción social de inocuidad.

En nuestro contexto, a finales de esta década se empiezan a acoger los primeros casos de drogodependientes, marcados sobre todo por las tendencias y perfiles siguientes.

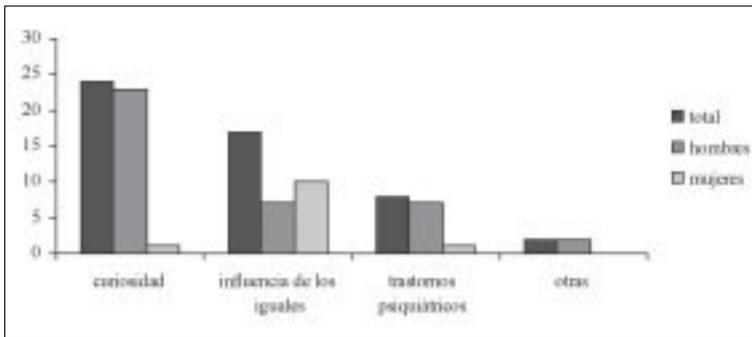
Pacientes mujeres: 12	Las mujeres acuden a la acogida al centro para diferentes actuaciones con una media de edad a la acogida de 24 años, con franjas de edad que oscilan entre los 17 y 30 años.
Pacientes hombres: 39	Los hombres acuden a la acogida con una media de edad de 24,52 años, con franjas de edad entre los 17 y 34 años.

En la Tabla 1 se recoge el total de pacientes acogidos en la década: 51 (12 mujeres y 39 hombres) con una proporción de 3,25/1 del sexo masculino sobre el femenino. En ambos, la franja de edad parte de los 17 años, alcanzando en los hombres hasta los 34 años.

▲
 Tabla 1.

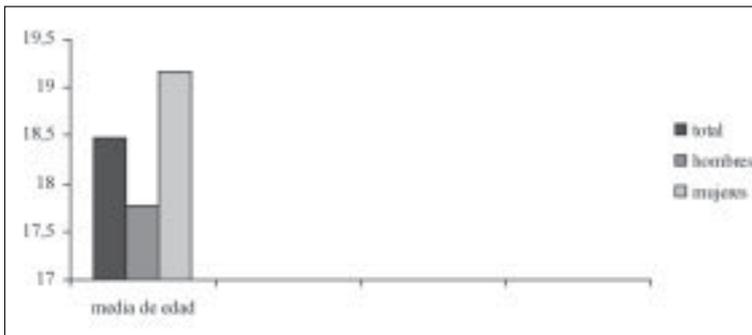
En las Tablas 2, 3 y 4 se enumeran distintos factores en relación con las motivaciones, edad de inicio, drogas de inicio, drogas de uso, estatus sociales, etc. Y se representan los datos que les corresponden en los gráficos que le siguen.

Droga principal	Motivaciones	Edad de inicio
<p>La principal droga consumida es la <i>heroína</i> en un 100% de los pacientes. A finales de la década algún paciente consume esporádicamente cocaína y usa de psicofármacos. Se empieza a vislumbrar el incremento del uso/abuso de cocaína.</p>	<p>Las principales motivaciones que argumentan los pacientes son: la <i>curiosidad</i>, 25 pacientes, 49,01%, la <i>influencia de los iguales</i> (familia, amigos, parejas, etc.) 18 pacientes, 32,29%. la automedicación por problemas de <i>trastornos psiquiátricos</i>, 8 pacientes, 15,6%, y el resto, 3,1%, no sabe no contesta.</p> <p>El ítem de trastornos psiquiátricos es importante cuantitativamente y apoya la teoría de la automedicación como génesis de las dependencias, en 5.</p> <p>Gráfico 1</p>	<p>La edad de inicio general media para ambos géneros es de 18,47 años. Por sexo se corresponde a una edad media en las mujeres de 19,17 años y en los hombres de 17,77 años.</p> <p>Esta edad se refiere al uso/abuso de la sustancia principal consumida.</p> <p>En la historia de la toxicología de estos pacientes aparece $\pm 1,2/2,1$ años antes el consumo de sustancias de inicio como tabaco, cannabis, alcohol, etc.</p> <p>Gráfico 2</p>



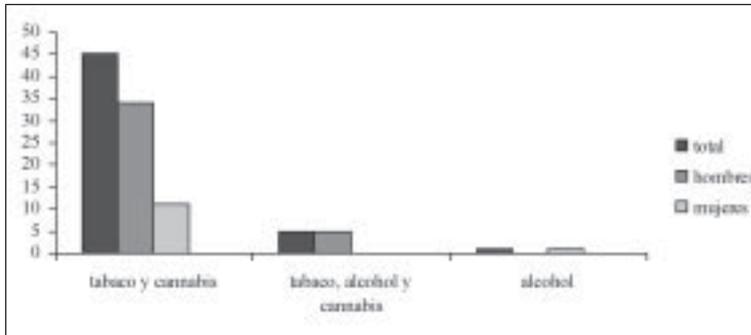
▲
 Tabla 2.

