



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE GOBIERNO



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



Consejo Nacional de Lucha contra  
el Tráfico Ilícito de Drogas  
SECRETARÍA DE COORDINACIÓN



# PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS

## Orientaciones Generales

### Prevención del uso indebido de drogas

BOLIVIA - 2015



UNIÓN EUROPEA

Las siguientes instituciones contribuyeron a la producción del presente material didáctico:

**Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia:**

Ministerio de Gobierno

Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID)

**Delegación de la Unión Europea en Bolivia**

**Organización de las Naciones Unidas:**

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

**Problemática de las Drogas. Orientaciones Generales**

**Prevención del Uso Indebido de Drogas**

Este material educativo ha sido elaborado en el marco del Contrato de subvención DCI – ALA / 2014 / 342 – 302, el “Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia (2013-2017)” del Estado Plurinacional de Bolivia y el Programa País para Bolivia (2010-2015), suscrito por el Ministerio de Gobierno y la UNODC; los resultados exitosos, lecciones aprendidas y materiales educativos del Proyecto “Prevención del Uso Indebido de Drogas y el Delito en el Municipio de El Alto, BOL/J39” (2007-2014); las Convenciones sobre el problema mundial de las drogas de la Organización de las Naciones Unidas; y las buenas prácticas y estándares internacionales de prevención de la UNODC.

**Elaboración y Coordinación:**

Arturo Javier Moscoso Paredes

Olga Marcelina Titto Beltrán

**Diseño portada:**

Grober Copa Callisaya

**Diseño y diagramación:**

Juan Alvarez Laura

**Revisión de texto:**

Sergio Ibañez Salinas

Adriana Peñaloza Villavicencio

**Impreso en:**

Editorial Quatro Hnos. (editorialquatrohnos@gmail.com)

Bolivia 2015

*“La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en Bolivia y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea”.*

# **PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS**

## **Orientaciones Generales**

### **Prevención del uso indebido de drogas**

BOLIVIA - 2015



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1: LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS</b>	<b>7</b>
1.1 RESUMEN HISTÓRICO DE LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS	9
1.2 LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL	12
1.3 EL CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA	19
<b>CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS</b>	<b>25</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS DROGAS	27
2.1.1 ¿Qué son las drogas?	27
2.1.2 ¿Qué es el uso indebido de drogas?	28
2.1.3 ¿Qué es la drogodependencia?	28
2.1.4 ¿Qué es la dependencia física y psicológica?	29
2.1.5 ¿Qué es el potencial adictivo de una droga?	30
2.1.6 ¿Qué es la intoxicación?	30
2.1.7 ¿Qué es el síndrome de abstinencia?	30
2.1.8 ¿Qué es la tolerancia?	30
2.2 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS	31
2.2.1 Vía parenteral	31
2.2.2 Vía Entérica	32
2.2.3 Vía respiratoria	33
2.2.4 Absorción por contacto	33
2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	34
2.3.1 Por su origen	34
2.3.2 Por su situación legal	34
2.3.3 Por su consumo social	35
2.3.4 Por sus efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC)	35
2.4 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL CONSUMO DE DROGAS	37
2.4.1 Subsistemas del Sistema Nervioso Central	37
2.4.2 La célula nerviosa	37
2.4.3 Funcionamiento del SNC (cerebro)	38
2.4.4 La sinapsis	39
2.4.5 ¿Cómo afectan las drogas al cerebro?	39
2.4.6 Las drogas y el sistema de gratificación	40
<b>CAPÍTULO 3: USO INDEBIDO DE DROGAS</b>	<b>41</b>
3.1 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS	43
3.1.1 La sustancia (droga)	43
3.1.2 El individuo	43
3.1.3 El contexto	44
3.1.4 El ámbito familiar	44
3.1.5 El grupo de amigos	44
3.1.6 El ámbito escolar	45
3.1.7 Otros factores de riesgo	45

3.2 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS	47
3.2.1 Consecuencias Individuales	47
3.2.2 Consecuencias sociales	48
3.3. PROGRESIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	49
3.3.1 Diferencias entre uso y abuso de drogas	49
3.3.2 Evolución del comportamiento con el consumo de drogas	50
<b>CAPÍTULO 4: PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS</b>	<b>53</b>
4.1 DEFINICIONES, OBJETIVOS Y ORIENTACIONES DE PREVENCIÓN	55
4.1.1 Definiciones de la prevención	55
4.1.2 Objetivos de la prevención	56
4.1.3 Orientaciones de la prevención	56
4.2 MODELOS DE LA PREVENCIÓN	58
4.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	61
4.3.1 Estrategia Informativa	61
4.3.2 Estrategia Formativa	62
4.3.3 Estrategia de generación de alternativas en prevención	62
4.4 NIVELES DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN	63
4.4.1 Prevención universal	63
4.4.2 Prevención selectiva	64
4.4.3 Prevención indicada	65
4.5 FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	67
4.5.1 Factores de protección individual	67
4.5.2 Factores de protección microsocial	68
4.5.3 Factores de protección macrosocial	69
4.5.4 La resiliencia, otro factor de protección	69
4.6 ÁMBITOS DE PREVENCIÓN	70
4.6.1 Ámbito escolar	70
4.6.2 Ámbito familiar	73
4.6.3 Ámbito comunitario	74
4.6.4 Ámbito laboral	74
<b>CAPÍTULO 5: NUEVO DISEÑO CURRICULAR Y PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS</b>	<b>75</b>
5.1 MODELO EDUCATIVO SOCIOCOMUNITARIO PRODUCTIVO DEL SISTEMA EDUCATIVO PLURINACIONAL	77
5.2 ORGANIZACIÓN CURRICULAR	79
5.2.1 Categorías de la estructura curricular	79
5.2.2 Campos, áreas y disciplinas curriculares	80
5.2.3 Ejes articuladores del currículum	81
5.3 LA PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS EN EL CURRÍCULUM DE LA EDUCACIÓN REGULAR	82
<b>GLOSARIO</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>105</b>
ANEXO 1: EFECTOS, CONSECUENCIAS E INDICADORES DE IDENTIFICACIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS	105
ANEXO 2: MITOS Y REALIDADES DEL CONSUMO DE DROGAS	110
ANEXO 3: INSTITUCIONES DE APOYO PARA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN EN BOLIVIA	115

# **PRESENTACIÓN**

*El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, está muy presente en nuestra sociedad, y se ha convertido en un serio problema de salud pública, que está generando consecuencias negativas no sólo en el ámbito individual de quien consume, sino también a nivel familiar y de la sociedad en su conjunto.*

*Ante esta situación la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional contra el Tráfico Ilícito de Drogas (SC-CONALTID) a través de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), con el apoyo de la Unión Europea, implementa un proyecto de prevención del consumo de drogas en cuatro municipios del país (La Paz, Oruro, Cochabamba y Santa Cruz), dirigido a estudiantes; incluye la capacitación de maestros y el involucramiento a padres y madres de familia, y la producción de materiales de apoyo.*

*El presente material educativo es parte de estos esfuerzos, y ha sido elaborado e impreso en el marco del Contrato de Subvención DCI – ALA / 2014 / 342 – 302 del proyecto “Prevención del uso indebido de drogas en las comunidades educativas de Bolivia”.*

*El mencionado proyecto se inscribe en la Estrategia Nacional de Lucha contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca (2011-2015) y el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia (2013-2017) del Estado Plurinacional de Bolivia; las Convenciones de Políticas Antidrogas de la Organización de las Naciones Unidas y los Estándares Internacionales de Prevención de la UNODC (2013).*

*Las actividades principales de este proyecto son: el establecimiento de alianzas estratégicas interinstitucionales; la implementación de talleres de capacitación para docentes y padres de familia, en un enfoque de construcción colectiva del conocimiento; el desarrollo de procesos de supervisión y seguimiento a los docentes en su práctica pedagógica de aula; la producción de materiales impresos y audiovisuales didácticos; y, la incorporación de contenidos de prevención del uso indebido de drogas y las habilidades sociales para la vida, en el currículum escolar y de aula.*

*Se espera que durante el desarrollo de este proyecto se cumpla el objetivo de “contribuir a frenar los índices de prevalencia del uso indebido de drogas con enfoque de habilidades sociales para la vida, en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, a través de la implementación de procesos educativos de información, concienciación, capacitación y movilización de la población contra el consumo de drogas”.*

Secretaría de Coordinación  
CONALTID





# **CAPÍTULO 1:** LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS



## 1.1 RESUMEN HISTÓRICO DE LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS

La producción, consumo, comercialización y tráfico ilícito de drogas, constituyen una problemática de relevancia social desde que el ser humano descubrió que el consumo de algunas sustancias (drogas) modificaba su estado de conciencia; sin embargo, el uso y consumo ancestral de las drogas estaban vinculados exclusivamente a manifestaciones místicas religiosas de los diversos pueblos y comunidades originarios, indígena-campesinas, y otras culturas.

El efecto "mágico" del consumo de algunas sustancias servía para "elevar" el espíritu del individuo; la creencia era que la "modificación del estado de conciencia" - que experimentaban los sacerdotes, brujos o chamanes - facilitaba el contacto con las divinidades y canalizar energía cósmica.

**Alrededor de 4.000 años A.C.** la cultura de los sumerios de Irán cultivaba la amapola o adormidera, denominada también como "planta de la alegría", con la finalidad de extraer el **opio**, una sustancia de alto poder adictivo, cuyo consumo era controlado por los gobernantes y líderes religiosos de la época.

**2.000 A.C. en la China y la India** ya cultivaban la **marihuana**, considerada también como la "planta sagrada", utilizada especialmente en los ritos religiosos.

**La mitología griega** describe a Morfeo como "Dios del sueño" con las flores de la marihuana en la mano. En la antigua Roma, Galeno mereció el favor de Marco Antonio por haberle preparado la "triaca" (poción a base de opio), que consumía a diario para aliviar el dolor de cabeza.

**En el Continente Americano**, los diversos pueblos y comunidades originarias utilizaban una o varias sustancias que provocaban alteraciones en la "percepción de la realidad".

Así, las tribus Huicholes en sus rituales religiosos ingerían el cactus conocido como "peyote"; mientras que los indios de Norteamérica (Apaches, Kiowas y Siux) crearon una especie de religión y culto en relación al "peyote", según señalaban para "trascender sus espíritus".

Por su parte, los pueblos Mazotecos y Zapotecas de Centroamérica utilizaban el **teonanactl** llamado también "hongo sagrado" con propósitos místicos y curativos; mientras que los aborígenes del Brasil utilizaban la **waika** para sus ritos con el árbol virola. **Las tribus originarias de la zona amazónica** en el continente americano, utilizaban la **ayahuaska** supuestamente para "entrar en contacto con sus Dioses".

**En la cultura andina** (1.500 A. C.) tenían gran relevancia las manifestaciones religiosas relacionadas con el uso de la hoja de coca. Si bien no se conoce el origen exacto del cultivo de esta planta, se cree que los Incas la heredaron de culturas aún más antiguas como la Tiwanacota.

**Los cronistas** relatan sobre los usos y costumbres, y la importancia que los Incas asignaban a la hoja de coca. El consumo era selectivo y estaba reservado a una casta privilegiada del Imperio Incaico, por lo que, la producción era controlada; sin embargo, algunos escritores sostienen que también existían cultivos reducidos de la hoja de coca, que consumía la plebe y otros grupos que no pertenecían a la hegemonía incaica<sup>1</sup>.

La importancia de la hoja coca en los Andes se debe a sus múltiples facetas de carácter religioso, social, cultural, político y económico. La hoja de coca se ofrecía a las divinidades, y también era utilizada para la medicina<sup>2</sup> y la adivinación.

Como se puede apreciar, ancestralmente sólo algunas personas de las diversas culturas, tribus y poblaciones utilizaban y consumían sustancias que modificaban el estado de conciencia y sólo con propósitos místicos, espirituales o curativos.

### ¿Cuándo se constituye en problema el consumo de drogas?

El consumo de drogas se constituye en un problema cuando su uso rebasa el marco tradicional, místico y religioso. Cuando las drogas que eran consideradas un "un medio" pasan a ser "un fin en sí mismos"<sup>3</sup>, cumpliendo una finalidad hedonista en el principio de "placer-displacer".

**En la edad media, desde el siglo XVI**, época en la que tienen su apogeo las brujerías, los brujos del "Sabbat" realizaban reuniones secretas y consumían alucinógenos y estupefacientes que provocaban histeria colectiva y alucinaciones.

**En la Edad moderna**, la colonia española en América cambió el sentido del uso y consumo de algunas sustancias como la coca. Los mineros y campesinos eran obligados a consumir la hoja de coca en el trabajo de las minas y la tierra, sobre todo por sus efectos de adormecimiento, eliminación de la fatiga y mayor rendimiento laboral (Meruvia, Fanor: 2000).

Es así que en Bolivia la explotación de los recursos minerales siempre demandó el incremento de la producción de la hoja de coca, así como la masificación de su consumo. El sincretismo cultural producto de la colonia hizo que el uso y consumo tradicional de la hoja de coca se combine con el consumo del alcohol y el tabaco.

1 Choque Canqui, 1985 Citado en "drogas: Una aproximación Integral"

2 Cf. Masuda 1984 :16, citado en "Historia de la coca"-FanorMeruvia B

3 L.M. Oughourlian, La persona del toxicómano, Herder, Barcelona 1982.

**En el siglo XVII**, mientras el té importado de la China por una Compañía India, East India Company, se convertía en la bebida nacional de los ingleses, esta misma compañía introducía masivamente a la China los excedentes de opio que compraba de la India.

**Las dos "guerras del opio"** (1839-1842 y 1856-1858) tenían el propósito de defender el "derecho" de los ingleses a vender opio a los "señores de la guerra". En ambas confrontaciones, los chinos fueron derrotados con un triste balance de enfermos dependientes del opio.

**A mediados del siglo XVIII**, la hoja de coca fue importada por Europa, donde por vez primera el científico Albert Niemann (1860) logró aislar de la hoja de coca el alcaloide de la cocaína. Después del descubrimiento de las cualidades anestésicas de la cocaína, Carl Koller (1884) utilizó esta sustancia como anestesia local para la práctica médica.

Este hecho despertó un interés científico sin precedentes. Es así que, Sigmund Freud pensó que la cocaína podía constituirse en remedio para la dependencia a la morfina<sup>4</sup>; sin embargo, luego de experimentar científicamente dicha hipótesis, llegó a la conclusión que la cocaína es una droga igual o más adictiva que la morfina.

**En el siglo XX** aumenta el consumo de morfina, a consecuencia sobre todo de la **primera guerra mundial** (1914-1918). Muchos heridos tratados con esta droga como analgésico se convierten luego en adictos a la misma.

Durante la **segunda guerra mundial** (1939-1945), los médicos de los ejércitos norteamericano, inglés, alemán y japonés administraron o recetaron las anfetaminas de manera masiva entre los soldados, con el propósito de reducir la fatiga, reforzar la resistencia y "elevar el espíritu guerrero" de los combatientes; posteriormente, estas acciones desencadenaron fenómenos de de abuso y adicción.

La masificación del consumo de drogas en la sociedad mundial se inició en los **movimientos de juveniles de la década de los años 60s**, como protesta a la estructura social imperante, simbolizada especialmente en el rechazo a la guerra del Vietnam. (Escohotado, Antonio: 2008)

De este modo, se hizo popular el consumo de marihuana y otras drogas psicodélicas como el ácido lisérgico (LSD) particularmente entre la juventud de América del Norte. A partir de este hecho, se empezó a promover una serie de estereotipos relacionados con el cambio generacional y sus manifestaciones de rechazo en el mundo occidental con marcada influencia en nuestro medio.

4 "La cocaína" Grinspoon y Bacalar, Hacer Barcelona, 1982.

## 1.2. LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Si bien varias de las características generales de las pautas de la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas se han mantenido relativamente constantes durante las últimas décadas, no cabe duda que han experimentado cambios considerables.

Los mercados ilícitos de **opiáceos** - el tipo de droga más problemático - han mostrado un claro descenso a lo largo del último siglo. La producción tanto lícita como ilícita de opio registró una disminución de aproximadamente tres cuartos entre 1906 - 1907 y 2010. Esta evolución descendente ocurrió principalmente durante la primera mitad del siglo XX. Los niveles mundiales de producción de opio volvieron a aumentar hasta el 2000, y a partir de este año se mantuvieron básicamente estables.

En contraste, el mercado mundial de **cocaína** se ha expandido desde finales del siglo XIX y sólo recientemente ha venido mostrando una tendencia a la baja. La producción mundial de cocaína registró un marcado aumento en las décadas de 1980 y 1990, y recién se estabilizó en el último decenio. Sin embargo, en los últimos años, las cantidades de cocaína disponibles para el consumo parecen haber disminuido.

Presentar un panorama mundial de los niveles de cultivo y producción de cannabis sigue siendo tarea difícil: aunque se produce cannabis prácticamente en todos los países del mundo, su cultivo está localizado y, en la mayoría de los casos, abastece a los mercados locales.

La fabricación y el consumo ilícitos de estimulantes de tipo **anfetamínico** siguen aumentando, en contraste con las actuales tendencias generales de las drogas derivadas de plantas. Durante el período 1998-2010, las incautaciones mundiales de este tipo de sustancia se triplicaron.

Los países de Asia muestran los mayores índices de aumento de demanda durante el último decenio. (UNODC: 2012)

En años recientes, varios países han comunicado un aumento del **consumo con fines no médicos de medicamentos de venta con receta**. El "consumo con fines no médicos" incluye el consumo de la droga por la persona a la que fue recetada pero de manera o en dosis distintas de las prescritas, así como su consumo por otra persona.

La desviación se realiza a través de canales diversos, como recetas obtenidas por medios corruptos, recetas falsas, venta ilícita en farmacia, uso indebido en el contexto familiar, venta ilícita entre pacientes y medicamentos falsificados, a veces adquiridos a través de Internet. Aunque son muchas las drogas de venta con receta que pueden ser objeto de uso indebido, las más comunes pertenecen a una de las tres categorías siguientes (en orden de magnitud): opioides, depresores del sistema nervioso central y estimulantes (UNODC: 2012).

Por otro lado, existe un auge de la producción y consumo de **drogas sintéticas**, "...que no son sujetas a fiscalización y que se están utilizando para sustituir o imitar los efectos de drogas sometidas a fiscalización. Estas sustancias incluyen compuestos como indanos, benzodifuranil, analgésicos narcóticos (como la codeína, para su conversión en "krokodil" (desomorfina) en la Federación de Rusia), derivados sintéticos de la cocaína, *Salvia divinorum* (comunicada por el Canadá), ketamina (frecuentemente observada en el Asia sudoriental) y derivados de la fenciclidina. El "krokodil" es un preparado bruto a base de desomorfina, fabricado a partir de la codeína con sustancias químicas ampliamente disponibles como ácido clorhídrico, yodo y fósforo rojo. El compuesto puro tiene una potencia unas 10 veces superior a la de la morfina; sin embargo, el proceso de elaboración de "krokodil" produce altas concentraciones de sustancias químicas como ácido clorhídrico,

yodo, fósforo y metales pesados, lo que causa daños a la piel en el lugar de inyección, trastornos de los sistemas endocrino, nervioso y muscular e inflamación del hígado y los riñones".<sup>5</sup>

Respecto a los índices de **consumo mundial de drogas ilícitas**, según el "Informe mundial sobre las drogas 2012" de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), éstos se mantuvieron estables entre el 2005 y el 2010, alcanzando el 3,4% y 6,6% respectivamente, de la población entre 15 a 64 años de edad.