◀
 Gráfico 1. Década de los 80. Motivaciones.



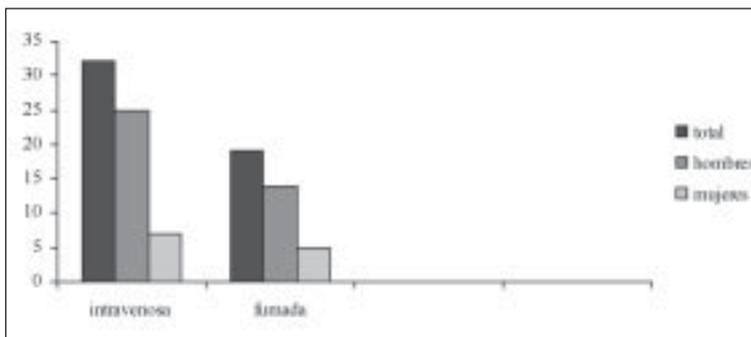
◀
 Gráfico 2. Década de los 80. Edad de inicio.

Drogas de inicio	Vía de administración	Ocupaciones laborales
<p>Las drogas de inicio de los pacientes en esta década son sustancias legales y/o ilegales. 1 paciente mujer empezó consumiendo alcohol. 45 pacientes, 11 mujeres y 34 hombres, comenzaron consumiendo primero tabaco y después cannabis. Y 5 pacientes comenzaron sus consumos primero con tabaco, seguido de alcohol y cannabis.</p> <p>La sustancias puenete en esta época son principalmente el tabaco y el cannabis.</p> <p>Gráfico 3</p>	<p>En cuanto a la vía de administración destaca principalmente en los pacientes de este periodo la vía parenteral, concretamente la intravenosa: con un 62,75% del total de pacientes, de los que 7 son mujeres (58,34%) y 25 son hombres (64,10%). El resto de pacientes utilizan la vía pulmonar, fumada: 19 pacientes, de ellos 5 mujeres y 14 hombres.</p> <p>Es significativo el uso parenteral por que lleva asociado muchas veces patología concomitante (VIH, Hepatitis B, C, etc.).</p> <p>Gráfico 4</p>	<p>Las ocupaciones laborales de los pacientes se distribuyen en este periodo de forma que 7 pacientes trabajan de forma estable, todos hombres, 3 pacientes son pensionistas o están de baja, 20 están parado o nunca han trabajado y 21 trabajan temporalmente en labores de agricultura y algunos en pintura y albañilería, con pocos días e ingresos al año.</p> <p>Gráfico 5</p>

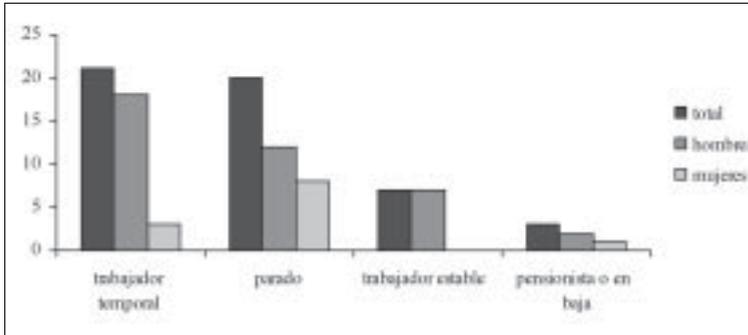


▲
 Tabla 3.

◀
 Gráfico 3. Década de los 80. Drogas de inicio.

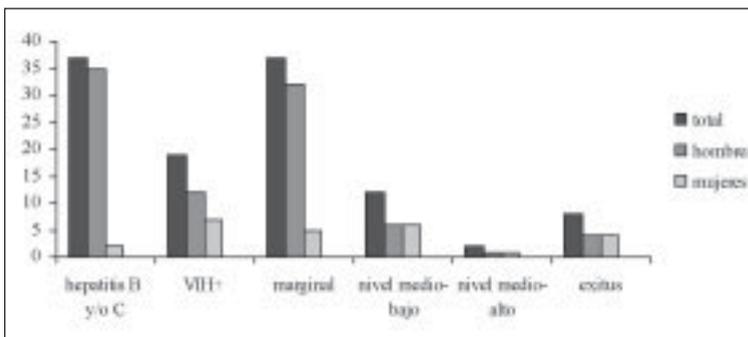


◀
 Gráfico 4. Década de los 80. Vías de administración.



◀ Gráfico 5. Década de los 80. Ocupaciones laborales.

Marginalidad	Problemas médicos	Exitus
<p>De los pacientes acogidos 37 presentan un estatus social marginal, con familias desestructuradas, con problemas de otras adicciones, roles ausentes y conductas asociales. 12 pacientes se encuentran en un nivel socio-económico bajo-medio y 2 pacientes pertenecen a un nivel medio-alto.</p> <p>Aparece una bolsa importante de marginalidad con fuertes problemas implícitos de adaptación social, conductas delictivas como medio de conseguir dinero para la consecución de drogas, así como conductas de compra-venta (pequeños camellos) para mantener su autoconsumo.</p> <p>Gráfico 6</p>	<p>Aparece en 19 pacientes, problemas de positividad en VIH, 7 mujeres y 12 hombres. También aparecen 37 pacientes aquejados de virus de hepatitis B y/o C. Estas patologías son fruto de las conductas de riesgo: uso de la vía parenteral y compartir material de inyección, prácticas sexuales hombre y heterosexual.</p> <p>Finalmente destacar a 8 pacientes con trastornos psiquiátricos: principalmente de personalidad, del estado de ánimo-afectividad y esquizofrenia, que se conoce como patología dual, donde la comorbilidad está compartida entre la sustancia y la alteración psicológica.</p> <p>Gráfico 6</p>	<p>En este periodo de tiempo se han producido 8 exitus: 4 mujeres relacionadas todas ellos con problemas secundarios derivados del uso de la vía parenteral y 4 hombres relacionados con la adulteración, 1 de ellos, y el resto por las consecuencias secundarias de compartir jeringuillas.</p> <p>Gráfico 6</p>



▲ Tabla 4.

◀ Gráfico 6. Década de los 80. Patologías y niveles socio-económicos

Década de los 90.

En esta década el consumo fue evolucionando a la vez que se producía un acotamiento del peligro social de la heroína, sustancia que parecía encontrarse a finales de esa década en declive debido, entre otras, a que buena parte de los afectados se encontraba en tratamiento, bien con programas de agonistas opiáceos (programas de mantenimiento con metadona) los llamados programas de reducción de daños, o bien con antagonistas opiáceos (naltrexona) los llamados programas libres de drogas.

El alcohol, en términos absolutos, parece tender a una discreta bajada en el consumo global, aunque en los últimos años de esta década aparece un importante incremento del consumo de alcohol en jóvenes, con un inicio a edades más tempranas que antes y cambios en los patrones de consumo.

Dentro de las drogas socialmente no aceptadas o ilegales, el cannabis tiene una clara tendencia expansiva y, en menor medida, la cocaína. El consumo de anfetaminas y alucinógenos tiene un repunte, y aparecen drogas de síntesis que por su forma de presentación y vía de administración son consideradas como menos peligrosas que otras.

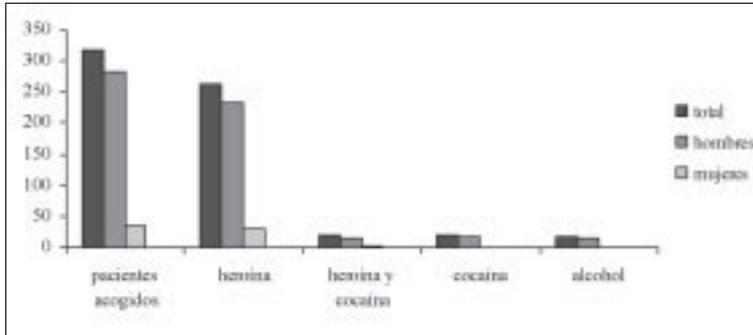
El perfil del drogodependiente marginal pierde sus connotaciones, porque los consumidores de drogas en esta época son sujetos con alto grado de integración social.

En nuestra ciudad, las acogidas de pacientes, la curva de incidencia/prevalencia, etc. tienen las características que se exponen a continuación.