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el "éxtasis", (0,3% a 1,2%). La prevalencia anual mundial de la cocaína es del 0,3% y el 0,4% y de los opiáceos (opio y heroína) entre el 0,3% y el 0,5%.

Una de las repercusiones más importantes del consumo de drogas ilícitas son las consecuencias adversas sobre la salud de miembros de la sociedad: entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Respecto a las **drogas legales**, los niveles de consumo se mantienen por encima del consumo de drogas ilícitas. "Las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de **tabaco** durante el mes anterior a la reunión de los datos (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces superior a la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante dicho mes (2,5%).

5 UNODC: "Informe mundial sobre las drogas 2012", 2013, pag. 19.

La prevalencia anual del consumo de **alcohol** es del 42%, cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5,0%). La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas."<sup>6</sup>

Frente a esta situación generada por el uso indebido de drogas, los países miembros de las Naciones Unidas aprobaron una serie de instrumentos de fiscalización internacional de drogas y recomendaciones para que se adopten medidas de control del cultivo, elaboración, producción, tráfico y microtráfico de drogas; así como para el control del uso de algunas drogas ilícitas para fines médicos y científicos, estableciendo mecanismos de penalización para ambos casos. Algunas de las principales medidas aprobadas por los países miembros de las Naciones Unidas son las siguientes:

- **La Convención Única de 1961 sobre estupefacientes.** Después de 1912, el sistema de fiscalización de estupefacientes creció bastante desordenadamente, y hacia 1960 había llegado a ser excesivamente complicado. Esto condujo a la aprobación de la Convención Única sobre Estupefacientes, en la que se refundieron la mayoría de los anteriores instrumentos internacionales.

La Convención, que entró en vigor desde el 13 de diciembre de 1964 y fue modificada por el Protocolo de 1972, es considerada un importante hito en la historia de los esfuerzos internacionales de fiscalización de los estupefacientes, cuyos objetivos son i) codificar los tratados multilaterales existentes en un único documento; ii) racionalizar los mecanismos de fiscalización internacional de drogas; y, iii) ampliar la fiscalización a otras esferas.

Una de sus disposiciones más importantes señala que "*Las partes adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas (...) para limitar exclusivamente la producción, fabricación, exportación o importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos*".<sup>7</sup> En esta Convención se proscribió el hábito de mascar hojas de coca y fumar opio en un período máximo de transición concedido hasta 1989y 1979 respectivamente.

- **Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.** Hasta 1971 estaban sujetos a fiscalización internacional sólo los estupefacientes. La creciente preocupación por los nocivos efectos de las sustancias sicotrópicas, drogas de tipo anfetamínico, sustancias hipno-sedantes y alucinógenos, todos artificiales, capaces de alterar el comportamiento y el ánimo, y de crear perniciosos efectos de dependencia, llevó en 1971 a la aprobación del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas que sometió a esas sustancias a la fiscalización del derecho internacional.

En virtud de este Convenio, que entró en vigor el 16 de agosto de 1976, el sistema internacional de fiscalización de drogas se amplió considerablemente para incluir alucinógenos como el LSD (Dietilmetina del ácido lisérgico) y la mezcalina; estimulantes como las anfetaminas; y, sustancias hipno-sedantes como los barbitúricos.

Sin embargo, debido a la gran diversidad de sustancias sujetas a fiscalización en virtud del Convenio de 1971, originada por las diferencias entre los riesgos derivados del uso indebido de estas sustancias y sus propiedades toxicomanígenas, así como la variabilidad de sus valores terapéuticos, se las agrupo en cuatro "listas" separadas.

6 UNODC: "Informe mundial sobre las drogas 2012", 2013, pag. 4.

7 UNODC: "Informe mundial sobre las drogas 2017", pag. 202, 2008.



En la Lista 1 figuran aquellas sustancias que están totalmente prohibidas, excepto para fines científicos y médicos muy limitados, a cargo de personas debidamente autorizadas en centros médicos o científicos bajo la fiscalización directa de los gobiernos o con su aprobación expresa.

En las listas 2, 3 y 4 disponen que cada uno de los países aplique medidas que consideren adecuadas para limitar, a fines médicos y científicos, la fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión. Con el propósito de que la población aproveche los beneficios terapéuticos de estas sustancias, los médicos pueden expedir recetas con sujeción a recomendaciones específicas.

- **Protocolo de 1972.** La Convención Única se vio fortalecida por el Protocolo de 1972, que la modificó y que entró en vigor en agosto de 1975. El Protocolo subraya la necesidad de acrecentar los esfuerzos para impedir la producción ilícita, el tráfico y el uso de estupefacientes. También pone de relieve la necesidad de facilitar servicios de tratamiento y rehabilitación a quienes hacen un uso indebido de estupefacientes.
- **Declaración de 1984 sobre la lucha contra el narcotráfico y el uso indebido de drogas.** Describiendo el tráfico y el uso indebido de drogas como "una actividad criminal internacional que exige atención urgente y máxima prioridad", la Asamblea General, el 14 de diciembre de 1984, aprobó la Declaración sobre la lucha contra el narcotráfico y el uso indebido de drogas. La asamblea declaró en ella que la "producción ilegal, la demanda, el consumo y el tráfico ilícito de drogas obstaculizan el progreso económico y social, constituyen una grave amenaza a la seguridad y el desarrollo de muchos países y pueblos y deben ser combatidos por todos los medios morales, legales e institucionales, a nivel nacional, regional e internacional". Su erradicación, dijo la Asamblea, es responsabilidad colectiva

de todos los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

- **El Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas de 1998 (UNGASS).** La Declaración Política de los Estados Miembros, a tiempo de ratificar que las drogas afectan a todos los sectores de la sociedad en todos los países; sobre todo, el uso indebido de drogas afecta a la libertad y al desarrollo; es una grave amenaza para la salud y el bienestar y la independencia de los Estados, la democracia, la estabilidad de las naciones; y, la dignidad y la esperanza de millones de personas y familias, reafirman su determinación y empeño inquebrantables en resolver el problema mundial de las drogas mediante estrategias nacionales e internacionales que reduzcan tanto la oferta como la demanda ilícitas de drogas, reconociendo que es una responsabilidad compartida, por lo que reconocen los esfuerzos de distintas iniciativas de lucha contra el uso indebido de drogas desarrollados en las escuelas, las familias, las comunidades, los medios de comunicación social y en otros ámbitos.

Durante el periodo extraordinario se aprobó la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas que representa una importante iniciativa del Decenio de las Naciones Unidas contra el Uso Indebido de Drogas, que abarca el período 1991-2000. Esta Declaración responde a la necesidad de disponer de un instrumento internacional sobre la adopción de medidas eficaces contra la demanda de drogas ilícitas y constituye una ampliación de una serie de convenciones y recomendaciones internacionales en las que se basa.

En este evento, también se diseñó las Medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas, con orientaciones básicas sobre grandes acciones a desarrollar por los Estados Miembros de las Naciones

Unidas: i) Plan de Acción para combatir la fabricación ilícita, el tráfico y el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores; ii) Fiscalización de precursores que son sustancias que se utilizan con frecuencia en la fabricación ilícita de todo tipo de drogas ilícitas; iii) Medidas para promover la cooperación judicial en los casos de extradición, asistencia judicial recíproca, remisión de actuaciones penales, y otras formas de cooperación y capacitación; iv) Medidas contra el blanqueo de dinero como la creación de un marco legislativo de penalización que permita detectar, investigar y procesar a los responsables de este delito; y, v) Plan de Acción sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos de gran magnitud para la producción de drogas y desarrollo alternativo.

- **El Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas de 2009-2011 (UNGASS).** En su vigésimo período extraordinario de sesiones, la Asamblea General adoptó la Declaración Política de 1998 sobre el problema mundial de las drogas, en que se exhorta a los Estados Miembros a que informen cada dos años a la Comisión sobre sus esfuerzos por cumplir las metas y objetivos establecidos.

En marzo de 2009, en el 52º período de sesiones de la Comisión, los Estados Miembros evaluaron los progresos realizados desde 1998 y definieron prioridades de cara al futuro y áreas que requerían nuevas medidas. En consecuencia, la Comisión adoptó la Declaración Política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas.

En esa Declaración Política y Plan de Acción, los Estados Miembros expresaron su profunda preocupación por la creciente

amenaza que plantea el problema mundial de las drogas y propusieron como posible solución una cooperación internacional eficaz y creciente, la cual exige un enfoque integral, multidisciplinario y equilibrado de las estrategias de reducción de la oferta y la demanda de drogas, en virtud del cual esas estrategias se refuercen mutuamente. El Plan de Acción consta de tres partes: a) reducción de la demanda y medidas conexas, b) reducción de la oferta y medidas conexas y c) lucha contra el blanqueo de dinero y fomento de la cooperación judicial para potenciar la cooperación internacional. (UNODC: 2014)

- **Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas de la UNODC, 2013.** Uno de los últimos esfuerzos para lograr la disminución de la demanda de drogas a nivel internacional, es el realizado por la UNODC, que reunió a un grupo representativo de 85 expertos en el campo de la prevención a nivel mundial, entre investigadores, políticos, profesionales, ONGs y representantes de organismos internacionales, para la elaboración de los "Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas" (International Standards on Drug Use Prevention). Este documento describe, por una parte, las políticas e intervenciones que han tenido resultados positivos en la prevención a través de la evidencia científica y que podrían servir como base de un sistema nacional de prevención centrado en la salud; y, por otra, analiza y describe los posibles componentes de un Sistema Nacional de Prevención eficaz, con políticas e intervenciones basadas en evidencia científica encaminadas al desarrollo sano y seguro de los niños y jóvenes.

Uno de los aspectos que resalta este documento es que en los últimos 20 años se han logrado importantes avances a nivel de la prevención del uso indebido de drogas, alcanzando a generarse una **ciencia de la prevención**.

Otro aporte, además de la descripción de las más importantes experiencias en prevención a nivel mundial y su nivel de eficacia, son las directrices que brinda para que los países puedan desarrollar **sistemas nacionales eficaces** para la prevención del consumo indebido de drogas "...con políticas e intervenciones basadas en evidencia encaminadas al desarrollo sano y seguro de los niños y los jóvenes"<sup>8</sup>.

La estructura de dicho sistema incluye los componentes, tales como: Políticas e intervenciones de prevención basadas en evidencia científica; Marco político y regulatorio; Sólida base de investigación y evidencia científica; Amplia participación de diversos sectores en los diferentes niveles; Fuerte infraestructura del sistema de prestación de servicios; y, Sostenibilidad.

En este contexto, el Estado Plurinacional de Bolivia ha establecido políticas concretas y estrategias orientadas a la reducción de la oferta y la demanda de drogas, las mismas que actúan en conjunto para el logro de un resultado global.

La política antidroga en Bolivia se refleja en la **Estrategia de Lucha contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca (2011-2015)**, que es congruente con las Convenciones de las Naciones Unidas. Esta estrategia está sustentada en tres pilares:

- i) Reducción de la oferta, que busca fortalecer las capacidades institucionales del Estado Plurinacional para reducir el cultivo excedentario de hoja de coca; producción, distribución y disponibilidad de drogas ilícitas; desvío de sustancias químicas utilizadas para fines ilícitos; legitimación de ganancias ilícitas y delitos conexos. Las acciones se realizarán en dos frentes, el frente interno, con acciones para controlar el microtráfico en zonas sensibles; y el frente de frontera, con la identificación de emisarios de las organizaciones criminales transnacionales, monitoreo de rutas utilizadas por el tráfico ilícito y el patrullaje terrestre, aéreo y fluvial.
- ii) Reducción de la demanda, busca reducir el consumo de drogas y evitar su inicio; fomentar el tratamiento eficaz a los drogodependientes y garantizar su reintegración sin discriminación.
- iii) Reducción de los cultivos excedentarios de coca, que parte por establecer la extensión de los cultivos en 20.000 hectáreas, como ya lo señaló la estrategia de 2007 al 2010, (12.000 hectáreas de coca en los Yungas, 7.000 en el trópico de Cochabamba y 1.000 hectáreas en Caranavi), para lo cual se aprobarán mapas con límites de las áreas legales de producción de coca; además, se incluye un programa de "mitigación de impactos" para las zonas donde se erradicarán los cultivos excedentarios, con un cambio de la matriz productiva.

Esta estrategia muestra una nueva visión política en la lucha contra el narcotráfico con el firme compromiso de luchar contra la producción y el tráfico ilegal de drogas, con amplia participación social; respeto a los derechos humanos y sostenibilidad.

De manera simultánea a la lucha contra el tráfico ilegal de drogas, el Gobierno ha emprendido acciones a nivel internacional para revalorizar los usos milenarios y ancestrales de la hoja de coca de las culturas andinas, definiendo una postura que se sintetiza en el discurso del Presidente Evo Morales, en ocasión de 64<sup>a</sup> Periodo de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de Septiembre del 2009 la que se puede sintetizar en la consigna: cero cocaína, revalorización de la hoja de coca y cero tolerancia a los cultivos ilícitos de la coca.

Esta nueva visión del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia también se enmarca en un proceso de nacionalización de la lucha contra el narcotráfico, lo que se traduce en la definición soberana de las estrategias sectoriales y la asignación de recursos del Tesoro General de la Nación<sup>9</sup>.

8 UNODC: "Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas" 2013, pag. 16

9 UNODC: Programa País para Bolivia (2010-2015), Pag. 7, 2010.

Como parte de las acciones de revalorización de la hoja de coca se adoptaron varias medidas encaminadas a retirar la hoja de coca de la lista de sustancias sujetas a fiscalización internacional de drogas. A este efecto, el Gobierno Boliviano presentó una propuesta de enmienda al Artículo 49 de la Convención de 1961 sobre estupefacientes, sobre la abolición de la masticación de hoja de coca, argumentando que es una práctica ancestral que no debía ser prohibida.

Después de que las partes de la Convención rechazaran la propuesta en enero de 2011, el Gobierno presentó un instrumento de denuncia (renuncia) de la Convención, la misma que entró en vigencia en enero de 2012. Sin embargo, a fines del 2011 el Gobierno Boliviano anunció su intención de adherirse nuevamente a la Convención de 1961 con una reserva para que la masticación de la hoja de coca se respete en el país.<sup>10</sup>

Un año después de presentar la solicitud de readmisión a la Convención Única de 1961, en enero de 2013 fue aceptada con el respaldo de 169 países (con la abstención de sólo 15 naciones), esto implica que en el territorio boliviano se permite el "acullico", lo cual no significa que la planta de coca haya sido legalizada internacionalmente, puesto que sigue en la lista de sustancias controladas ya que es la base para fabricar cocaína, y, por lo tanto, su exportación sigue siendo sancionada.

Por otro lado, uno de los últimos avances del Gobierno de Bolivia para la prevención del uso indebido de drogas en el país, es la elaboración y socialización del "**Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia**" (2013-2017), cuyo objetivo es "Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras drogas en la población boliviana, focalizándose en los grupos de mayor riesgo a partir de estrategias integrales de prevención universal, selectiva e indicada, asegurando el tratamiento, rehabilitación y la reintegración familiar, social y laboral de las personas afectadas y fortaleciendo capacidades institucionales para mejorar los servicios y las respuestas oportunas y efectivas a los desafíos del Plan Nacional, con una visión de género y generacional, de manera intersectorial y asumiendo la interculturalidad."<sup>11</sup>

Asimismo, dicho Plan establece dentro de su estructura cinco ejes temáticos: Prevención; Población altamente vulnerable; Tratamiento y rehabilitación; Reintegración social; y, Desarrollo institucional. A su vez, cada eje temático incluye programas definidos acorde a las problemáticas priorizadas.

10 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas: "Informe 2011".

11 CONALTID: "Plan Nacional de reducción de la demanda de drogas en Bolivia 2013 - 2017", Pag. 93.

## 1.3 EL CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA

### 1.3.1 Estudio de prevalencia del consumo de drogas en Bolivia

En 2014, el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) realizó el "II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto".<sup>12</sup>

Dicho estudio tuvo como **objetivo** conocer la magnitud y las características del consumo de drogas (legales e ilegales) en Bolivia, a través de la estimación de la prevalencia e incidencia del consumo de estas sustancias según características demográficas; así como conocer otros aspectos relacionados con el consumo, la edad inicio, el patrón, el consumo problemático (por sustancia), percepción de riesgo, demanda potencial de tratamiento, oferta y accesibilidad, entre otros.

El universo del estudio fueron las personas de 12 a 65 años de edad, residentes en las diez ciudades consideradas.

**TABLA N° 1**  
**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITA E ILÍCITAS EN BOLIVIA,**  
**SEGÚN MES, AÑO Y VIDA**

Tipo de sustancia	Prevalencia de Mes	Prevalencia de Año	Prevalencia de Vida
Alcohol	23,02	48,53	69,38
Tabaco	14,81	25,05	45,31
Tranquilizante	0,95	1,87	4,62
Estimulantes	0,05	0,26	0,64
Marihuana	0,66	1,27	3,61
Inhalables	0,20	0,30	0,99
Cocaína	0,04	0,32	0,83
Pasta Base de Cocaína	0,04	0,05	0,19
Éxtasis	0,00	0,00	0,04

Fuente: "II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto", CONALTID, 2014.

<sup>12</sup> Prevalencia es el número de casos de consumo que se presentan (nuevos y antiguos) en una población determinada y en un determinado espacio de tiempo.

Como se puede observar en la Tabla N° 1, los principales resultados generales del estudio señalan que en el caso de **drogas lícitas**, las sustancias más consumidas en el país son el alcohol y el tabaco, siendo sus prevalencias de vida de 69,38% y 45,31, respectivamente. Estos datos suponen que siete de cada diez bolivianos han consumido alcohol y cuatro han consumido tabaco alguna vez a lo largo de su vida.

Con relación a las **drogas ilícitas**, las más consumidas son la marihuana, los inhalables y la cocaína, cuyos índices de prevalencia de vida alcanzan al 3,61%, 0,99 y 0,83%, respectivamente.

A continuación se harán algunas puntualizaciones respecto algunas de las sustancias legales e ilegales de mayor consumo en el país, decir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables.