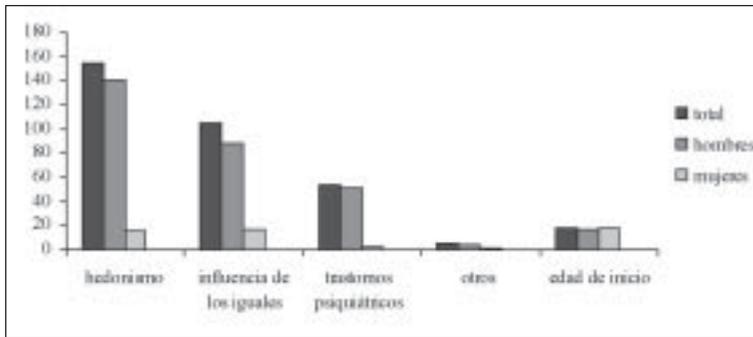
▼
 Tabla 5.

Pacientes acogidos Gráfico 7	Se acogen a 318 pacientes: 35 mujeres y 283 hombres, con una edad media a la hora de presentarse en la acogida de 26,2 años el grupo de mujeres y de 29,42 años el grupo de hombres. Con franjas de edades que oscilan entre los 16 y los 52 años.
Drogas principales Gráfico 7	Las drogas principales de uso de los pacientes acogidos son: 263 pacientes con heroína, 30 mujeres y 233 hombres, sobre todo en los primeros años de la década; 19 pacientes con cocaína, 1 mujer y 18 hombres; 19 pacientes con consumos de rebujados o heroína/cocaína, 3 mujeres y 16 hombres; y 17 pacientes por consumo de alcohol, 1 mujer y 16 hombres.

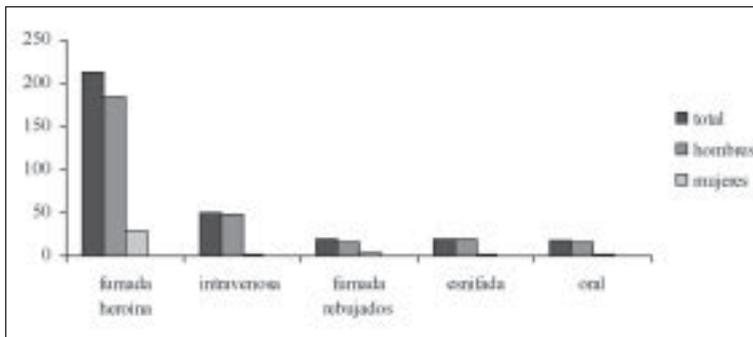
<p>Motivaciones Gráfico 8</p>	<p>Las motivaciones principales que argumentaban los pacientes eran: 155 pacientes hablaban de la búsqueda de nuevas sensaciones y el sentido hedonista puro, 105 se referían a la influencia del grupo de iguales como presión y aceptación de sus roles, 53 posiblemente se debían como primera causa a los trastornos de la esfera psíquica y 5 a otras opciones como la ampliación de las percepciones, el sentido psicodélico, etc.</p>
<p>Edad de inicio Gráfico 8</p>	<p>La edad media total de los pacientes en esta década era de 17,62 años, que por sexo era de 18,07 años para las mujeres y 17,17 años para los hombres. Se observa un descenso significativo en las edades de comienzo de las drogodependencias, con franjas que oscilan entre los 14 y los 56 años, so- liendo corresponder las edades mayores de 35 años con las dependencias del alcohol, mientras que las edades más bajas se corresponden con el uso/ abuso de cocaína y drogas de síntesis.</p>
<p>Vía de administración Gráfico 9</p>	<p>231 pacientes utilizan la vía pulmonar (fumada) para el consumo de heroína, 18 pacientes también utilizan esta vía para el consumo de rebujados. Por otra parte, 50 pacientes utilizan la vía parenteral (vía intravenosa) para el consumo de heroína, 20 pacientes usan la vía nasal (esnifada) para el consu- mo de cocaína y 17 la vía oral para el consumo de alcohol.</p>
<p>Drogas de inicio Gráfico 10</p>	<p>170 pacientes comenzaron con el uso/abuso de tabaco, cannabis y alcohol de forma ascendente hasta que buscaron nuevas sensaciones a través de otras drogas, 120 pacientes empezaron directamente desde el consumo de tabaco y cannabis, 17 pacientes pasaron a la droga principal a través del alcohol, 3 pacientes desde la metadona, 4 desde los psicofármacos y 4 des- de las anfetaminas-drogas de síntesis.</p>
<p>Nivel socio-económico Gráfico 11</p>	<p>Aparece una bolsa de marginalidad de 47 pacientes, que se corresponde con la dependencia de la heroína, en los primeros años de la década; 230 pacien- tes tienen un nivel socio-económico medio, 25 bajo-medio y 16 medio-alto. Claramente, el nivel social, cultural y económico cambia en esta década, sobre todo a partir de la segunda mitad de esta.</p>
<p>Patologías médicas Gráfico 12</p>	<p>Aparecen 69 pacientes afectados con patologías de virus de hepatitis B y/ o C, 10 mujeres y 59 hombres; y 31 pacientes con VIH+, 6 mujeres y 25 hombres. Otras patologías importantes son las relacionadas con los trastor- nos psiquiátricos: 53 pacientes, sobre todo aquéllos relacionados con ansie- dad, síndromes depresivos, trastornos de personalidad y esquizofrenias y psicosis exotóxicas debido al uso compulsivo de la cocaína.</p>
<p>Ocupaciones laborales Gráfico 13</p>	<p>Nos encontramos con 27 pacientes que son pensionistas o están cobrando salario no contributivo, 70 pacientes que nunca han trabajado, 136 pacien- tes que trabajan temporalmente, sobre todo en la agricultura, y 85 pacientes tienen trabajo estable.</p>
<p>Exitus Gráfico 12</p>	<p>Se han producido en este periodo 23 muertes, 2 mujeres y 21 hombres, relacionadas la mayoría de ellas con problemas de VIH/SIDA y patologías psiquiátricas.</p>



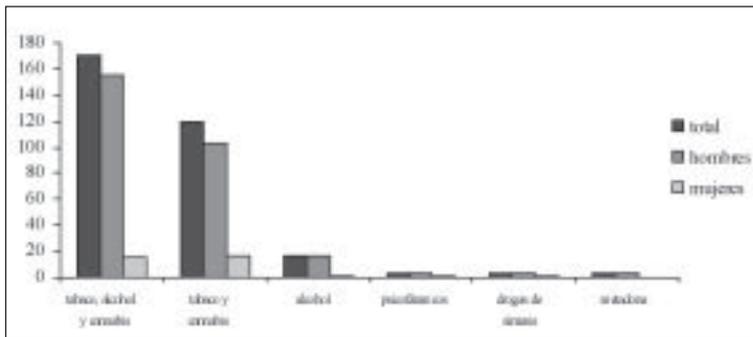
◀ Gráfico 7. Década de los 90. Acogidas y drogas en uso.



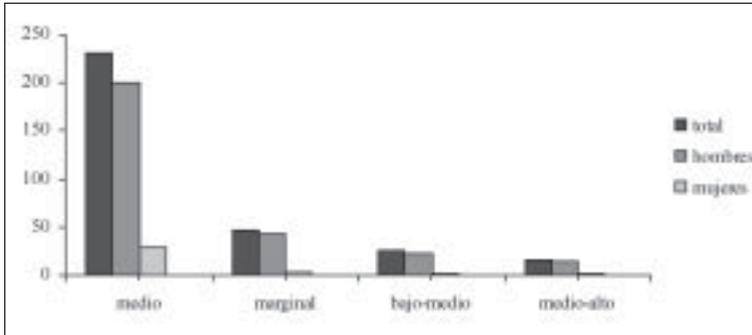
◀ Gráfico 8. Década de los 90. Motivaciones y edad de inicio.



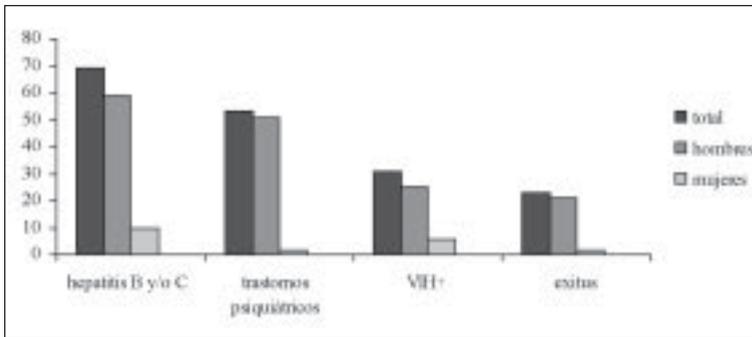
◀ Gráfico 9. Década de los 90. Vías de administración.



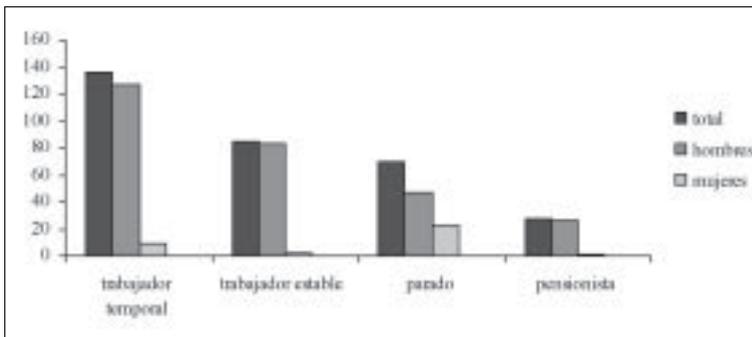
◀ Gráfico 10. Década de los 90. Drogas de inicio.