**TABLA N° 2**  
**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL**  
**SEGÚN EDAD**

Tipo de prevalencia	Grupo de edad				
	12 a 17	18 a 24	25 a 35	36 a 50	51 a 65
Mes	3,19	26,51	33,48	29,11	20,94
Año	12,80	54,77	64,22	61,71	45,82
Vida	19,57	72,56	85,13	84,57	84,98

Fuente: Ibíd

Respecto al consumo de **alcohol**:

- Las ciudades de La Paz (77,67%), Oruro (74,74%), Trinidad (72,52%), Sucre (71,37 %) y Santa Cruz (71,11%), son las que presentan niveles mayores de prevalencia de vida que el promedio nacional.
- El estudio muestra que el consumo de alcohol es principalmente masculino, puesto que de la totalidad de consumidores de alcohol en el último año, el 57,28% son varones, mientras que el 41,55% son mujeres.
- Respecto al consumo de alcohol según grupo de edad (tabla N° 2), el estudio muestra que los adultos jóvenes o tempranos tiene mayores tasa de consumo en los tres indicadores de prevalencia (mes, año y vida), seguidos por el grupo etareo de 36 a 60 años de edad.
- En relación a la incidencia<sup>13</sup> de consumo de alcohol en el último mes y año, ésta

alcanzó a 0,61% y 3,65, respectivamente. Lo que quiere decir que en el último mes una persona por cada cien habría iniciado el consumo; mientras que en el último año, cuatro personas de cada cien habrían iniciado el consumo de alcohol.

Respecto a la incidencia por ciudades, La Paz (11,11%), Oruro (11,11%), Cobija (1,02%) y Potosí (0,62%), tienen incidencias de mes superiores a la media nacional. Mientras que en incidencia anual, La Paz (5,19%), El Alto (3,34%), Oruro (4,14%) y Cobija 3,85%) superan el promedio nacional.

- En referencia a la frecuencia del consumo de alcohol, que se definió tomando como medida las últimas dos semanas y al menos 5 tragos en una misma salida, el estudio establece 42,60% de los consultados admiten que han consumido alcohol una vez o menos al mes; mientras que el 17,58%. Indican que su consumo fue de dos a cuatro veces al mes, (Tabla N° 3)

<sup>13</sup> La tasa de incidencia es un indicador epidemiológico que mide la cantidad de casos nuevos, que no existían antes en un área geográfica en un periodo determinado.

**TABLA N° 3**  
**FRECUENCIA DEL CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL**

FRECUENCIA DE CONSUMO	PORCENTAJE
Nunca	31,68
Una vez o menos al mes	42,60
Dos o cuatro veces al mes	17,58
Dos a tres veces	3,33
Cuatro o más veces	5,05
No responde	0,62

Fuente: Ibíd.

Un análisis de la frecuencia de consumo y su relación con la edad, revela que los adolescentes de 12 a 17 años son quienes consumen en mayor proporción (47,4%), que el resto de los grupos de edad.

Este grupo etario consume alcohol una vez a la semana o menos. Mientras que los jóvenes de 18 a 24 años consumen dos a tres veces al mes, proporcionalmente más que el resto (18,9%). Los adultos entre 25 y 35 años de edad consumen cuatro a cinco veces a la semana (5,2%) o cinco o más veces por semana (7,1%) comparativamente más que ningún otro grupo.

- El estudio aplicó la prueba AUDIT (Alcohol User Disorders Identification Tests), que identifica el consumo peligroso y dañino del alcohol. Como se observa en la Tabla N° 4, un 58,5% ha obtenido un puntaje menor a 8, un 31,3% se ha ubicado en el segundo nivel es decir nivel de riesgo medio, un 7,6 en el tercer nivel o riesgo alto y un 2,6% de los entrevistados presentan dependencia. Las acciones que corresponden son de tipo educativas en el primer nivel, consejería para el segundo, consejería y terapia breve para el tercer nivel y la derivación a especialistas para diagnóstico y tratamiento para el último nivel.

**TABLA N° 4**  
**NIVEL DE RIESGO OBTENIDO SEGÚN LA PRUEBA AUDIT**

Nivel de riesgo	Porcentaje	Acción
1er nivel, riesgo bajo (0 a 7 puntos)	58,5	Educación
2do nivel, riesgo medio (8 a 15 puntos)	31,3	Consejería
3er nivel, riesgo alto (16 a 19 puntos)	7,6	Terapia breve
4to nivel, dependencia (20 a más puntos)	2,6	Derivación a especialista
Total	100,0	

Fuente: Ibíd.

Respecto al consumo de **tabaco**:

- El estudio demuestra que los varones son quienes mayoritariamente consumen tabaco, en todos los indicadores de prevalencia, duplican el consumo de las mujeres, alcanzando su consumo al 21,94%, 35,20% y 56,71%, frente al consumo de las mujeres del 9,13%, 16,97% y 36,23% respectivamente.
- El grupo etario de mayor consumo de tabaco es aquel comprendido entre 25 y 35 años siendo su prevalencia de mes,

año y vida de 18,05%, 31,38% y 56,38, respectivamente. Mientras que los menos consumidores son los adolescentes, entre 12 a 17 años, que presentan niveles de prevalencia del 2,84%, 7,29% y 11,41%, en los mismo indicadores.

- En relación a la magnitud del consumo de tabaco, como puede apreciarse en la Tabla N° 5, la mayoría de los consultados, de todos los grupo estareos, reportan un consumo de tabaco de entre 1 a 10 días al mes. Mientras que aquello que admiten consumir de 11 a 20 días al mes

corresponden al grupo etareo de 18 a 24 años. La población que consume tabaco en mayor magnitud, son los adultos mayores de entre 51 y 65 años de edad (29,22%).

- El consumo de tabaco se da sobre todo en las ciudades de La Paz, Oruro y Sucre, que presentan niveles de prevalencia de mes, año y vida mayores que el promedio nacional.

- Respecto a la incidencia del consumo de tabaco, el estudio señala que la incidencia mensual es de 1,53%, es decir que una persona de cada cien habría iniciado su consumo el último mes. La incidencia anual es de 4,69%, cinco de cada cien personas iniciaron el consumo el último año.

**TABLA N° 5**  
**MAGNITUD DEL CONSUMO DE TABACO: NÚMERO DE DÍAS QUE SE FUMA EN 30 DÍAS**

Grupo de edad	1-10 días	11-20 días	21-30 días
12 a 17	64,97%	13,12%	21,91%
18 a 24	63,80%	17,85%	18,35%
25 a 35	70,20%	16,66%	13,14%
36 a 50	60,59%	14,67%	24,74%
51 a 65	53,94%	16,84%	29,22%

Respecto al consumo de **marihuana**:

- Los varones presentan prevalencias de consumo de marihuana mayores que las mujeres en todos los indicadores. En el caso de los varones la prevalencia de mes es de 1,05, la de año es de 1,86% y la de vida de 5,75%; mientras que en las mujeres es de 0,36%, 0,81% y 1,92% respectivamente. Esto implica que la proporción de consumidores hombres y mujeres durante el último año, refleja que

los primeros representan cerca de tres cuartas partes de los reportes de consumo del último año, frente a un poco más de una cuarta parte de consumo reportado por mujeres en ese mismo periodo.

- Al analizar el consumo de marihuana en función de la edad (Tabla N° 6), puede apreciarse que, en general, el consumo es mayor en personas entre 18 y 24 años, seguidos por personas entre 25 y 35 años de edad.

**TABLA N° 6**  
**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIHUANA SEGÚN EDAD**

Grupo de edad	Mes	Año	Vida
12 a 17	0,335	0,714	1,11
18 a 24	1,63	3,05	5,95
25 a 35	1,06	1,83	6,03
36 a 50	1,184	0,467	3,03
51 a 65	0,000	0,086	1,40

- El consumo de marihuana es más alta en las ciudades de La Paz, Trinidad y Sucre, que presentan mayores niveles de prevalencia

de mes año y vida. Opuestamente, las ciudades que presentan menores niveles de prevalencia son El Alto y Potosí.



- La frecuencia de consumo de marihuana en los consumidores actuales (últimos doce meses), muestra que el 44,7% de ellos consumieron marihuana en los últimos doce meses. Quienes lo hicieron una sola vez representan el 33,00%, mientras que quienes consumieron alguna vez semanalmente son el 7,1%, los consumidores diarios de marihuana son el 4,8%, sólo un 0,4% indicaron que consumen algunas veces mensualmente.
- Para definir los niveles de dependencia de los consumidores de marihuana, en el estudio se aplicaron pruebas elaboradas a partir de los criterios del DSM-V<sup>14</sup> y la CIE-10<sup>15</sup>, estas pruebas se destinaron a realizar el diagnóstico de trastornos asociados al consumo de esta sustancia. Estas pruebas se aplicaron únicamente a las personas que admitieron haber consumido marihuana durante los últimos 12 meses. Los resultados del DSM-V muestran que de éstos consumidores el 97,87% presentan niveles de consumo sin trastornos. Mientras que de acuerdo a los criterios de la CIE-10, el 94,45% tiene un consumo sin riesgo.

#### Respecto al consumo de **inhalables**:

- El estudio estableció que el consumo de inhalables es predominantemente masculino en los tres indicadores de prevalencia, prueba de ello es que la prevalencia de vida de los varones alcanza a 1,418%, mientras que las mujeres alcanzan sólo el 0,660%.
- Las ciudades que muestran mayores niveles de prevalencia de año (consumo reciente) son Sucre (1,515%), Oruro (0,588%), Cobija (0,580%) y, mientras que las ciudades que presentan menores niveles en el mismo indicador son Tarija, Cochabamba y La Paz.
- Respecto a la incidencia de consumo de mes y de año para los inhalables es de 0,055 y 0,154 respectivamente.

Algunas de las conclusiones generales a las que llegó el estudio son:

- En términos generales, el consumo de sustancias en comparación con el estudio del año 2007 ha disminuido, a excepción de los tranquilizantes, cuya prevalencia se incrementó en dos puntos porcentuales.
- Al margen de la sustancia y de la ciudad, son los adultos de 25 a 35 años de edad quienes son más propensos al consumo de drogas.
- La percepción del consumo de sustancias es mayor a la del consumo real, es decir que existe una preocupación de parte de los entrevistados por el problema de consumo, en relación al límite de éste, por lo cual se puede afirmar que la percepción de riesgo es aun un factor de protección para retrasar y ahuyentar el consumo de ciertas sustancias en el país.
- Cerca del 79,90% de la muestra afirma no sentir curiosidad de probar drogas, sólo el 14,4% dijeron que sí sienten curiosidad y un 3,6% respondió que "podría ser" cuando se preguntó si probaría alguna droga si se le presentara la oportunidad, la respuesta fue afirmativa en el 4% y posible para el 4,4%.
- La droga "más fácil de conseguir" es la marihuana según el 16% de los encuestados. Sin embargo, cuando se indaga sobre la oferta de droga a los encuestados a un 8,5% le ofrecieron marihuana alguna vez en la vida, a un 3,9% le ofrecieron cocaína a un 1% le ofrecieron pasta base de cocaína o éxtasis.
- Entre el 14,6% y el 15,4% consideran que es difícil acceder a drogas ilegales y un porcentaje de 7,7% y 8,4% señaló que esto sería imposible.

14 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición.

15 Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, 10ma versión.

- Sobre los conflictos con la ley vinculados al consumo, se identificó que la mayor parte de problemas se deben al consumo de alcohol (3,85% del total de encuestados y el 89,19% de quienes manifestaron haber tenido algún conflicto con la ley durante el último año). Similar cuadro se da al analizar los problemas ocasionados por el consumo de las drogas donde el problema más frecuente es la ausencia laboral o la inasistencia al centro de estudios. En cuanto al consumo de alcohol (8,61%) y ausencia laboral, el 1,35% de los encuestados señaló que fueron despedidos.
- Las sustancias que más se consumieron de manera combinada durante el último año fueron el alcohol y el tabaco (36,4% del total de muestra) seguido del consumo de todas las sustancias legales combinadas (3,65%) y de la combinación de alcohol, tabaco y marihuana (1,89%).
- Sólo el 20,89% de los encuestados hablaron a sus hijos de los peligros de consumir drogas.

## **CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS**



## 2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS DROGAS

### 2.1.1 ¿Qué son las drogas?

El término droga es "...de uso variado. En varias Convenciones de las Naciones Unidas y en la declaración sobre reducción de la demanda de drogas se refiere a sustancias que son objeto de control internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, el término droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el término droga se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia a drogas ilícitas"<sup>16</sup>.

Sin embargo uno de los conceptos más difundidos sobre las drogas es la definición empleada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *"las drogas son todas las sustancias de origen natural o sintético que al ser consumidas alterarán la fisiología del organismo y el comportamiento de quien (las consume)..."*.

Otras definiciones que se pueden mencionar son las siguientes:

- *"Se llama droga o fármaco a cualquier sustancia natural o artificial que por sus características químicas, como consecuencia de su consumo, altera la función o estructura en un organismo" (Ray O., Ksir C.:1996).*
- *Droga es cualquiera de las múltiples sustancias con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tiene que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo<sup>17</sup>, que el ser humano ha usado, usa o inventará para su uso a lo largo de los siglos.*

<sup>16</sup> Alonso Sanz, Carlos; Salvador Llivina, Teresa y Suelves Joanxich, Josep M<sup>o</sup>: Glosario Sobre Prevención del Abuso de Drogas, Pag. 64,2004.

<sup>17</sup> CEDRO. Guía para trabajar con padres de familia. Forjadores cita a J. Funes, 1988. Lima, Perú. 1998.

Estas definiciones son lo suficientemente amplias como para que en ellas estén comprendidos una serie de compuestos químicos o naturales que pueden ser ingeridos, inyectados, aspirados o inhalados.

De manera que, desde el café, té, cigarrillos y alcohol pasando por toda la gama de productos que se venden en las farmacias y ferreterías, hasta las sustancias proscritas y cuya producción, comercio, tenencia, distribución y comercialización es penalizada por ley, pueden ser identificadas como sustancias psicoactivas o drogas.

### 2.1.2 ¿Qué es el uso indebido de drogas?

En el marco de la definición de la Organización Mundial de Salud (OMS)<sup>18</sup> podemos afirmar que el uso indebido de drogas es el uso o consumo excesivo, persistente u ocasional de una sustancia sin prescripción médica.

El uso indebido de drogas se refiere también al consumo de drogas que, si bien fueron prescritas por un médico, dicha prescripción no es respetada y se consume en cantidades y frecuencia de tiempos mayores a los establecidos por el médico; o cuando una sustancia es consumida para propósitos diferentes a los terapéuticos.

Por otra parte, el consumo de la marihuana, la cocaína y otras drogas ilícitas son siempre considerados como uso indebido de drogas.

Asimismo, el consumo de alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana, cocaína o cualquier otra droga por población menor de 18 años de edad (niños, niñas y adolescentes) esta considerado en el marco del uso indebido de drogas.

De la misma manera, el uso indebido de drogas se refiere al cultivo ilegal, producción, fabricación, comercialización, distribución, tráfico y utilización de sustancias sometidas a fiscalización internacional.

De acuerdo con la OMS, las expresiones *uso indebido* o *uso no médico* se consideran sinónimos de *abuso de drogas*. "El abuso de drogas se define como la «utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible». Así pues, el uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual el fármaco ha sido prescrito, se considera un abuso de drogas."

Una percepción más amplia del problema del uso indebido de drogas muestra que el uso y consumo de las drogas ha trascendido la órbita de la salud, adquiriendo una complejidad tal, que abarca los factores sociales, culturales, políticos y económicos de la sociedad y están vinculados tanto, a la oferta (producción y tráfico), como a la demanda (consumo) de las drogas.

### 2.1.3 ¿Qué es la drogodependencia?

La OMS define la drogodependencia como "El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: i) el deseo dominante para continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio; ii) la tendencia a incrementar la dosis de la droga; iii) la dependencia física y generalmente psíquica,...; y, iv) la presencia de efectos nocivos para el individuo (consumidor) y para la sociedad."

La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia (droga), que genera consecuencias negativas... a lo largo de un período de tiempo. También puede crearse dependencia a las drogas por el uso continuado intermitente o (por) un alto consumo cuando se lo hace "ocasionalmente" en fiestas, discotecas, conciertos, etc.

18 OMS: Serie de informes técnicos, No. 915 - 33°.

Por otra parte, la drogadicción o adicción a una droga se define como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad mental porque las drogas afectan seriamente al

cerebro modificando su estructura y su funcionamiento.

Estos cambios pueden durar tiempos prolongados y provocar comportamientos peligrosos que se observan en las personas que consumen excesivamente de las drogas.<sup>19</sup>

**Para diagnosticar si una persona es dependiente de una droga,** la OMS sugiere que debe considerarse algunos de los siguientes aspectos:

- Un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado;
- Evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia y/o dependencia a la droga;
- Si hay un consumo de drogas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia;
- El predominio de conductas de búsqueda de droga en detrimento de otras prioridades importantes en la vida del consumidor;
- Un rápido resurgimiento de la dependencia a la droga después de un período de abstinencia;
- La evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo;
- El deseo de no dejar de consumir la droga.

#### 2.1.4 ¿Qué es la dependencia física y psicológica?

Existen dos tipos de dependencia de las drogas:

- **La dependencia física** se produce por la tolerancia al consumo de drogas, entendida como una adaptación o "acostumbramiento" del organismo a una determinada sustancia (droga). La persona que consume una misma dosis de una droga, paulatinamente, deja de sentir los efectos iniciales y para sentir el mismo efecto deseado, con el tiempo, tiene que incrementar la dosis del consumo de la droga.
- **La dependencia psíquica o psicológica** es la situación en la que para producir placer o evitar el malestar surge un impulso que exige el consumo regular o continuo de la droga.

La dependencia psíquica "...se trata de aquel vínculo con la droga caracterizado por el deseo apremiante de experimentar sus efectos, ya sea porque favorece experiencias positivas (relajación, sensación de fuerza, inhibición del cansancio y el sueño, pérdida de apetito, etc.), o porque permite rehuir reacciones negativas (aburrimiento, timidez, sensación de incapacidad, frustración, soledad, etc.)"<sup>20</sup>

La fase más difícil a la hora de iniciar un proceso de rehabilitación se centra en desactivar esta dependencia psíquica, propiciar cambios en la conducta, las emociones y, en general, en los estilos de vida del consumidor dependiente, que le permita funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, tolerar la frustración, establecer relaciones sociales, mejorar su rendimiento deportivo, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas.

<sup>19</sup> NIDA (National Institute on Drug Abuse): La Ciencia de la adicción, 2008, pag. 5  
<sup>20</sup> Ruiz, Jorge: Manual básico de adicciones, 2008, pag. 20

Si bien la dependencia física y psíquica tiene sus características propias, no debe manejárselos separadamente, porque generalmente se presentan la dependencia física, psicológica e incluso la dependencia social en una misma persona consumidora<sup>21</sup>. Los tres tipos de dependencia "...pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente)".<sup>22</sup>

### **2.1.5 ¿Qué es el potencial adictivo de una droga?**

Es la capacidad que tiene una sustancia (droga) para producir dependencia en los consumidores. Por ejemplo, el tabaco tiene mayor potencial adictivo que el alcohol, ya que el fumador en ocasiones no puede controlar su consumo, aunque existen excepciones. En cambio una gran parte de consumidores de alcohol son "bebedores sociales" que pueden controlar su consumo y no beber nada durante días o semanas. La cocaína tiene mayor potencial adictivo que la marihuana y ésta que la clefa.

### **2.1.6 ¿Qué es la intoxicación?**

La intoxicación es un estado transitorio - que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol -, produciendo alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción visual, el estado afectivo, el comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Los síntomas van más allá de la intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, la vigilia, la atención, así como trastornos en el pensamiento, en la capacidad de juicio, el control emocional y de la conducta psicomotora del consumidor.

### **2.1.7 ¿Qué es el síndrome de abstinencia?**

Uno de los efectos más indeseables del consumo de drogas es el síndrome de abstinencia, el cual se produce cuando la persona que consume excesivamente o es dependiente de una sustancia (droga) deja de consumirla bruscamente, o cuando la dosis consumida es insuficiente. El alivio de ese estado de abstinencia pasa cuando la persona consume la dosis necesaria de la droga.

### **2.1.8 ¿Qué es la tolerancia?**

La tolerancia es un estado de adaptación caracterizado por la disminución del efecto a la misma cantidad de droga consumida o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto.

21 CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión recogida por la OMS. En inglés es ICD.

22 Becoña Iglesias, Elisardo: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002, pag. 47.



## 2.2 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS

Las drogas ejercen su acción principalmente sobre el Sistema Nervioso Central y directa o indirectamente sobre los otros órganos o sistemas del cuerpo humano (efectos y consecuencias por la toxicidad).

Cada sustancia o droga, dependiendo de su forma de presentación, tienen diferentes vías de administración para llegar al torrente sanguíneo y de esta manera, llegar al cerebro y ejercer su efecto psicotrópico.

"...no solo nuevas formas de drogas se expanden a lo largo de todo el mundo, sino que también han ido surgiendo nuevos métodos para su administración, haciendo más fácil, rápido y seguro su (efecto) consumo. Así, fumar, esnifar o chupar las sustancias producen un efecto más rápido que simplemente tragarla o beberla. De especial relevancia fue el descubrimiento en el siglo XIX de la inyección parenteral."<sup>23</sup>

### 2.2.1 Vía parenteral

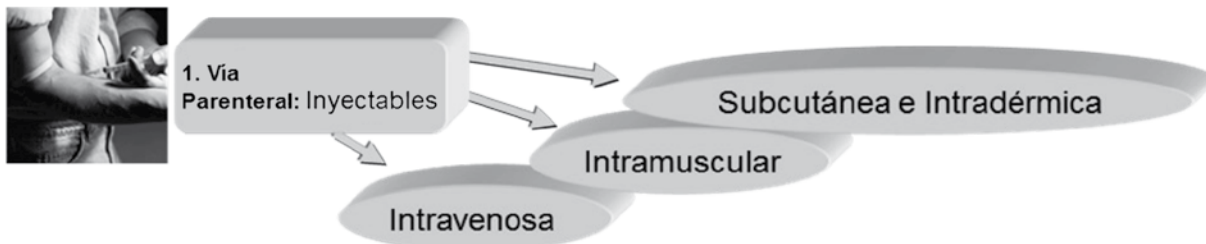
Esta vía de administración de las drogas incluye las inyecciones intravenosas, intramusculares, subcutáneas e intradérmicas, aunque ésta última no es utilizada en el consumo de sustancias psicotrópicas. Cada una de las vías mencionadas tiene diferentes tiempos para que las drogas inicien su efecto.

- **Vía intravenosa** es la más rápida, la sustancia es inyectada directamente en el torrente sanguíneo, llegando al corazón y en pocos segundos al cerebro.
- **Vía intramuscular** es un poco más lenta debido a que el compuesto es depositado entre las fibras musculares y debe ser absorbido por diferentes mecanismos. El tejido muscular, por su tipo de función y actividad constante está ampliamente

23 Becoña Iglesias, Elisardo: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002, pag. 305.

irrigado, por lo que la sustancia es absorbida gradualmente en un tiempo de unas horas hasta uno o dos días, dependiendo de la complejidad de las moléculas, solubilidad y viscosidad de la sustancia inyectada.

- **Vías subcutánea e intradérmica** son las más lentas debido a las características del tejido y la menor irrigación. El tiempo de absorción de los compuestos puede tardar desde algunos días hasta semanas, dependiendo de las características de la sustancia.



### 2.2.2 Vía Entérica

Las drogas son consumidas vía digestiva para su absorción:

- **Vía oral**, el efecto puede iniciarse de media hora a una hora después de haber ingerido la sustancia o droga, debido a que primero debe ingresar al estómago para su absorción y pasar al intestino delgado donde generalmente se produce la absorción de la mayor parte de alimentos y otros compuestos; luego la droga ingresa al sistema de la Vena Porta para llegar al hígado, allí sufre un proceso metabólico y a través de la Vena Cava Inferior llegan al corazón, después pasa por los pulmones, retorna al corazón y finalmente se distribuye por el cerebro y el resto del cuerpo humano.

El tiempo de inicio de los efectos puede acelerarse o retrasarse dependiendo de la cantidad de alimento que contiene el estómago o intestinos, así como de la funcionalidad de los órganos que intervienen en el proceso de absorción.

- **Vía rectal**, el efecto es un poco más rápido, la mucosa que tapiza esta porción del intestino grueso tiene una gran capacidad de absorción, por lo que los efectos se pueden iniciar entre 10 a 20 minutos. La sustancia pasa directamente a la Vena Cava Inferior y desde allí continúa el trayecto descrito con anterioridad. En este caso la rapidez de aparición de los efectos también depende del contenido rectal.

Esta vía se utiliza sobre todo para la administración de medicamentos (analgésicos, antipiréticos o antibióticos) para lactantes o infantes.

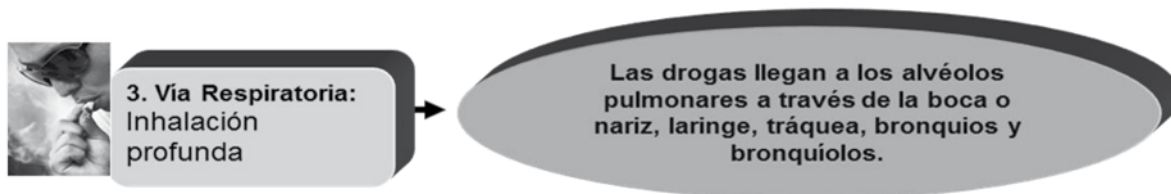


### 2.2.3 Vía respiratoria

Las drogas que ingresan al organismo por esta vía lo hacen por inhalación profunda para llegar a los alvéolos pulmonares a través de la boca o nariz, laringe, tráquea, bronquios y bronquiólos. Las drogas inhaladas transponen la membrana alveolar hacia los capilares pulmonares, una vez en la sangre

corren por las venas pulmonares a la Aurícula y Ventrículo Izquierdo y son distribuidos al cerebro y al organismo.

Los efectos, dependiendo de la sustancia consumida, pueden iniciarse de 15 segundos a unos minutos. Algunas drogas consumidas en exceso como el alcohol pueden ser eliminadas por esta misma vía.

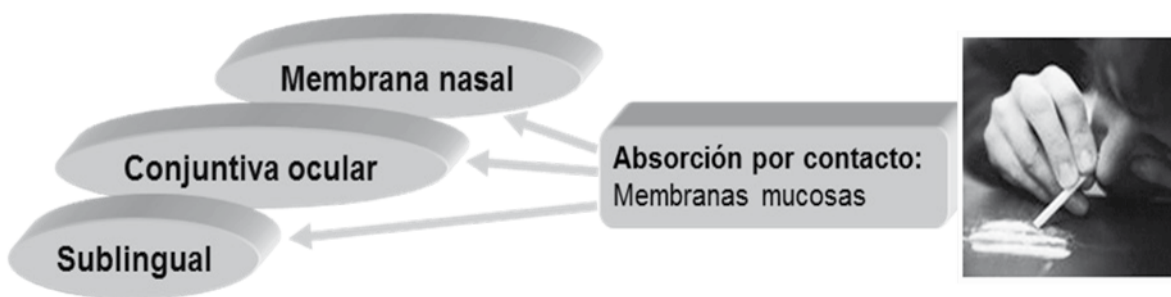


### 2.2.4 Absorción por contacto

Todas las membranas mucosas tienen la capacidad de absorber compuestos químicos incluyendo la piel. La rapidez con que se incorporan las drogas depende tanto de la sustancia (tipo de solución, viscosidad, solubilidad, tamaño de las moléculas, pureza, complejidad, pH, etc.) como de la membrana en sí (hidratación, irrigación, grosor, etc.).

Para el consumo de drogas por esta vía se utilizan principalmente tres vías: membrana nasal, sublingual y conjuntiva ocular.

Por vía nasal los efectos de la droga consumida pueden ser percibidos de 1 a 3 minutos; por vía sublingual el tiempo varía de 15 a 30 segundos; y, por vía conjuntiva el tiempo es un poco mayor.



## 2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

### 2.3.1 Por su origen

- **Drogas naturales.** Son aquellas que se recogen directamente de la naturaleza para el uso y consumo. Por ejemplo: la marihuana.
- **Drogas semi-sintéticas** son drogas naturales obtenidas por procesos químicos parciales. Por ejemplo el aislamiento de ciertos alcaloides origina que las drogas tengan mayor efecto. Así, la cocaína y la pasta base de cocaína son derivados de la hoja de coca; y el opio es derivado de la amapola.
- **Drogas sintéticas** son elaboradas en laboratorios mediante la combinación de diversos precursores y sustancias químicas que no son fiscalizadas. Por ejemplo: las anfetaminas y el éxtasis.

### 2.3.2 Por su situación legal

- **Drogas legales o lícitas.** Son aquellas de fabricación, distribución y expendio permitido por la ley, como el alcohol, tabaco, café y medicamentos.

Existe la salvedad que algunas drogas que, siendo legales, su comercialización, uso y consumo pueden convertirse en ilegales cuando son utilizadas para otros fines de los que fueron creadas, como sucede con los pegamentos y aerosoles cuya venta para los propósitos creados es legal pero no cuando son utilizados para inhalar. De igual manera, los medicamentos para tratamiento de trastornos mentales, se convierten en ilegales cuando se comercializan indiscriminadamente sin prescripción médica.

- **Drogas ilegales o ilícitas.** Son aquellas sustancias cuyo cultivo, producción, fabricación, distribución,

comercialización, tráfico y posesión son fiscalizadas internacionalmente de acuerdo a las normas jurídicas de cada país; por ejemplo, la cocaína, la marihuana, la heroína y otras drogas.

### 2.3.3 Por su consumo social

- **Drogas sociales.** Son aquellas sustancias que están vinculadas con la costumbre y tradición de la población. Para efectos de legislación del país son:
  - El alcohol, droga de mayor consumo en nuestro país.
  - El tabaco, droga cuya composición química contiene sustancias tóxicas cancerígenas como la nicotina, el alquitrán y otras sustancias.
  - El café y el té son drogas que contienen cafeína, una sustancia química considerada estimulante.
- **Drogas ancestrales.** Son sustancias cuyo consumo forman parte de los usos y costumbres ancestrales de las diversas culturas de los países. En Bolivia culturas como la aymaras y la quechua, asocian el uso de la coca a actividades de origen tradicional, utilizándola en forma continua en celebraciones tradicionales, tratamientos o curación de ciertas enfermedades o trastornos. Un uso similar se le da a la Ayahuasca, al San Pedro, el Peyote y otras sustancias en países cercanos.
- **Drogas terapéuticas o con prescripción médica.** Son todas aquellas sustancias legales que se comercializan en farmacias con prescripción médica, y algunas de ellas están sujetas a cierta reglamentación para ser expedidas. Por ejemplo los medicamentos como los tranquilizantes, jarabes, etc.
- **Drogas indebidas.** Son las sustancias ilegales cuyo consumo no está permitido, tampoco su uso terapéutico. Por ejemplo el clorhidrato de cocaína o la pasta base de cocaína.

### 2.3.4 Por sus efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC)

La clasificación de las drogas - por sus efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC) - que tiene mayor utilidad para la prevención del uso indebido de drogas es la que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS), que distingue a las drogas desde el punto de vista de los efectos que generan:

- **Drogas estimulantes.** Son aquellas sustancias que incrementan (aceleran) el funcionamiento del sistema nervioso central. Dependiendo de la cantidad de droga ingerida y de su potencial tóxico corre riesgo la vida del consumidor. Por ejemplo: derivados de la cocaína, anfetaminas, los antidepresivos, entre otros.
- **Drogas depresoras.** Son las sustancias que disminuyen (desaceleran) el funcionamiento del sistema nervioso central. Esta disminución es progresiva, depende de la cantidad de droga consumida y la tolerancia de la persona a la misma; estas drogas pueden producir sedación, somnolencia, estupor, estado de coma e incluso la muerte. Por ejemplo: el alcohol, derivados del opio, los tranquilizantes, etc.
- **Drogas alucinógenas.** Son sustancias que alteran la percepción de la realidad del consumidor, alteran la percepción de imágenes, sonidos, sensaciones táctiles, etc. Por ejemplo la marihuana, el éxtasis y otras drogas alucinógenas.

El consumo continuo o crónico de cualquier droga puede causar daños en la estructura cerebral, ocasionando alucinaciones y otras manifestaciones de tipo psicótico como la psicosis cocaínica, delirium tremens, demencia alcohólica, etc.

**TABLA N° 7**  
**CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS POR SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

TIPO	DROGA	EFECTOS
ESTIMULANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cocaína</li> <li>- Pasta Base</li> <li>- Clorhidrato</li> <li>- Nicotina</li> <li>- Caféina</li> <li>- Anfetaminas</li> <li>- Antidepresivos</li> </ul>	INCREMENTAN (ACELERAN) EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO
DEPRESORAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol</li> <li>- Inhalables</li> <li>- Tranquilizantes</li> <li>- Hipnóticos</li> <li>- Opiáceos (morfina heroína, etc.) codeína)</li> </ul>	REDUCEN (DESACELERAN) EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO
ALUCINÓGENAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marihuana</li> <li>- L.S.D.</li> <li>- Éxtasis</li> <li>- Psilosibina (hongos alucinógenos)</li> <li>- Mezcalina (peyote)</li> </ul>	ALTERAN LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD

El consumo de drogas afecta a diferentes órganos del cuerpo según el grado de potencial adictivo de la sustancia, pero las

consecuencias psicológicas que provoca son más graves, ya que se producen problemas emocionales y de comportamiento.

## 2.4 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL CONSUMO DE DROGAS

Debido a que las drogas ejercen su principal efecto en el Sistema Nervioso Central es imprescindible recordar algunas nociones básicas de la anatomía, la fisiología y los mecanismos de acción de las drogas sobre este sistema.

### 2.4.1 Subsistemas del Sistema Nervioso Central

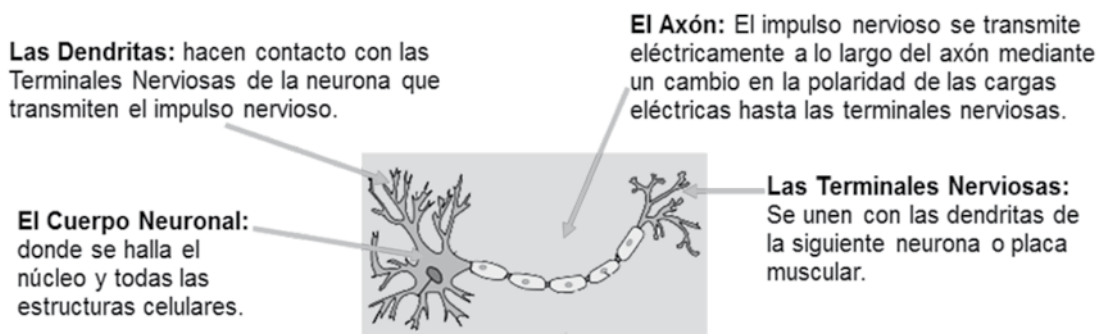
El sistema nervioso central se divide en tres subsistemas:

- **Subsistema Nervioso Central (SNC):** Ejerce todas las funciones superiores (razonamiento, toma de decisiones, juicio crítico, etc.) procesa toda la información y elabora las respuestas.
- **Subsistema Nervioso Periférico:** Recoge toda la información del entorno, la transmite al SNC y desde éste la respuesta elaborada es ejecutada.
- **Subsistema Nervioso Autónomo:** Regula las funciones automáticas del organismo como la digestión, sudoración, lagrimeo, salivación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, etc.; permite a través de sus conexiones con el SNC la regulación de las funciones vegetativas.

### 2.4.2 La célula nerviosa

La célula nerviosa o neurona es la unidad básica del sistema nervioso. En la actualidad se conoce con bastante detalle la morfología y funcionalidad de las células nerviosas, pero lo que aún continúa siendo una incógnita es la manera en la que almacenan los recuerdos, las emociones y experiencias, las que juegan un rol fundamental en la asociación de situaciones de consumo de drogas y por ende con la dependencia o adicción (ver gráfico).

### EN LA NEURONA SE RECONOCEN CUATRO PARTES:



### 2.4.3 Funcionamiento del SNC (cerebro)

El cerebro es parecido a un centro de comunicaciones, compuesto de miles de millones de neuronas o células nerviosas que conforman múltiples redes entre ellas.

Estas redes de neuronas transmiten mensajes de ida y vuelta a las diferentes estructuras del cerebro, la médula espinal y del sistema nervioso periférico. Estas redes de neuronas coordinan y regulan todo lo que sentimos, pensamos y hacemos.

El cerebro regula las funciones básicas del cuerpo, permitiéndonos interpretar y responder a todo lo que experimentamos y dando forma a nuestros pensamientos, emociones y comportamiento.

En este sentido, el cerebro está compuesto por diversas áreas encargadas de coordinar y realizar funciones específicas que se relacionan coordinadamente. "Las drogas pueden alterar áreas importantes del cerebro que son necesarias para las funciones que mantienen la vida y pueden guiar el abuso compulsivo de drogas que es indicio de la adicción". Las áreas del cerebro que son afectadas por el abuso de consumo de drogas son:

- **El tallo del cerebro**, conocido también como tronco encefálico, controla las funciones básicas esenciales que nos permiten vivir como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño por ejemplo.

- **El sistema límbico** contiene el circuito de gratificación del cerebro. Conecta varias estructuras que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. Por ejemplo, el hecho de sentir placer nos motiva a repetir comportamientos como comer, es decir, acciones esenciales para nuestra existencia.

El sistema límbico también se activa cuando consumimos las drogas. Además, el sistema límbico es responsable por nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica la capacidad que tienen muchas drogas para alterar nuestro estado de ánimo.



- **La corteza cerebral** procesa la información que proviene de nuestros sentidos, permitiéndonos ver, sentir, oír y saborear. La parte delantera conocida como corteza frontal es el centro del pensamiento del cerebro. Nos permite pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones<sup>24</sup>.