◀ Gráfico 11. Década de los 90. Nivel socio-económico.



◀ Gráfico 12. Década de los 90. Patologías médicas.



◀ Gráfico 13. Década de los 90. Ocupaciones laborales.

Década actual.

Las tendencias al consumo de drogas en líneas generales va en aumento progresivo, siendo España el primer país europeo en el consumo de cocaína, donde, como mínimo, se ha duplicado en los últimos años, todo ello favorecido por el predominio de valores basados en la diversión, el placer, el sentido hedonista de la vida y la banalización del problema del consumo, que da lugar a un discurso social permisivo y consumista.

El alcohol y el tabaco son las drogas legales –y por ello, con buena imagen social- que más se consumen en España, que interactúan y pueden servir de puente, como va dicho, al consumo de otras sustancias.

La heroína y sus derivados han descendido notablemente en su uso por vía intravenosa, debido a los programas de mantenimiento con metadona o de reducción de daños que, junto a los programas de intercambio de jeringuillas, han contribuido a reducir problemas asociados como el VIH/SIDA o las hepatitis B, C, etc.

El cannabis es la droga ilegal más consumida en nuestro país, habiendo aumentado considerablemente su consumo en los últimos años, entre otras razones por el repetido discurso de su legalización y las propiedades terapéuticas que se le vienen atribuyendo.

La segunda droga ilegal en cuanto a consumo actual en España es la cocaína, con un aumento muy considerable entre los jóvenes, asociada a los nuevos espacios y nuevas conductas de ocio, y a la creencia de cierta inocuidad de la sustancia. Su consumo va muy ligado a las movidas de los jóvenes con fuerte ingesta de alcohol en los fines de semana.

Finalmente remarcar el uso/abuso de las drogas de síntesis unida al sentido hedonista, los nuevos espacios y patrones de consumo que, unido a la vía utilizada y a la creencia de cierta inocuidad, ha provocado un repunte de su uso y ha llevado a su preferencia en los ambientes de ocio en fin de semana.

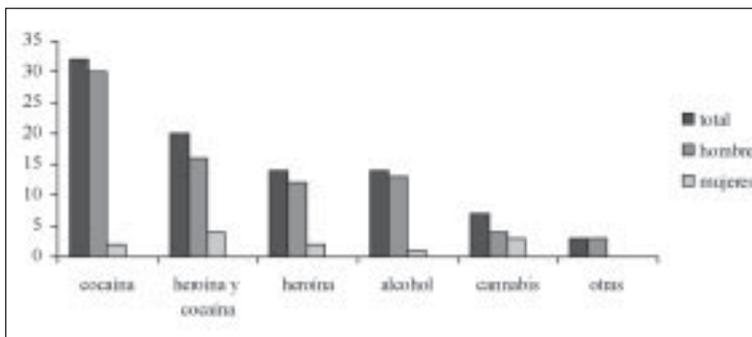
El perfil tipo del drogodependiente en la actualidad corresponde al de un varón (aunque el consumo de algunas sustancias como el alcohol y en algunas franjas de edades va aumentando más rápidamente en la mujer que en el hombre) entre 16 y 26 años, con ocupación laboral (en un 45-55% de los casos, un 7% de estudiantes y el resto parado o no ha trabajado nunca) que tiene tendencia al policonsumo (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas, etc.) en los fines de semana, con inmadurez personal, búsqueda inmediata de placer, baja autoestima, escasa o nula tolerancia ante las frustraciones, falta de autocontrol y visión distorsionada de la realidad.

Observándose en Carmona un cosumo en aumento, sobre todo, de alcohol, cannabis y cocaína, y un inicio a edades más temprana, en niveles socio-económicos en su mayoría medio-alto. ▼

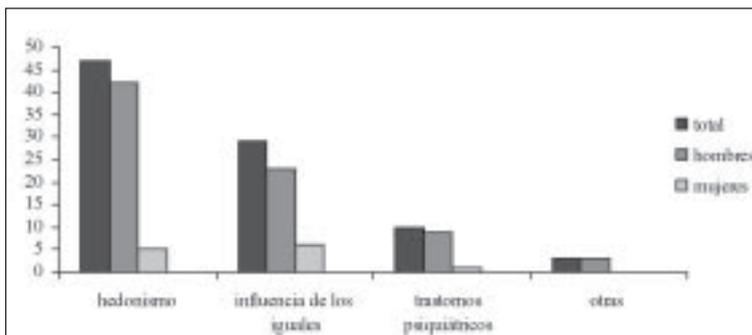
Tabla 6.