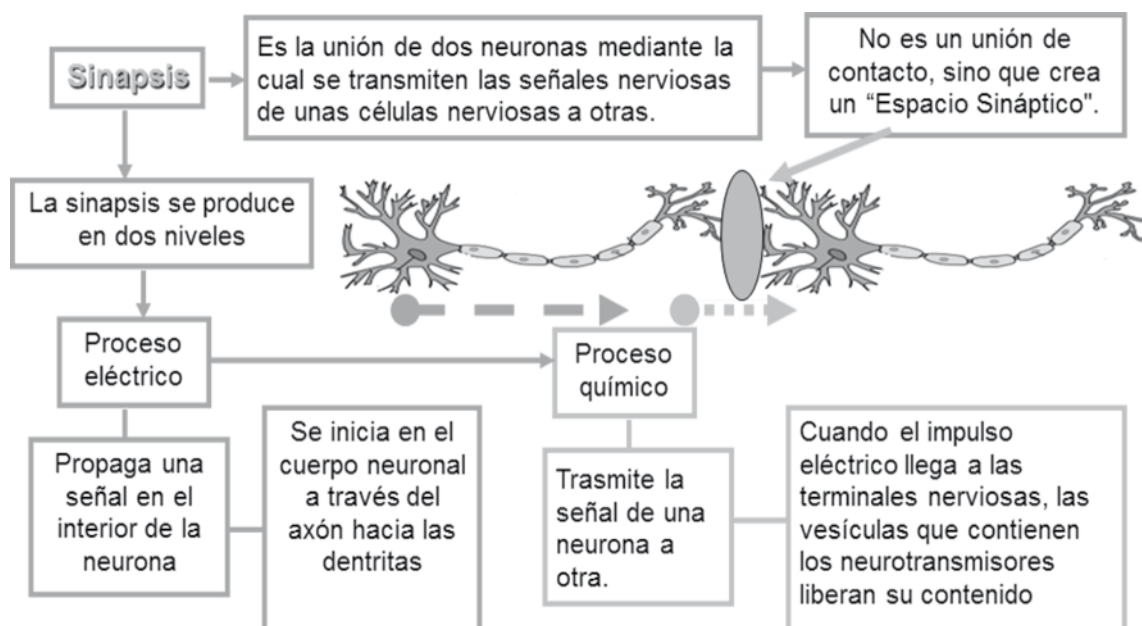
24 NIDA (National Institute on Drug Abuse): La Ciencia de la adicción, 2008, pag. 15



## 2.4.4 La sinapsis

En la estructura del cerebro existe una comunicación permanente de neurona a neurona, cada una envía y recibe mensajes en forma de impulsos eléctricos. Después que una célula recibe y procesa un mensaje lo envía a otras neuronas, y estas a otras neuronas. Este proceso se denomina sinapsis (ver gráfico).

Los **neurotransmisores** actúan como mensajeros químicos del cerebro en el proceso de la sinapsis. Las drogas consumidas incrementan particularmente la actividad de ciertos neurotransmisores, entre ellos "...la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardiaco)"<sup>25</sup>.



## 2.4.5 ¿Cómo afectan las drogas al cerebro?

Las drogas son sustancias químicas que actúan sobre la estructura del cerebro "...penetrando el sistema de comunicación del cerebro e interfiriendo con la manera que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información"<sup>26</sup>.

La acción que ejercen las sustancias o drogas en la transmisión del impulso nervioso puede identificarse de diferentes maneras:

- Algunas drogas como la marihuana imitan o se parecen a los neurotransmisores que el organismo produce, por lo que puede unirse a las neuronas receptoras saturándolas.
- Otras drogas como la cocaína o las anfetaminas estimulan la producción de mayor cantidad de neurotransmisores, trastornando los canales de comunicación entre las neuronas.

<sup>25</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía sobre drogas, 2007, pag. 59.

<sup>26</sup> NIDA (National Institute on Drug Abuse): La Ciencia de la adicción, 2008, pag. 17

- En cambio drogas como el alcohol evitan la recaptación de los neurotransmisores por la membrana presináptica y estos se acumulan en gran cantidad.
- También existen drogas que logran una combinación de todas las acciones descritas.

### 2.4.6 Las drogas y el sistema de gratificación

El uso indebido de drogas ataca, directa o indirectamente, al sistema de gratificación del cerebro, inundando el circuito con dopamina. "La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer. La sobreestimulación de este sistema, que recompensa nuestros comportamientos naturales, produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan (del consumo) de las drogas y les enseña a repetir este comportamiento"<sup>27</sup>.

El cerebro está diseñado para repetir las actividades que sostienen la vida al asociar dichas actividades con el placer o la gratificación, por ejemplo comer y dormir.

Cada vez que este circuito de gratificación se activa, el cerebro nota que algo importante está pasando, que debe recordar y que nos enseña que debemos repetirlo una y otra vez sin pensarlo. Cuando las drogas estimulan el circuito de gratificación, el consumidor se inicia en el uso indebido de las drogas.

Algunas drogas resultan ser más adictivas que otras, porque al ser consumidas pueden liberar de dos a diez veces más de cantidad de dopamina, que la liberada por las recompensas naturales de comer o dormir. Esta liberación de dopamina ocurre casi inmediatamente (por ejemplo cuando "fuman" o se inyectan otras drogas) y los efectos pueden tener mayor duración y ser más intensos que aquellos que se producen

por recompensas naturales de comer o dormir.

El efecto de una recompensa tan poderosa (incremento de dopamina) cuando se consume drogas motiva fuertemente a las personas a consumir drogas repetidamente y con mayor frecuencia. Por esta reacción, se puede decir que el uso indebido de drogas se aprende a repetir muy bien.

Si bien las sustancias o drogas adictivas se comportan de manera similar a las recompensas naturales; sin embargo, existe una diferencia importante entre la recompensa generada por las drogas y la recompensa generada por un estímulo natural. Las recompensas naturales producen, una vez consumidas, un efecto de saciedad, es decir, una vez satisfecho el deseo o necesidad de consumo de las recompensas naturales, inmediatamente disminuye la liberación de dopamina; en cambio, las drogas adictivas "usurpan" los mecanismos de la recompensa "sin saciarlos", y produce en su lugar una "sensibilización dopaminérgica"; es decir, las drogas - una vez consumidas - lejos de producir una disminución de la dopamina liberada, la incrementa (no se presenta la saciedad).

**La sensibilización dopaminérgica** implica que durante el consumo crónico, los efectos placenteros de la droga van disminuyendo progresivamente, principalmente debido a la tolerancia y a mecanismos de neuroadaptación. Es decir que se genera una situación bifásica en la liberación de la dopamina: por una parte, en los momentos de ingesta de la droga los niveles de dopamina sináptica aumentan; mientras que, cuando cesa el consumo o durante la abstinencia se produce una disminución de los niveles de dopamina, lo que explica el comportamiento de los drogadictos de consumir drogas cada vez en mayor cantidad y con mayor frecuencia, no para sentirse mejor, sino para evitar las sensaciones de decaimiento y malestar.

27 NIDA (National Institute on Drug Abuse): La Ciencia de la adicción, 2008, Pag. 17

# **CAPÍTULO 3:** USO INDEBIDO DE DROGAS



## 3.1 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS

En las últimas dos décadas, la ciencia de la prevención ha hecho enormes avances, gracias a ello se ha logrado un mayor noción sobre lo que hace a los individuos más vulnerables a iniciar el consumo de drogas, es decir los factores de riesgo.

Se define como "Factores de Riesgo" a aquellas situaciones internas y/o externas, individuales y/o de contexto que **facilitan o incrementan las probabilidades del uso indebido de drogas**; su presencia en una persona no determina o garantiza el consumo, sólo incrementan la probabilidad del consumo, por lo que, a mayor cantidad de factores de riesgo mayor probabilidad de consumo de drogas.

Más que un desconocimiento acerca de las drogas y sus consecuencias, la evidencia señala que los factores de riesgo más importantes son los que se describen a continuación.

### 3.1.1 La sustancia (droga)

La droga en sí misma no es un factor determinante para el consumo; sin embargo, es un factor de riesgo. Al existir mayor oferta y disponibilidad de una droga, es también mayor la probabilidad de su consumo.

### 3.1.2 El individuo

Si la personalidad de una persona presenta cierta fragilidad para enfrentar problemas y para la toma de decisiones, o para actuar con autonomía frente a las presiones de grupo, el individuo como tal es un factor de riesgo que puede incrementar las probabilidades de consumo de drogas, porque es probable que también sus actitudes tiendan a la evasión, la ansiedad y la incertidumbre.

De igual manera, la presencia de enfermedades crónicas físicas o mentales, la tendencia a conductas antisociales y la carencia de autocontrol, también son factores de riesgo individual que incrementan las probabilidades de consumo de drogas.

### 3.1.3 El contexto

Son aquellas situaciones que surgen a raíz de la relación de las personas con el entorno en el que se desenvuelven, tanto a nivel macro como microsocial. Las personas son influidas en su comportamiento y actitud respecto al consumo de drogas, por las características de la sociedad en que viven, por el nivel de tolerancia y por las normas establecidas en la familia, la escuela, la comunidad y en otros ámbitos.

### 3.1.4 El ámbito familiar

Cuando la familia no representa un espacio de armonía, cariño y comprensión para nuestros hijos e hijas; o por el contrario, cuando la familia es un espacio de permanentes conflictos, violencia y abandono, la probabilidad de consumo de drogas es mayor.

Generalmente, cuando en la familia hay una actitud de rechazo a los hijos o hijas y la comunicación es escasa o se asumen conductas exigentes y autoritarias, ellos tienden a evadir esa realidad refugiándose en el grupo de amigos, con quienes muchas veces se inician en el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y otras, incluso se involucran en actos vandálicos y delincuenciales.

Otros aspectos que convierten a la familia en factor de riesgo son: i) el uso de drogas por parte de los padres u otros familiares; ii) actitudes tolerantes con algunos miembros de la familia que consumen drogas; y iii) escasas e inconsistentes prácticas positivas en el ámbito familiar como el fomento de valores, principios morales, diálogo y comprensión entre los miembros de la familia.

Por otra parte, "en las familias en las que los padres consumen excesivamente drogas como el alcohol u otras drogas ilegales; o son tolerantes al consumo de sus hijos; o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los hijos e hijas también consuman alcohol y otras drogas en la adolescencia"<sup>28</sup>.

Asimismo, otros factores de riesgo que incrementan las probabilidades de consumo de drogas por sus hijos e hijas son: i) padres que asumen actitudes intolerantes en el manejo de los problemas familiares; ii) la carencia de normas y reglas claras sobre la conducta de los hijos e hijas; iii) el fracaso de los padres en la crianza, educación y control del comportamiento de los hijos e hijas; y iv) castigos severos e inconsistentes.

### 3.1.5 El grupo de amigos

Cada vez se reduce más la edad de inicio en el consumo de drogas. En el grupo de amigos, cuando los adolescentes y jóvenes se relacionan con sus compañeros o pares que ya consumen drogas, se incrementan las probabilidades para que también consuman drogas.

Durante los primeros años de la adolescencia, la influencia del grupo de amigos es decisiva; por ello, es importante que los padres de familia y los docentes les orienten sobre los factores de riesgo/consecuencias individuales, familiares y sociales del consumo del alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas; asimismo, deben formarlos en valores, autoestima, principios, proyecto de vida y hábitos de vida saludable, que deriven en la formación de una actitud crítica y reflexiva sobre la problemática de las drogas. De manera que cuando les ofrezcan o quieran obligarles a consumir drogas o les presionen para cometer actos de violencia o delincuencia, puedan resistir a las presiones del grupo de amigos.

28 Becoña Iglesias, Elisardo: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002, pag. 208.

### 3.1.6 El ámbito escolar

El bajo rendimiento escolar puede inducir al estudiante a faltar reiteradamente a la escuela o al colegio; y, si adicionalmente, las normas del establecimiento escolar son rígidas y autoritarias, entonces la situación puede desencadenar en el abandono del establecimiento o en conductas conflictivas y antisociales, y en el consumo indebido de drogas.

Por otra parte, si la escuela fomenta un clima relajado e indiferente y no cuenta con normas claras respecto al comportamiento sobre el consumo de drogas, o en cierta forma "permite" que los estudiantes que consumen drogas no son amonestados, o si la escuela no asume acciones de prevención e investigación, entonces el ámbito escolar se constituye en un factor de riesgo que incrementa las probabilidades del uso indebido de drogas por los estudiantes, incluso profesores y padres de familia.

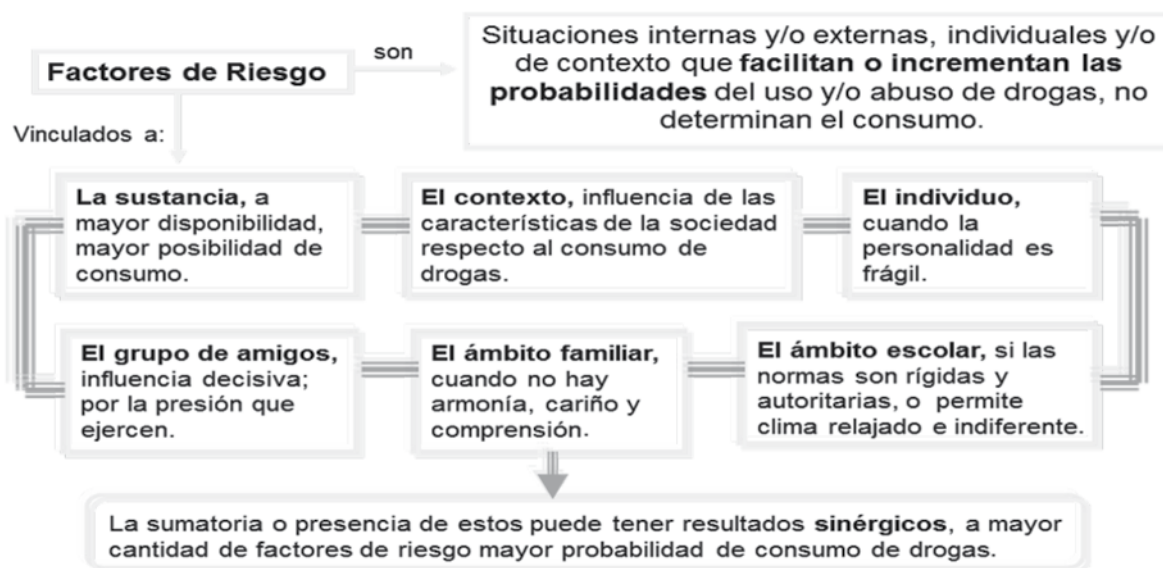
### 3.1.7 Otros factores de riesgo

**El consumo temprano de drogas** es otro factor de riesgo. Aunque el consumo de drogas a cualquier edad puede llevar a

la adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprano se comienza a consumir drogas, mayor es la probabilidad de evolucionar al consumo adictivo de las drogas. Esta situación puede ser un reflejo de los efectos dañinos de las drogas sobre el cerebro en su fase de desarrollo.

**El método de administración de drogas** es también un factor de riesgo; por ejemplo, fumar o aspirar aumenta el potencial adictivo de la droga o sustancia. "Las drogas que se fuman o se aspiran penetran al cerebro en pocos segundos, produciendo una sensación inicial de intenso placer; sin embargo, este placer puede desaparecer a los pocos minutos, llevando al consumidor a niveles más bajos,..."<sup>29</sup>. Es tal la sensación de ansiedad, que la persona se siente empujada a repetir el consumo de la droga con el propósito de sentir nuevamente ese placer intenso.

Como se puede apreciar, son varios y diversos los factores de riesgo que incrementan las probabilidades de consumo de drogas; sin embargo, ninguno de ellos puede ser concebido de manera aislada sino en una relación sinérgica, en la que se refuerzan mutuamente (ver gráfico).



Finalmente, se señalan cuatro situaciones que deben ser considerados cuando se habla de los factores de riesgo:

- a) La mayoría de los factores de riesgo están fuera del control del individuo (nadie elige la negligencia de sus padres) y están vinculados con otras conductas de riesgo y problemas de salud como: la deserción escolar; la agresividad; la delincuencia; la violencia; el comportamiento sexual de riesgo; la depresión y el suicidio. (UNODC: 2013)
- b) Los factores de riesgo no deben ser considerados en forma aislada, sino en una relación sinérgica de dos o más factores de riesgo. Las consecuencias que pueden generar simultáneamente varios factores de riesgo son de mayor impacto, ya que los factores de riesgo se potencializan unos a otros.
- c) La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores que el individuo experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo del consumo de drogas, pueden articularse diversos factores de riesgo que ponen en peligro la salud, la seguridad y el desarrollo personal, facilitando condiciones peligrosas para el consumo problemático de drogas.
- d) Estos factores de riesgo explican como se produce y evoluciona el consumo de drogas; aunque, no quiere decir que estos factores sean la causa del consumo de drogas, son sólo las condiciones que incrementan las probabilidades del consumo de drogas. Entre los factores de riesgo y el consumo de drogas, no existe una relación causa-efecto; por consiguiente, siempre tenemos que hablar en términos de "probabilidad" y no de "determinación". (Moreno. G.: 2002).



## 3.2 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

### 3.2.1 Consecuencias Individuales

#### ▪ Consecuencias biológicas

Las consecuencias biológicas del consumo de drogas dependen del tipo de drogas, de la frecuencia y el tiempo de consumo, y del estado de salud de la persona, previo al consumo.

El uso indebido de drogas puede afectar diferentes órganos del cuerpo con graves consecuencias para la salud fisiológica y mental del consumidor; incluso, puede provocarle daños irreparables y la muerte, más aún cuando consume simultáneamente distintas drogas. Si bien los daños al organismo en general tardan en presentarse, en ocasiones pueden ser observados en la fase inicial (experimental) del consumo de drogas.

#### ▪ Consecuencias psicológicas

Las consecuencias psicológicas del consumo de drogas afectan de manera progresiva a las actitudes hacia sí mismo y su comportamiento, afectan directamente a su autoestima provocando sentimientos de desvalorización relacionados con la falta de autoconfianza e insatisfacción.

El consumidor tiende a descuidar su imagen personal, higiene y limpieza. La conducta del consumidor se modifica en función del hábito de consumo y paulatinamente sus actos son dirigidos por la sustancia, iniciándose un proceso de adicción y dependencia, que pueden derivar en suicidio.

### 3.2.2 Consecuencias sociales

#### ▪ Consecuencias microsociales

Las consecuencias microsociales están referidas a las relaciones del consumidor con su entorno inmediato como son la familia, la escuela, el trabajo y los amigos. Las más comunes son la pérdida de su grupo de referencia y pertenencia, el consumidor cambia el grupo habitual de amigos por otro en el que se consume drogas, posteriormente cuando el consumidor se hace adicto o dependiente de las drogas, generalmente se aísla y se automargina.

El consumidor en la medida que evoluciona hacia la adicción o dependencia, comienza a incurrir en conductas antisociales y delictivas para poder adquirir la droga. Por otra parte, su vida familiar se altera porque ya no responde a sus expectativas ni a sus roles familiares, tiende a pasar menos tiempo con sus padres y familiares, y comienza a pasar la noche en otros lugares. La familia es víctima del consumidor de drogas.

Otra consecuencia microsocial es la disminución de su rendimiento escolar porque baja el nivel de su motivación, los procesos de atención y memoria se ven afectados, se producen faltas permanentes e injustificadas que derivan finalmente en la deserción escolar o repetición del curso.

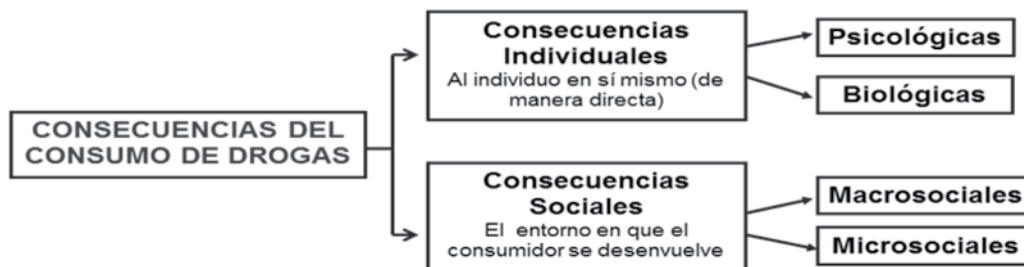
Las consecuencias del consumo también se producen en el ámbito laboral, el consumidor muestra bajos niveles de desempeño laboral, ausentismo del trabajo y accidentes en su desempeño, lo que inevitablemente conduce al abandono o despido de la fuente laboral.

#### ▪ Consecuencias macrosociales

Las consecuencias macrosociales corresponden a un entorno más amplio relacionados con aspectos socioeconómicos, políticos y culturales.

Las consecuencias del consumo de drogas impactan de diversas formas e intensidades en la sociedad, como por ejemplo, la generación de conductas antisociales, actividades delincuenciales organizadas derivadas del tráfico de drogas (robos, saqueos, secuestros, homicidios, etc.) que conllevan al incremento de la inseguridad ciudadana, la corrupción, el lavado de dinero y otros actos delictivos. Dichos actos ilegales significan un riesgo para la democracia y la estabilidad de los Estados.

Otra consecuencia macrosocial del consumo de drogas es la incidencia en la elevación de gastos para servicios de salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas en situación de dependencia o adicción.



### 3.3. PROGRESIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

#### 3.3.1 Diferencias entre uso y abuso de drogas

Por **uso de droga** se entiende el consumo que no produce consecuencias negativas en el individuo. El uso de una droga es cuando se la consume en forma esporádica y con prescripción médica.

En cambio el **abuso de una droga** se da cuando hay un consumo excesivo y frecuente que produce consecuencias negativas. "La droga va dirigiendo progresivamente la vida de una persona. El deterioro escolar, laboral, social y familiar se hace más evidente. Su estado de ánimo es cambiante llevando una vida doble, por un lado una vida cotidiana común y otra adictiva y desconocida por parte de los familiares y amigos."<sup>30</sup>

Es importante reafirmar que la decisión de usar drogas, inicialmente es voluntaria; sin embargo, cuando se convierte en abuso del consumo de drogas, la capacidad individual para ejercer el autocontrol se torna sumamente difícil.

"Los estudios de imágenes del cerebro de los drogadictos (personas en estado de situación dependiente) muestran cambios físicos en distintas áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y para el control del comportamiento. Los científicos creen que estos cambios alteran la forma cómo funciona el cerebro y pueden explicar los comportamientos compulsivos y destructivos que resultan de la (dependencia) adicción"<sup>31</sup>.

30 Ruiz, Jorge: Manual básico de adicciones, 2008, pag. 19

31 NIDA (NationalInstituteonDrug Abuse): La Ciencia de la adicción, 2008, pag. 7

### 3.3.2 Evolución del comportamiento con el consumo de drogas

Cada sustancia produce en el organismo diversos efectos, pero éstos pueden variar de una persona a otra, sobre todo debido a los **patrones de consumo** que se adoptan. Los patrones de consumo son un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y la sustancia que se autoadministran, los cuales inciden en la evolución lenta o acelerada hacia etapas más avanzadas del consumo.

Estos patrones de consumo se relacionan con:

- El tipo de droga que se consume frecuentemente.
- Otras drogas asociadas que se consumen.
- Las vías que se utilizan para la administración de drogas (oral, fumada, inhalada, esnifada o inyectada).
- La cantidad de drogas que se consume.
- El estado físico del consumidor/a.
- Las pautas de comportamiento que van asociadas al consumo.
- Las normas y valores que sirven de soporte cultural para el consumo.
- La pureza de la dosis.
- La frecuencia de consumo.
- Las situaciones en las que se consume: entorno y lugar de consumo, consumo en situaciones de riesgo en las que el consumidor/a le va atribuyendo cada vez más significados a las sustancias o que les da más funciones en su vida.

**Etapas de la evolución del consumo de drogas.** La dependencia hacia las drogas no se establece de un momento a otro, sino de forma gradual y secuencial que va evolucionando hacia la dependencia. Cada etapa o nivel de consumo se identifica de acuerdo a la frecuencia y las consecuencias del consumo, éstas son:

#### ▪ Etapa de No consumo

Esta es una etapa en la que cada persona se ha encontrado en algún momento de su vida, sin ningún contacto con las drogas. De acuerdo con los estudios de prevalencia del consumo de drogas, en esta etapa se encuentran todos los niños y niñas menores de 12 años; aunque a los 12 años de edad ya se registran algunos casos de consumo experimental.

#### ▪ Etapa de consumo experimental

Se da cuando la persona por primera vez tiene contacto con una droga o sustancia; este contacto puede repetirse en una u varias oportunidades. Para este consumo experimental, generalmente la droga es proporcionada por algún miembro del grupo de amigos o la familia.

Luego del primer contacto con la droga, el consumo puede suspenderse definitivamente por diversos motivos como: los efectos desagradables; la convicción propia; el cese de la presión grupal; el cambio de ambiente; por temor a las consecuencias; y otros motivos.

Contrariamente, si la persona se ve expuesta a reforzadores (efectos que le permiten sobrellevar situaciones adversas, afinidad con el grupo de consumidores, asociación con ciertos eventos placenteros, etc.) se da la probabilidad de que continúe el consumo y pase a la siguiente etapa de la evolución del consumo.

#### ▪ Etapa de consumo ocasional o social

Al haber experimentado los efectos de una determinada droga, la persona tiende a consumir en cierto tipo de situaciones: fiestas, conciertos, paseos, etc., pero, todavía sin una periodicidad definida. La droga sigue siendo proporcionada por otras personas.

En esta etapa de la evolución de consumo los reforzadores pueden ir provocando que se incremente la frecuencia del consumo, de manera que existe mayor probabilidad que el consumo se vaya perpetuando; sin embargo, la persona podría dejar de consumir por diferentes motivos como los enunciados en el consumo experimental.

#### ▪ **Etapa de consumo habitual**

El consumo de una droga adquiere cierta periodicidad y es más frecuente. En esta etapa de la evolución del consumo, podría presentarse algún grado de tolerancia a la droga, por eso la cantidad consumida tiende a incrementarse cada vez más para sentir el mismo efecto. La droga ya es adquirida por el consumidor.

En esta etapa ya pueden identificarse ciertos cambios en el comportamiento y la apariencia del consumidor habitual, también se observa la aparición de problemas en el rendimiento escolar o laboral. El incumplimiento de normas en la familia, la escuela o en el trabajo por parte del consumidor habitual es frecuente.

El consumidor habitual "... tiene una droga de preferencia (quizás después de probar una o dos drogas diferentes), tiene un refuerzo permanente y un gusto por lo que siente. La droga juega un papel importante en su vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente."<sup>32</sup>

#### ▪ **Etapa de consumo dependiente/adictivo**

En esta etapa, la cantidad y frecuencia del consumo de drogas se incrementan considerablemente, y el nivel de tolerancia es cada vez mayor, es decir que, para sentir el mismo efecto cada vez consume mayor cantidad de droga y con mayor frecuencia.

Las consecuencias individuales y sociales del este tipo de consumo son evidentes, la persona consume para evitar ciertos síntomas y signos desagradables, no escatima esfuerzo ni recurso alguno para conseguir la droga de su elección. Cuando el propósito de vida de una persona gira alrededor de la obtención y consumo de una o varias drogas se denomina consumo dependiente/adictivo.

En esta etapa de la evolución del consumo, la relación del consumidor con la familia se resquebraja; la pareja puede plantearle la separación o el divorcio; en el trabajo, si no lo perdió todavía, denota serias falencias en el cumplimiento de horario, eficiencia y eficacia. El consumidor dependiente/adictivo presenta conductas de riesgo como la promiscuidad sexual y el uso de drogas cada vez más adictivas, contagio del VIH-Sida, hepatitis y otras enfermedades. El estado de ánimo del dependiente/adictivo depende de los ritmos que marca el consumo de drogas. En la práctica, la abstinencia es imposible de lograr.

Es importante el conocimiento de las etapas de evolución progresiva del consumo de drogas, para identificar las intervenciones y tratamiento más apropiados que deben prestarse en cada etapa. De esta manera, se desarrollará un proceso de prevención del uso indebido de drogas más adecuado y sostenible.

32 UNODC Colombia: La prevención en manos de las y los jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de drogas psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles, 2010, pag. 30



# **CAPÍTULO 4:** PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS





## 4.1 DEFINICIONES, OBJETIVOS Y ORIENTACIONES DE LA PREVENCIÓN

"Hubo un tiempo en que la prevención de las adicciones estuvo limitada a la impresión de folletos que alertaban a los jóvenes a cerca de los daños que ocasionaban las drogas y que tenían como resultado poco o ningún cambio en la conducta. Ahora, la ciencia nos permite contar una historia diferente. Las estrategias de prevención familiar, escolar y comunitaria basadas en la evidencia científica pueden asegurar que los niños y jóvenes, especialmente los más marginados y pobres, crezcan y permanezcan sanos y seguros a lo largo de sus vidas. Por cada dólar gastado en prevención (del uso indebido de drogas), al menos diez pueden ser ahorrados en futuros problemas de salud, sociales y criminales."<sup>33</sup>

### 4.1.1 Definiciones de la prevención

Con la finalidad de atender la problemática del consumo de drogas, profesionales y especialistas que trabajan el tema han coincidido en definir a la prevención a partir del análisis y estudio del individuo y su entorno.

Algunas definiciones que orientan la labor de la prevención del uso indebido de drogas son:

"Prevenir el uso indebido de drogas es el conjunto de procesos que promueven el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad; anticipándose a la aparición de cualquier problema (de consumo de drogas) o trabajando con y desde él (problema de consumo) para evitar que el hecho continúe".

---

33 Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(9), 876. Citado en: "Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas", UNODC.

"Prevenir significa anticiparse a influencias individuales, sociales y ambientales que puedan determinar respuestas destructivas, hacia sí mismo y/o su entorno, como el consumo de drogas u otras, con intervenciones sostenibles a nivel individual, micro y macrosocial".

Prevenir es "un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas".

#### 4.1.2 Objetivos de la prevención

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número y tipo de sustancias consumidas.
- Evitar la transición de consumo experimental u ocasional a consumo habitual o dependiente.
- Disminuir las consecuencias negativas en las personas que usan o consumen drogas o que tienen problemas de consumo habitual o dependencia.
- Formar el juicio crítico de las personas para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
- Fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo que incrementan las probabilidades de consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de hábitos de vida saludable.

El objetivo de la prevención no es que las personas no consuman drogas en algún momento de su vida. Este sería un objetivo idealista y utópico; sin embargo un objetivo

realista es que las personas retrasen lo más posible su primer contacto con las drogas, y los que consumen ocasionalmente retornen al no consumo, especialmente los niños/as y adolescentes.

Mientras que el objetivo para los jóvenes y adultos es que el consumo de drogas no sea problemático, que sea ocasional y moderado, y no evolucionen hacia un consumo habitual o dependiente/adictivo.

Si bien la prevención tiene estos objetivos específicos, el **objetivo general** de la prevención es mucho más amplio: "...es el desarrollo saludable y seguro de los niños (as) y jóvenes para que aprovechen sus capacidades y potencial, y se conviertan en miembros que aporten a sus comunidades y sociedad. La Prevención efectiva del consumo de drogas contribuye significativamente a la participación positiva de los niños (as), jóvenes y adultos con sus familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidad."<sup>34</sup>

#### 4.1.3 Orientaciones de la prevención

Del contexto internacional, las políticas establecidas para el control y la prevención del uso indebido de drogas se dividen en dos grandes categorías: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de drogas.

- **Las acciones orientadas a la reducción de la demanda de drogas** se centran en el individuo con el propósito de contribuir a la formación positiva de sus percepciones, comportamiento y actitudes sobre la problemática de las drogas y la prevención del uso indebido de drogas a partir de un enfoque de habilidades sociales para la vida; es decir, informarle sobre la importancia de reducir los factores de riesgo; facilitarle alternativas de proyectos de vida; buen uso de tiempo libre y hábitos de vida saludable; entrenarle en habilidades de resolución de conflictos; motivarle en la

<sup>34</sup> UNODC: "Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas", 2013, pag. 7.

recuperación y fortalecimiento de sus valores y principios morales y espirituales, de manera que sea una persona segura, libre y autónoma en el contexto familiar, escolar, laboral o comunitario.

- **Las acciones de la reducción de la oferta de drogas** se centran sobre todo en la sustancia (droga ilegal) y están orientadas a evitar su disponibilidad, producción, tráfico y comercialización; para ello, se establecen controles en los cultivos, la fabricación y elaboración, en el tráfico y almacenaje, y en los puntos de venta intermedia y final.

Para el cumplimiento de dichas acciones de reducción de la oferta de drogas se establecen medidas legislativas, judiciales, policiales y militares. Alcanza sus objetivos en la medida en que contribuye a la protección de la sociedad, especialmente de los grupos más vulnerables, como los niños/as y los adolescentes.

Las acciones combinadas de reducción de la oferta y la demanda de drogas permiten lograr mayor impacto. En este sentido, cuando se trata de drogas legales, junto a la concienciación y capacitación de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos sobre la prevención del uso indebido de drogas, también se pondrá en marcha medidas jurídicas para que dichas sustancias estén menos disponibles en el mercado; por ejemplo: restringir el acceso, incrementar los precios, elevar la edad mínima permitida para el consumo, restringir y hacer cumplir los horarios establecidos para el expendio y cierre de locales, y otras medidas complementarias.

En este marco, los programas de reducción de la demanda de drogas legales han mostrado resultados más importantes e interesantes, que la reducción de la demanda de las drogas ilícitas como la cocaína o la marihuana. Sin embargo, es importante señalar que mientras los precios de estas drogas sean altos, constituyen una barrera para el consumo experimental y ocasional. Por lo que, no sería conveniente que se despenalice o se legalice la libre comercialización de las drogas ilícitas, dado que reducirían sus precios, incrementarían su disponibilidad y con ello, se incrementaría el consumo.

## 4.2. MODELOS DE PREVENCIÓN

A lo largo del tiempo se han diseñado y aplicado diversos modelos de intervención para prevenir el uso indebido de drogas, siendo "la principal diferencia entre ellos el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes: droga-sujeto-contexto, desprendiéndose por tanto medidas sociales preventivas, legislativas, etc., de muy diversa índole en función del enfoque predominante en el momento y la coyuntura política"<sup>35</sup>.

Toda intervención está enmarcada en algún punto de partida, implícito o explícito, desde el cual se explica un proceso social o educativo y se proponen estrategias concretas de prevención.

Existen diversos modelos que explican e interpretan las conductas de consumo de drogas y a partir de ellas, se construyen las intervenciones concretas en prevención.

A continuación se describen cronológicamente cinco modelos de prevención que, si bien fueron propuestos e implementados en un determinado momento, actualmente coexisten todos, dado que cada nuevo modelo de prevención propuesto no ha implicado la desaparición de su antecesor.

### ▪ **Modelo ético jurídico**

Se enfoca en el estatus jurídico legal de la droga y del consumo. Dirige sus esfuerzos especialmente a las drogas ilícitas como la marihuana, inhalables y otras. Las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco no son de su competencia.

---

35 CIEC: "Curso de formación en línea prevención del consumo de drogas y otros riesgos psicosociales en el ámbito escolar módulo II", 2010, pag. 14

Este modelo se fundamenta en que las drogas ilícitas son en sí mismas las causantes de la dependencia/adicción. Supone que la droga es mala y que el individuo es la víctima, quien debe ser protegido a través de medidas jurídicas.

En este sentido, los agentes de la prevención son jueces, fiscales, policías y otros profesionales vinculados a las leyes. Este modelo se relaciona con los estereotipos sociales de: "droga - delincuencia", "droga - droga ilícita" y "prevención -información", asocia información con educación.

### ▪ **Modelo médico-sanitario**

Prioriza a la droga y sus efectos sobre la salud física de los individuos. No distingue entre drogas lícitas o ilícitas, por lo que abarca todas las drogas como el alcohol, tabaco, cafeína, marihuana, cocaína, etc. El consumo de drogas es tratado como una enfermedad contagiosa y agresiva, como un virus activo del cual el individuo debe ser protegido con medidas de salud pública o tipo sanitario.

Este modelo de prevención parte del supuesto de que el uso indebido de drogas responde a una falta de información y conocimientos acerca de los riesgos y consecuencias que conllevan. Por tanto, los individuos muy informados no consumirían las drogas por temor a las enfermedades que producen. Asocia información con cambio de actitud y de comportamiento.

Sus estrategias están orientadas a mantener a los consumidores alejados de los que no consumen drogas por temor a un "contagio". En otras palabras, el problema del consumo de drogas debe prevenirse y tratarse como un problema médico y de salud pública.

### ▪ **Modelo Psicosocial**

Prioriza al individuo, aunque reconoce la "infinita complejidad de cada ser humano" y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante. Este modelo de prevención se fundamenta en que el consumo de drogas es una forma de comportamiento humano, y que la droga facilita satisfacer determinadas necesidades personales y/o sociales.

En este sentido, el individuo dependiente/ adicto de drogas (drogodependiente) es considerado como una persona con problemas de adaptación, maduración o conducta. Por ello, el consumo de drogas no se explica solo por la existencia de ciertas drogas, sino por el significado y funcionalidad que éstas tienen para una determinada persona, con sus particularidades individuales y en un determinado contexto sociocultural.

Es importante observar que a partir de este modelo psicosocial el ser humano está considerado como un "ser decisorio", es decir, que la determinación de consumir o no consumir drogas está relacionado íntegramente a los valores, motivaciones, intereses y habilidades que tenga para tomar decisiones.

### ▪ **Modelo Sociocultural**

Este modelo de prevención se fundamenta en el análisis de las condiciones socioeconómicas y culturales en que se desenvuelven las personas. Va más allá de las propiedades farmacológicas y de los factores psicosociales. Sobre todo, se basa en que las desigualdades económicas, la carencia de servicios básicos, la discriminación, la marginación y el desempleo o subempleo entre otros problemas sociales, tienden a derivar en comportamientos problemáticos como la violencia, el consumo de drogas, la desestructuración familiar, el abandono escolar, etc.