<p>Pacientes acogidos</p>	<p>Se han realizado 89 acogidas, 12 mujeres y 77 hombres. La media de edad de acogida es de 24,67 para las mujeres y de 27,51 para los hombres. La media ha subido por la acogida de pacientes con problemas de alcohol, con edades superiores 34 -35 años. Por el contrario la franja de edad de los acogidos por problemas de cocaína se encuentra entre los 15 y 22 años.</p>
<p>Drogas principales Gráfico 15</p>	<p>Los pacientes presentaban como principales drogas de consumo: cocaína 32 pacientes, 30 hombres y 2 mujeres; heroína+cocaína 20 pacientes, 16 hombres y 4 mujeres; heroína 14 pacientes, 12 hombres y 2 mujeres; alcohol 14 pacientes, 13 hombres y 1 mujer; cannabis 7 pacientes, 4 hombres y 3 mujeres; y otras, 2 hombres. El consumo de cocaína se ha incrementado con respecto a la década anterior, en lo que va de ésta, en un 2,6% .</p>
<p>Motivaciones Gráfico 14</p>	<p>Las motivaciones principales argumentadas por los pacientes están referidas principalmente a su patrón de ocio y pertenencia a grupos, de tal forma que 47 pacientes, 5 mujeres y 42 hombres, achacaban su uso al sentirse mejor, más a gusto; 29 pacientes, 6 mujeres y 23 hombres, a la pertenencia e influencia del grupo; 10 pacientes, 9 hombres y 1 mujer, al consumo como una válvula de escape a sus problemas de salud mental; y 3 pacientes, los 3 hombres, a otras argumentaciones referidas a la ampliación de los sentidos, percepciones y aumento de la líbido.</p>
<p>Edad de inicio</p>	<p>La edad media del inicio en el consumo es de 17,35 años en las mujeres y de 16,85 en los hombres, estando la edad media aproximada para ambos sexos en los 17,10 años. Las franjas de edades en el uso de sustancias como el cannabis y la cocaína oscila entre los 13-14 años y los 21-22 años.</p>
<p>Vías de administración</p>	<p>La principal vía de administración es la pulmonar en forma de fumada, debido sobre todo a los consumidores de heroína y los de heroína+cocaína (rebujados) con 39 pacientes, 6 mujeres y 33 hombres; le sigue la vía nasal, esnifada, que es la utilizada para la cocaína, con 32 pacientes, 2 mujeres y 30 hombres; la vía oral, utilizada por 15 pacientes que son consumidores de alcohol, 14 hombres y 1 mujer; y la vía parenteral, intravenosa, utilizada por 2 pacientes, los 2 hombres. Se observa como esta última vía ha disminuido notablemente.</p>
<p>Drogas de inicio</p>	<p>Aunque los pacientes en su inmensa mayoría presentan un perfil de policonsumo, las primeras sustancias que le sirvieron de puente a su droga principal actual fueron: 34 pacientes tabaco, alcohol y cannabis; 30 tabaco y cannabis; 15 alcohol; 7 cannabis y algo de tabaco; 2 psicofármacos y metadona; y 1 comenzó con otro tipo de conducta adictiva que no corresponde a sustancia.</p>
<p>Nivel socio-económico</p>	<p>El 60% de los pacientes pertenecen a un estatus medio-alto, el 25% a bajo-medio y el 15 % alto.</p>

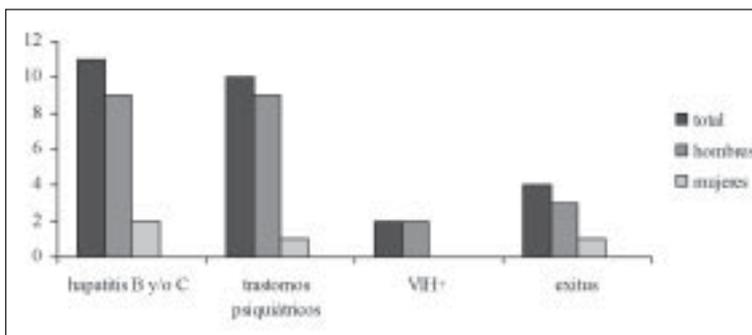
<p>Patologías médicas Gráfico 16</p>	<p>10 pacientes, 9 hombres y 1 mujer, presentaban trastornos relacionados con la salud mental (depresión, trastorno del ánimo, la afectividad, etc.), 11 pacientes, 9 hombres y 2 mujeres, patologías asociadas al hígado (hepatitis tipo B y/o C) y 2 pacientes, hombres, VIH/SIDA contagiados por vía parenteral y sexual.</p> <p>Se produjeron 4 muertes, 3 hombres y 1 mujer, relacionadas con las infecciones concomitantes y con la salud mental.</p>
<p>Ocupaciones laborales Gráfico 17</p>	<p>Trabajaban de forma estable y/o temporal aproximadamente el 55% de los pacientes, el 29% estaba parado o no había trabajado nunca, el 9% se encontraba cobrando por baja, jubilación o pensiones no contributivas y un 7% estaba estudiando .</p>