Sus estrategias de acción están orientadas a modificar las condiciones estructurales que favorecen la aparición de comportamientos destructivos. Propone intervenciones de orden político, social y económico que modifiquen las instituciones y en especial el sistema educativo y sanitario.

Actualmente, desde esta perspectiva, se está trabajando con los aspectos sociales del enfoque de riesgo que estudia los factores de riesgo y los factores de protección frente al uso indebido de drogas lícitas o ilícitas.

#### ▪ **Modelo integral**

Este modelo de prevención prioriza los aspectos individuales y microsociales a través de estrategias de intervención de concienciación, capacitación y movilización de las personas, la familia y su entorno contra el consumo de drogas; mientras que los aspectos macrosociales los aborda a partir de la sensibilización y concienciación de la comunidad, para que ésta cree mecanismos de control y cohesión social.

Recupera los mejores principios y experiencias de los cuatro anteriores modelos de prevención, y brinda información de acuerdo a las necesidades de la población solicitante o demandante. Dirige gran parte de sus esfuerzos al desarrollo de habilidades sociales e individuales, y busca comprometer a la comunidad para hacer sostenible las acciones de prevención, y que la comunidad al mismo tiempo se preocupe por brindar oportunidades para el buen uso del tiempo libre y las actividades socioculturales.

Un ámbito preferencial de intervención de este modelo integral de prevención del uso indebido de drogas es la escuela, a través de la cual convoca tanto a la familia como a la comunidad. Por lo que, la información sobre drogas debe ser adecuada a la edad y nivel de conocimientos de estudiantes, docentes, padres de familia y vecinos de la comunidad; la información debe ser veraz, creíble y actualizada, debe resaltar los aspectos positivos del no consumo y los aspectos negativos del consumo de drogas.

## 4.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

De los modelos y enfoques teóricos señalados, surgen diferentes estrategias de intervención para la prevención del consumo de drogas.

### 4.3.1 Estrategia Informativa

La información sobre las drogas tiene carácter preventivo, si cumple con las siguientes características:

- La información es objetiva, veraz y realista.
- La información es adecuada y ecuánime, es importante no dramatizar. Recurrir al miedo puede ser ineficaz e incluso contraproducente.
- La información es pertinente a la edad, capacidad de comprensión, experiencia previa, condiciones de vida específicas y expectativas de la población objetivo.
- La información resalta las ventajas de no consumir drogas antes que enfatizar lo negativo de su consumo.

La estrategia de prevención informativa que fue una de las primeras en ser aplicada, mostró algunas falencias referidas a que la información dada fue dirigida al público de manera indiscriminada y poco objetiva, usando el recurso al miedo "La droga mata".

En cualquier intervención en prevención, la información es una condición necesaria aunque, por sí sola, no es suficiente. Debe estar acompañada de otras estrategias y procesos de concienciación, formación, etc.

Lo cierto es que para que la información influya en un comportamiento debe englobarse en un proceso activo de aprendizaje, en el marco de un programa integral de prevención.

### 4.3.2 Estrategia Formativa

Esta es una forma de intervención centrada en la formación integral del individuo con la intención de lograr que éste, por decisión propia, prescinda libremente del uso y consumo de drogas. Para ello, se requiere:

- Una participación directa a partir de los conocimientos y experiencias de aquellos a quienes se dirige el proceso de formación. La prevención educativa es horizontal y bidireccional, y debe evitar una mera transmisión unilateral y unidireccional de información (maestro al estudiante).
- Enfatizar en los factores de riesgo y consecuencias del consumo de drogas y no en los efectos que produce su consumo.
- Los contenidos de formación deben contemplar la capacitación en valores, actitudes y habilidades sociales para la vida, de manera que este capacitado para afrontar adecuadamente las situaciones de consumo de drogas.
- Llevar a cabo una intervención continua y sostenible a mediano y largo plazos.

Esta estrategia de intervención se desarrollaría en instituciones y colectivos, con determinados criterios de homogeneidad – ámbito escolar familiar, laboral –, aunque siempre deben estar inserta en el marco de la comunidad a la que pertenecen.

En la actualidad, la mayoría de los programas formativos se construyen en el contexto de la "educación para la salud", entendida ésta como un concepto amplio que engloba la salud física, psíquica y social.

### 4.3.3 Estrategia de generación de alternativas en prevención

El punto de partida de esta estrategia fue, en principio, el énfasis en las causas de la drogodependencia. Si una persona consume drogas, es porque el consumo cumple una determinada función. En la medida en que se pueda eliminar o mitigar la conducta de consumo con actividades alternativas, cabe esperar que los individuos reduzcan y/o abandonen la utilización de las drogas.

Las alternativas sugeridas deben ser tan numerosas y diversas como las causas, abarcando el ámbito de lo físico, lo sensorial, lo emocional, lo evolutivo, lo intelectual, lo social, etc.

Actualmente, esta estrategia supone la participación activa del individuo en la construcción de alternativas, ya que se ha comprobado que genera más beneficios que la oferta externa del uso del tiempo libre, de esta forma se centra el trabajo en la identificación y generación de recursos propios.



## 4.4 NIVELES DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN

A partir de la propuesta hecha por Caplan en los años 80, se hacía una diferenciación de los momentos de prevención en: primaria, secundaria y terciaria, lo que equivalía a prevenir, curar y rehabilitar.

La prevención primaria estaba orientada a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, disminuyendo los factores de riesgo e incrementando los factores de protección; la prevención secundaria estaba orientada a frenar el avance del consumo de drogas y evitar que se convierta en un consumo problemático; y, la prevención terciaria se centraba en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia/adicción hacia las drogas. El tipo de intervención se definía de acuerdo al **tipo de consumo** que presentaban las personas.

En los últimos años, la definición y clasificación de los tipos de intervención en prevención se ha ido perfeccionando cada vez más, por lo que a partir de la propuesta de Gordon (1987), se está aplicando una nueva conceptualización que identifica con mayor propiedad las acciones y los contenidos a desarrollar, más allá del momento de la intervención. De esta manera se estableció la prevención universal, selectiva e indicada, que definen el nivel de intervención de acuerdo al nivel de menor o mayor riesgo en el que se encuentran las personas.

### 4.4.1 Prevención universal

La prevención universal se dirige a un conjunto de personas, independientemente del nivel de riesgo al que estén sometidos, beneficiándolas a todas por igual; por ejemplo, a los estudiantes de un establecimiento educativo o padres de familia.

La prevención universal tiene perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otros tipos de prevención orientados a conseguir cambios de comportamientos duraderos. En la prevención universal se incluiría la mayoría de los programas preventivos escolares, así como aquellos que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores; habilidades para la vida; etc.

La prevención universal ofrece ventajas tales como:

- La implementación no requiere de estudios o investigaciones previas.
- Incide más sobre factores de riesgo y protección generales ya conocidos.
- No etiqueta tampoco estigmatiza.
- Proporciona la posibilidad de focalizarse sobre los factores de riesgo de la comunidad.
- Es conductualmente apropiado porque se centra en cambiar conductas que suelen ser exhibidas por todos de algún modo.
- Tiene un buen potencial a nivel de toda la población.

Por otro lado, algunos autores identifican ciertas desventajas en la prevención universal como las siguientes:

- Puede ser poco atractivo para el público y para los políticos.
- Los beneficios son escasos para el individuo.
- Puede tener mayores efectos en aquellos que están en bajo riesgo.
- Puede ser percibido por la población en bajo riesgo que es de poco beneficio para ellos.
- Es difícil demostrar un efecto global beneficioso.

#### 4.4.2 Prevención selectiva

A fines de 1990 se fue extendiendo el uso del concepto prevención selectiva, que parte de la idea de que existe una serie de consumos experimentales o recreativos

que no derivan - para la mayoría de la población - en problemas de consumo habitual o abuso. Además, hay sectores de la población en los que confluyen una serie de factores de riesgo que les sitúan en posición de mayor vulnerabilidad, tanto respecto al consumo de sustancias como respecto al abuso de las mismas. "Se introducen así, variables sociales que van más allá del propio consumo y por tanto, más allá de la conceptualización puramente bio-sanitaria de la drogodependencia."<sup>36</sup>

La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo que tiene un riesgo de ser consumidor mayor que el promedio de las personas que conforman el total del grupo. Es decir, se dirigen a grupos de riesgo, por ejemplo, a un grupo de estudiantes en el que predominan actitudes permisivas respecto al consumo de drogas como el alcohol y otras drogas.

En las intervenciones de prevención selectiva, como su propio nombre indica, se "selecciona" un colectivo o grupo de personas especialmente expuesto a un mayor número de factores de riesgo, ya sea por sus características personales, del entorno social, familiar o socio-cultural; que los hace particularmente susceptibles a desarrollar problemas de consumo de drogas, sea que éstos ya hayan iniciado o no hayan iniciado el consumo de drogas.

En distintos países se han desarrollado experiencias de prevención selectiva centrada sobre todo en jóvenes infractores, jóvenes con fracaso escolar, con consumos experimentales de sustancias y familias en situación o riesgo de exclusión social. Ejemplos de prevención selectiva son: el Programa Alfil dirigido a hijos de alcohólicos (aunque ellos/as ya no estén consumiendo alcohol), o el Programa Spott dirigido a hijos de toxicómanos. (Arbex Sánchez: 2002)

<sup>36</sup> Martín, Yolanda Nieves: "Entre Dos Tierras, Metodología y desarrollo de programas de prevención selectiva con menores, pag. 9.

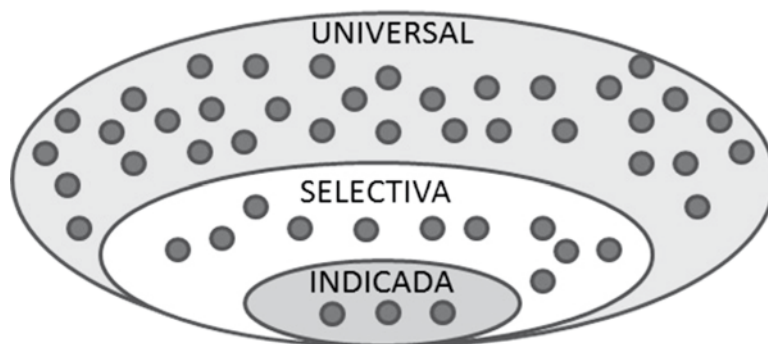
### 4.4.3 Prevención indicada

La prevención indicada es más intensiva y costosa. Se dirige a un subgrupo concreto e identificado cuyos miembros suelen ser consumidores que ya tienen problemas de comportamiento. La intervención se dirige tanto a los consumidores habituales como a los que consumen experimentalmente o a los consumidores ocasionales. La prevención indicada atiende, por tanto, a individuos en alto riesgo.

La Prevención Indicada (ver gráfico) se orienta a atender un conjunto de problemas ligados a patrones de consumo de drogas que generan conflictos, los cuales no significan que se haya establecido una adicción. Suelen ser en gran medida adolescentes en los que sus problemas de drogas son sus problemas de diversión (Megías E.: 1998).

La prevención indicada "Se define como la prevención dirigida a personas que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficits adaptativos potenciados por su consumo."<sup>37</sup>

Se establece este nivel de intervención, debido a que los programas o modelos de tratamiento tradicionales no son idóneos para este tipo de perfiles, ya que suelen ser adolescentes con escaso tiempo de consumo y con estilos de vida y medio socio-familiar diferente a quienes tienen un consumo dependiente. Por lo que no es conveniente unir en un mismo grupo a estos adolescentes con jóvenes o adultos, mucho más mayores, con más tiempo en el consumo y notablemente desestructurados.



En este punto es conveniente hacer una diferenciación entre prevención selectiva e indicada, ya que existe una línea de división

muy fina entre estos niveles de intervención. En el siguiente cuadro se presentan sus características principales:

SELECTIVA	INDICADA
Mayor peso de los factores socioeducativos, psico-educativos y sociales.	Menor peso de los factores sociales a favor de factores individuales, características de la personalidad y del temperamento, incluidos ciertos trastornos.
Las dificultades escolares, los problemas familiares, la de privación de libertad, la exclusión social, los lazos con grupos problemáticos, la falta de oportunidades, la desobediencia a las normas básicas, las conductas problemáticas.	Conductas agresivas, gran impulsividad y bajo autocontrol, son características que favorecen un desarrollo precoz y rápido de disturbios y trastornos comportamentales.
Las características de estas personas invitan a intervenciones grupales de carácter educativo (socio-educativo y psico-educativo).	El perfil de estas personas requiere intervenciones muy a su medida, individualizadas, similares a las asistenciales, pero diferentes de las selectivas.

Fuente: Martín, Yolanda Nieves: "Entre Dos Tierras, Metodología y desarrollo de programas de prevención selectiva con menores", 2013.

37 Arbex Sánchez, Carmen: "Guía de intervención: Menores y consumos de drogas", pag. 68.

Por otro lado, las **ventajas** de las intervenciones selectiva e indicada, son:

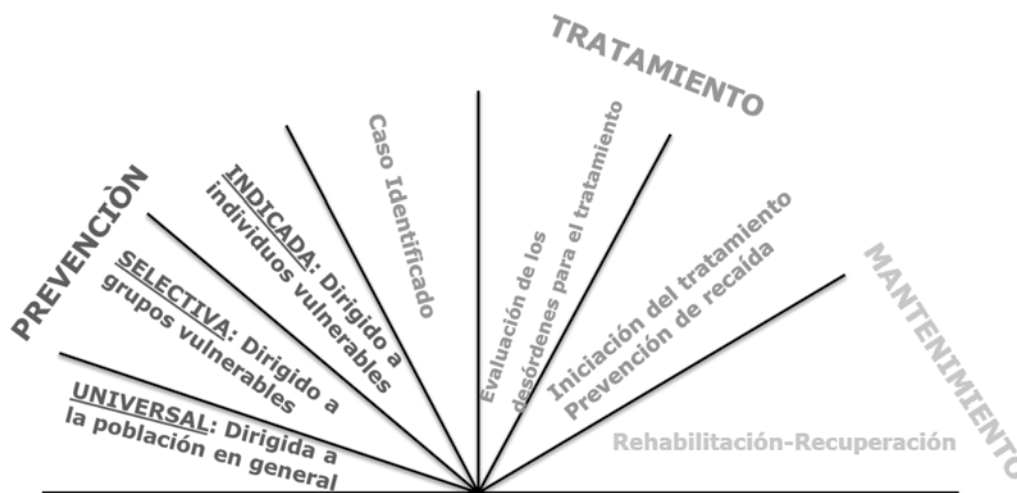
- Posibilidad de tratar los problemas tempranamente.
- Potencialmente eficiente.

Entre tanto, las **desventajas** de estos niveles de intervención son:

- Exige mayor nivel de análisis y conocimiento de la realidad sobre la que se desea intervenir.
- Para su aplicación requiere realizar estudios que establezcan diferencias entre los distintos niveles de uso de drogas, de diferentes grupos e individuos.
- Posibilidad de etiquetar y estigmatizar.

- Considerables costos y esfuerzos, se requiere movilizar un mayor número de recursos humanos y materiales para su implementación e incidir en poblaciones reducidas.
- Mayor rechazo de aquellos que están en mayor riesgo.
- La clasificación del nivel de riesgo es inestable a lo largo del tiempo.
- Dificultades de elegir adecuadamente el grupo de riesgo.
- La posibilidad de predicción del trastorno futuro, habitualmente, es muy baja.
- El grupo de alto riesgo contribuye con muy pocos casos en relación a como lo hace el grupo que está en bajo riesgo.
- Tendencia a ignorar el contexto social como un objetivo de intervención.

### Espectro de la intervención en comportamientos problemáticos



Fuente: Gordon, 1987, Catalano, 2006.

## 4.5 FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

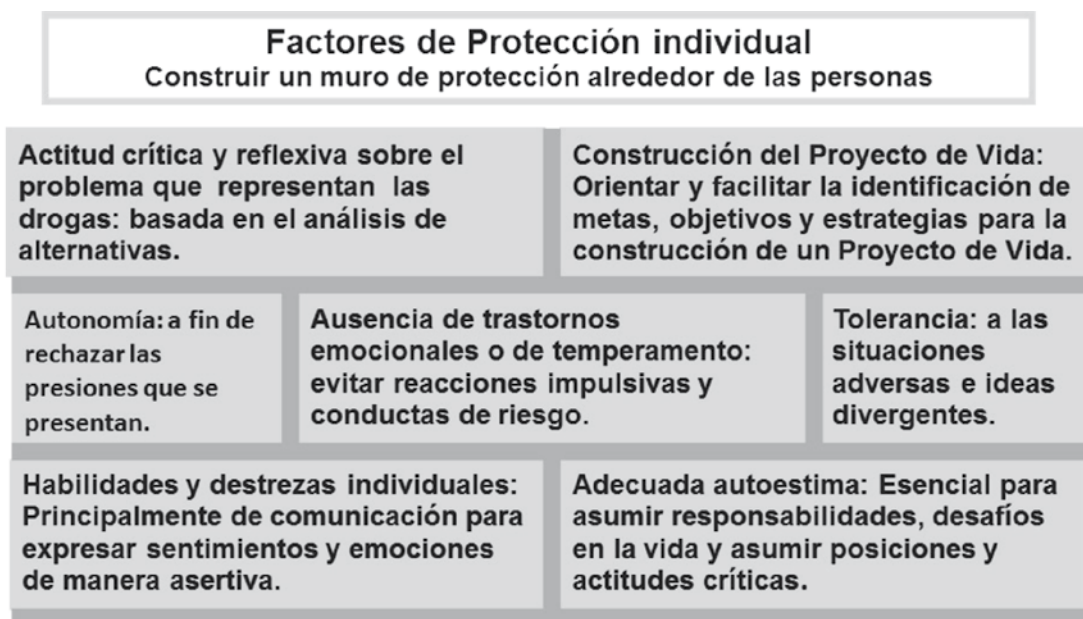
Se denominan factores de protección a ciertas situaciones o condiciones personales y sociales que **reducen o atenúan las probabilidades del consumo de drogas**; incluso pueden invertir los elementos que predicen un desarrollo negativo y permiten a las personas hacer frente a los sucesos adversos de su vida.

Es necesario tomar en cuenta el ámbito de acción en el que se desarrollan los factores de protección, ya que pueden ser individuales y sociales. A continuación se detallan los factores de protección más comunes.

### 4.5.1 Factores de protección individual

- **Actitud crítica y reflexiva sobre el problema que representan las drogas:** Este factor protector debe desarrollarse en los jóvenes como una habilidad sobre la base del análisis de alternativas, es decir, los beneficios y riesgos de un comportamiento y lograr una decisión que resulte adecuada.
- **Construcción del Proyecto de Vida:** El orientar y facilitar la identificación de metas y estrategias para la construcción de un proyecto de vida saludable, constituye un factor protector importante. Los jóvenes aprenden a proyectar sus vidas a corto, mediano y largo plazo, lo cual los aleja de conductas inmedatistas y precipitadas.
- **Autonomía:** Este es un factor protector que favorece la toma de decisiones y la responsabilidad por los propios actos de la persona. Le permite rechazar las presiones que en ocasiones ejerce el grupo de amigos iguales o las influencias de la publicidad y los medios de comunicación y redes sociales.