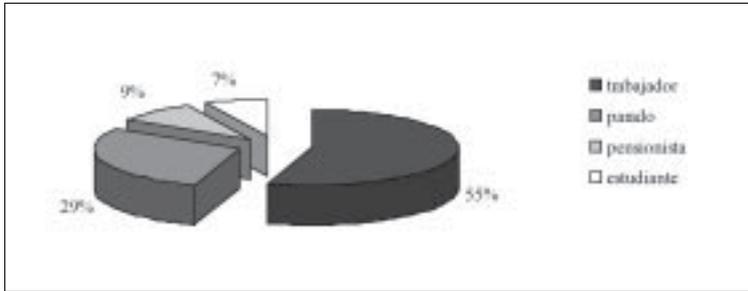
◀ Gráfico 14. Década actual. Droga principal de acogida.



◀ Gráfico 15. Década actual. Motivaciones para el consumo.



◀ Gráfico 16. Década actual. Patologías médicas.



◀ Gráfico 17. Década actual. Ocupaciones.

6. RESULTADOS.

Los datos locales expuestos demuestran que los datos nacionales, autonómicos y provinciales son extrapolables a nuestro medio inmediato.

La tendencia actual, con el margen de error propio del advenimiento de novedades imprevisibles, ya sean científicas, políticas o de otro orden, sin olvidar el carácter fluctuante de las drogodependencias, y a la vista de las demandas asistenciales, tendencias del consumo, riesgo percibido, mortalidad, patrones de abuso, etc. invita a actuar particularmente sobre el problema de la expansión de ciertas sustancias achacable, entre otras cosas, a la “normalización” de las conductas y las actitudes hacia las drogas, sobre todo en la cultura juvenil.

Una actuación que requeriría revisar aspectos como la conceptualización del propio fenómeno, el aumento de la investigación para identificar los mecanismos que subyacen en el consumo, la percepción del riesgo de ciertos sectores asociada al consumo y la accesibilidad de las sustancias, así como las formas de contrarrestarlas.

Y en lo que concierne a la sociedad, en general, su participación activa, y el diálogo entre padres e hijos, en particular, para no dejar estos temas en manos de terceros ni al azar.

BIBLIOGRAFÍA.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (Americam Psychiatria Asociation, APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales*. Barcelona, Masson, S.A. 1994.

- BECOÑA, E. “Drogodependencias”. En: A. Belloch, B. Sandin y P. Ramos (eds.) *Manual de Psicopatología*. Madrid, McGraw Hill, 1995. Vol. 1, pp. 493-530.
- BOBES GARCÍA, J., CASAS BRUGUÉ, M y GUTIÉRREZ FRAILE, M. *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona, Ars Medica, 2003.
- CAMI, J y AYESTA, F. J. “Farmacodependencias”. En: J. Florez, JA, Armijo y A. Mediavilla. *Farmacología Humana*. 3ª ed. Barcelona, Masson, S.A. 1997. Pp. 565-591.
- CLARA MORALES, E. y OSUNAFUENTES, J. M. *Encuestas realizadas a padres y alumnos en los Cursos de Prevención Primaria para Padres, organizados por la Asociación de Amigos y Familiares de Toxicómanos “VIDA” de Carmona*. Editados por la Federación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Federación “ENLACE” y La Conserjería de Asuntos Sociales de la JUNTA DE ANDALUCIA, 1997-2001.
- GRAÑA J. L. (ed). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid, Pirámide, 1994.
- LORENZO FERNÁNDEZ, P. et al. *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. 2ª ed. Madrid, Ed. Panamericana S.A. 2003.
- MARTIN GONZALEZ, E. “Drogas ¿Hacia dónde vamos?. *Proyecto Hombre. Revista trimestral de la Asociación Proyecto Hombre*. Marzo 2004, nº 49, pp. 5-11.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 1992 – CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Ed. Meditor, 1994.