- **Tolerancia:** Desarrollar la tolerancia, tanto ante las situaciones adversas como ante las ideas divergentes, es un componente esencial de la personalidad.
- **Habilidades y destrezas individuales:** Principalmente las de comunicación que permite a las personas expresar sus sentimientos y emociones de manera asertiva.
- **Adecuada autoestima:** Desarrollar la valoración personal es esencial para asumir responsabilidades y desafíos en la vida, así como para asumir posiciones críticas respecto al consumo de sustancias perjudiciales para la salud.
- **Ausencia de trastornos emocionales o de temperamento:** Una persona tolerante a situaciones adversas evitará reacciones impulsivas y conductas de riesgo o autodestructivas, como el consumo de drogas.



#### 4.5.2 Factores de protección microsocial

Están relacionados con el contexto inmediato en el que se desarrolla una persona, como la familia, la escuela o el centro laboral, el grupo de amigos, etc.

- **Estabilidad y cohesión familiar:** Este se constituye en el principal factor protector a nivel microsocial. Si el grupo familiar practica una adecuada comunicación y relaciones intrafamiliares basadas en valores y normas, entonces se crea un ambiente familiar cálido y constructivo en el que cada persona se involucra en la vida de los demás miembros, en un marco de respeto haciendo de cada momento una experiencia gratificante.
- **Sentido de pertenencia familiar y relación intergeneracional:** Relacionado con el anterior, donde las experiencias de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores (padres, hijos/as y abuelos/as), enriquecen la vida de los demás (apoyo mutuo entre todos).
- **Adecuado estilo de crianza:** Padres que logran equilibrar la disciplina con el afecto, facilitan un desarrollo integral de la personalidad de sus hijos e hijas. Permite que adquieran autonomía, responsabilidad e independencia de modo natural, de manera que pueda desenvolverse adecuadamente en la vida.

- **Escuela que promueve y estimula el aprendizaje, la participación y la responsabilidad** motiva y promueve al estudiante para lograr que tenga buen desempeño personal y académico.
- **Escuela en la que se practican las relaciones horizontales**, favorece la promoción y fortalecimiento del sistema de valores y la construcción colectiva del conocimiento.
- **Grupo de amigos/as que respeta las potencialidades individuales**, permite el crecimiento grupal e individual con hábitos de vida saludable.

#### 4.5.3 Factores de protección macrosocial

- Establecimiento de normas de protección para el individuo ante la presencia de sustancias psicotrópicas naturales y sintéticas.
- Disponibilidad y fácil acceso a los servicios sociales.
- Adecuada seguridad ciudadana.
- Oportunidades de empleo, estudio y esparcimiento.
- Políticas adecuadas para el Desarrollo Humano y Social.
- Implementación de Programas de prevención del uso indebido de drogas, adecuadas al contexto y a las necesidades particulares de la población destinataria.

#### 4.5.4 La resiliencia, otro factor de protección

El concepto **resiliencia** proviene de la física y se refiere a la propiedad que tienen algunos elementos para tomar su forma original después de haber sido sometidos a múltiples mezclas y presiones.

Trasladado este concepto al comportamiento humano, permite entender que una persona o una familia o una comunidad, a pesar de las adversidades sufridas pueden alcanzar el desarrollo y niveles aceptables de salud y bienestar.

Esta teoría señala que existen factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo de la ansiedad o el abuso de drogas. Si un niño cuenta con varios y fuertes factores protectores podrá resistir las conductas poco saludables, que a menudo resultan de la ansiedad y el estrés.

Los aspectos de protección interna incluyen la autoestima y el autocontrol, mientras que los factores externos son el apoyo de la familia y la comunidad como modelos de comportamiento y la disponibilidad de servicios de salud.<sup>38</sup>

La utilidad de este concepto y lo que implica expresa que en muchos casos es más práctico incrementar la resiliencia que eliminar el riesgo.

La resiliencia no es otra cosa que **entrenar a las personas para resistir conductas problemáticas**, lo cual ha permitido que muchos programas preventivos sean más eficaces (BECOÑA: 2002).

Las facultades específicas contenidas en los programas de habilidades individuales y sociales para la vida, constituyen los factores protectores individuales que ayudan a las personas a resistir la adversidad y caracteriza a los jóvenes resilientes.

<sup>38</sup> Aguirre Vazquez, José y otros: "Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica, manual para profesores de secundaria" 2008, pag. 45.

## 4.6 ÁMBITOS DE PREVENCIÓN

Los ámbitos de intervención de los distintos programas de prevención son múltiples, por ejemplo el ámbito escolar, familiar, laboral, comunitario o grupos que requieren atención específica.

Casi siempre, los programas de prevención, sobre todo la prevención universal o primaria han sido desarrollados en el ámbito escolar, especialmente en el nivel secundario, porque ahí se encuentran los adolescentes que están en una etapa crítica de desarrollo psicológico y fisiológico, por lo que están en mayor riesgo de consumir drogas o ser víctimas o victimarios de la violencia.

En los últimos años, los programas de prevención del uso indebido de drogas también han estado orientados al nivel primario, por un lado porque los/as niños/as están en contacto al menos con el alcohol y el tabaco a través de su familia que consume, por otro lado porque al ser concienciados y capacitados se constituyen en efecto multiplicador de sensibilización de la prevención en su propia familia.

Si bien la prevención del uso indebido de drogas en el ámbito escolar es muy importante y necesaria, en realidad es insuficiente si no va acompañada de acciones de prevención universal en el ámbito familiar y comunitario.

Últimamente ha cobrado gran relevancia el desarrollo de programas de prevención en los ámbitos familiar y laboral.

### 4.6.1 Ámbito escolar

La prevención en el ámbito escolar está considerada como una de las intervenciones más importantes porque permite llegar a la población escolarizada, en una edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas.



El objetivo principal de la prevención del uso indebido de drogas en el ámbito escolar es evitar que los estudiantes se involucren en el consumo de drogas o que retrasen lo más posible la edad de inicio del consumo. Siendo aplicada la prevención en la escuela, debe conseguir éste objetivo entre todos los estudiantes de los niveles inicial, primaria y secundaria, aunque habrá algunos grupos o subgrupos de estudiantes que requieran acciones preventivas de distintos grados de intensidad.

El tipo de prevención que más se desarrolla en la escuela es la prevención universal porque beneficia a la población escolar en general, aunque en algunos casos será necesario aplicar programas de prevención selectiva, o bien remitir a las personas con problemas de drogas o de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.) a los servicios sociales o de salud mental, para que reciban una atención más adecuada.

Las estrategias pedagógicas utilizadas para la prevención del uso indebido de drogas en la escuela no deben limitarse a ofrecer sólo información, sino desarrollar procesos educativos que incluyen además de una información adecuada y pertinente, procesos de sensibilización, concienciación, capacitación y movilización contra las drogas; combinando con intervenciones formativas en valores, principios, autoestima, resolución de conflictos, y alternativas del buen uso del tiempo libre, proyectos de vida y hábitos de vida saludable.

Indudablemente el ámbito escolar en sí mismo es un factor protector si se aprovecha que en él confluyen los docentes, estudiantes y padres de familia. Es en este ámbito donde se continúa el proceso de socialización iniciada en la familia, ya sea reforzando las actitudes y valores generadas en el hogar o bien modificándolos en aquellos casos que sea necesario.

En este sentido, para prevenir el consumo de drogas en el ámbito escolar, el trabajo cotidiano del docente debe estar orientado a formar personas capaces de enfrentar adecuadamente los riesgos conlleva vivir en una sociedad en la que se produce y también se consume drogas.

El/la directora/a como actor preventivo debe propiciar la participación de los/as docentes y administrativos del establecimiento educativo, de la junta escolar y los padres de familia en su conjunto para que cada uno, desde su posición y función que desempeña, aporte en la formulación o implementación de programas de prevención para modificar los factores de riesgo detectados en el ámbito escolar y en su entorno.

A continuación, se menciona algunas ventajas de incorporar el programa de educación preventiva del uso indebido de drogas en el currículo escolar, como parte de los ejes articuladores del currículo de aula y de las áreas de conocimiento:

- La incorporación de contenidos de prevención del uso indebido de drogas en los programas escolares como eje articulador, permite que estos contenidos sean tratados desde las distintas áreas de conocimiento de este modo se evita la creación y fomento de los mitos sobre las drogas.
- La problemática de las drogas y la prevención del uso indebido de drogas, en las escuelas se pueden desarrollar con un enfoque interdisciplinario.
- La formación pedagógica que tienen los/as docentes permite que éstos/as puedan adecuar de manera más efectiva los contenidos de prevención a la edad, madurez y contexto concreto de la población en edad escolar (niveles inicial, primario y secundario).

- Desde el ámbito escolar, los contenidos de prevención se pueden desarrollar de manera más sistemática, ya que a partir de su inclusión en planificación bimestral o anual se define una intencionalidad pedagógica precisa, además se seleccionan o crean las estrategias pedagógicas más adecuadas en el marco de la construcción del conocimiento a partir de los saberes y experiencias de los estudiantes. Todo esto permite eludir el peligro de proporcionar mera información rígida y esporádica, que en muchos casos puede despertar curiosidad sobre los efectos de las drogas y resultar contraproducente.
  - Las características que reúne el ámbito escolar permite evaluar la eficiencia y eficacia del programa de prevención, a través de un proceso de supervisión, siempre y cuando ésta sea concebida como un proceso permanente de seguimiento y acompañamiento a los docentes en su práctica pedagógica de aula mediante instrumentos evaluativos, preferentemente mensuales, salvando así una de las insuficiencias metodológicas más graves de las que adolecen muchos de los programas de prevención educativa.
  - Los/as estudiantes tienen más posibilidades de adquirir una actitud crítica y reflexiva sobre la problemática de las drogas, los factores de riesgo, sus consecuencias y la necesidad de prevenir su consumo, ya que su participación en talleres, debates, investigaciones, producción de materiales impresos y audiovisuales, preparación de obras de teatro, dramatizaciones, títeres, juegos tradicionales, poesía, música, canto, dibujo, murales, grafitis, textiles y otros, desde las diferentes materias que cursan, garantizan al menos 320 horas de prevención del uso indebido de drogas al año.
  - Otra ventaja importante es que durante el desarrollo de contenidos preventivos, los/as docentes pueden orientarse a construir progresivamente estrategias pedagógicas innovadoras orientadas a mejorar la calidad educativa y las relaciones humanas y académicas entre los miembros de la comunidad educativa, con la participación plena de docentes y estudiantes.
- Por último, a continuación se mencionan algunos **principios** que deben integrarse en los programas de prevención del uso indebido de drogas desarrollados desde el ámbito escolar, de acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, (CICAD, 2005: 16-20):
- Sus objetivos deben estar dirigidos a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección;
  - Se deben incluir contenidos relacionados con la prevención del consumo de las drogas legales y las ilegales;
  - Promover el fortalecimiento de habilidades para la vida y de técnicas de resistencia;
  - Adecuar la caracterización evolutiva y socio-comunitaria de cada grupo destinatario;
  - Su duración debe darse a lo largo del sistema educativo en los diferentes niveles educativos;
  - Se debe contemplar la participación de toda la comunidad educativa;
  - Se incluirán acciones de prevención universal (destinada a la población en general), selectiva (dirigida a subgrupos de la población con riesgo de consumo) o indicada (grupos concretos de consumidores o personas con problemas de comportamiento de alto riesgo), según el tipo de comunidad en que se inserte;
  - Incluir un sistema de evaluación y monitoreo de las acciones que se desarrollen;
  - Y se debe prever acciones de capacitación de los docentes.<sup>39</sup>

39 CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM): "Las escuelas de educación frente al fenómeno de las drogas en América Latina y el Caribe, Pag. 49.

## 4.6.2 Ámbito familiar

La familia constituye un elemento esencial en la socialización de niños/as y adolescentes, por lo que, en los últimos años, la prevención en el ámbito familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas que existen en ella. (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Moncada, 1997).

Por ello una familia bien estructurada con normas y valores establecidos facilita la adaptación de los hijos/as a la sociedad. Uno de los indicadores de una adaptación adecuada es el no consumo de drogas.

Lo cierto es que en los últimos años la familia ha sufrido importantes cambios que la han desestructurado, y el consumo de drogas en ocasiones se relaciona con dichos cambios. Varios factores de riesgo de tipo familiar (actitud de rechazo a los hijos, escasa comunicación, etc.) se asocian con el consumo de drogas; pero también, otros factores de protección (adecuada comunicación familiar, valores y normas positivas, etc.), facilitan el no consumo de drogas.

Otro aspecto que ha facilitado el surgimiento de programas preventivos en el ámbito familiar, es que las escuelas, dentro de las acciones preventivas que realizan incluye un componente dedicado a la familia, puesto que se ha establecido que una de las condiciones indispensables para educar a los/as hijo/as sobre los riesgos de las drogas es que los padres de familia tengan la información y la capacitación suficiente para complementar la formación preventiva que los niños/as y adolescente reciben en sus escuelas.

En este sentido, en el ámbito familiar sobre todo se han implementado programas de prevención universal con un enfoque educativo, que promueven en los padres y madres de familia el desarrollo de capacidades parentales que logren dentro de sus familias un alto grado de comunicación, establecimiento de normas y hábitos de vida saludable entre otros aspectos, de modo que los niños/as y adolescentes se desarrollen integralmente.

Recordemos que padres y madres son los principales actores de la prevención del uso indebido de drogas dentro de la familia porque influyen en la forma de vivir de sus miembros. Son quienes dan los modelos de comportamiento, valores, normas y actitudes básicas.

Respecto a la prevención en el ámbito familiar, diversos autores han señalado que el involucramiento y el acercamiento son sinónimos de protección y desaliento del consumo de drogas por parte de los hijos. Otros señalan que un adecuado monitoreo parental respecto a los hijos es también efectivo en la reducción de las probabilidades de consumo por parte de los jóvenes.

Los padres tienen un alto grado de oportunidad de intervención sobre los factores de riesgo que se detectan en el ámbito familiar para luego transformarlos en factores de protección, siempre y cuando:

- Instauran el diálogo como dinámica de participación dentro del hogar.
- Transmiten un modelo de salud a sus hijos y son coherentes en su forma de comportarse con respecto al modelo propuesto.
- Educan la autoestima de sus hijos, enseñándoles a valorar adecuadamente sus cualidades y a sentirse capaces de afrontar dificultades.
- Colaboran en el desarrollo de sus habilidades para negarse asertivamente al consumo de drogas.

- Trabajan la autonomía de sus hijos, haciéndolos menos dependientes de la aprobación de los demás.
- Ayudan a sus hijos en la identificación de sus gustos y aficiones, orientándolos sobre los pasos a seguir para desarrollarlos.
- Trabajan con sus hijos los mecanismos de resolución de conflictos.
- Desarrollan dentro del hogar actitudes prosociales y cooperativas.
- Colaboran en el proceso de escolarización de sus hijos.<sup>40</sup>

A pesar de la importancia de la familia en la prevención del uso indebido de drogas, los programas preventivos dirigidos a este ámbito tienen como principal problema la escasa participación de madres de familia y la nula o casi nula participación de padres de familia. Lamentablemente, justamente las familias que tienen evidentes problemas con la conducta de sus hijos/as, son las más renuentes a participar. Por ello es importante buscar estrategias o mecanismos para incentivar la participación activa y responsable de los padres y madres de familia en programas de prevención.

#### 4.6.3 Ámbito comunitario

La prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario tiene el objetivo de reforzar los mensajes, valores y normas de la sociedad en contra del consumo de drogas y fomenta la preservación de la salud. Implica poner en marcha distintos recursos y medios de la comunidad para promover la participación y movilización de la población junto a sus instituciones, organizaciones y grupos sociales.

Esto indica que un programa de prevención en el ámbito comunitario puede abarcar cualquier problema de la comunidad. Cuantos más participen con un adecuado nivel de coordinación, más fácil será movilizarse contra las drogas, la violencia y el delito, que generan la inseguridad ciudadana.

Es importante reafirmar que las acciones de la prevención del uso indebido de drogas es tarea de todos: de la comunidad en su conjunto y de las diferentes instituciones que la conforman.

#### 4.6.4 Ámbito laboral

La prevención del uso indebido de drogas también debe desarrollarse en el ámbito laboral, en forma paralela y conjunta con en los otros ámbitos señalados. El lugar de trabajo de las personas también es un ámbito de socialización.

El lugar y el tiempo de trabajo no pueden separarse de la vida familiar, social y otras dimensiones de la vida. Lo que somos y lo que vivimos inevitablemente afecta a nuestra forma de trabajar; a su vez, las circunstancias laborales también inciden inevitablemente en la familia y en nuestra vida cotidiana.

Por eso, la forma de vida personal, familiar o social pueden ser factores de riesgo o de protección para el ámbito laboral. Y, al contrario, la forma de desempeño en el ámbito laboral puede ser un factor de riesgo o de protección para los otros ámbitos y aspectos de la vida cotidiana.

---

40 PIERRI, Gustavo: Familia y drogodependencia, Pag. 74; 2001.

# **CAPÍTULO 5:** NUEVO DISEÑO CURRICULAR Y PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS



## 5.1 MODELO EDUCATIVO SOCIOCOMUNITARIO PRODUCTIVO DEL SISTEMA EDUCATIVO PLURINACIONAL

La Ley N° 070 de la Educación Avelino Siñani Elizardo Pérez plantea un nuevo modelo educativo denominado **Sociocomunitario Productivo** y está orientado a "...promover un proceso de transformación social en convivencia comunitaria con la Madre Tierra, el cosmos y una formación integral y holística del y la estudiante, a través del desarrollo de las dimensiones del Ser, Saber, Hacer y Decidir"<sup>41</sup>

La finalidad de este modelo es contribuir a la consolidación del Estado Plurinacional, a través de la formación integral y holística de mujeres y hombres con pensamiento crítico y acción transformadora, propositivo y con valores sociocomunitarios, estableciendo diálogo intercultural entre los pueblos, naciones, comunidades interculturales y el mundo. Coadyuva al cambio de esquemas mentales individualistas, racistas y discriminadores para el ejercicio pleno de los derechos.

Las **experiencias educativas** en las que se sustenta el modelo educativo son:

- Los saberes, conocimientos y valores culturales que trascienden de las experiencias educativas desarrolladas por las comunidades indígena originario campesinas.
- La experiencia pedagógica de la Escuela Ayllu de Warisata.
- Las propuestas psicológicas y pedagógicas postmodernas, las teorías socio críticas en educación, donde resalta el enfoque histórico-cultural que concibe el desarrollo personal como una construcción social y cultural, la pedagogía liberadora, que desarrolla una conciencia crítica y de actitudes reflexivas, orientada a generar cambios estructurales en los seres humanos y su entorno.

<sup>41</sup> Ministerio de Educación: Currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional, 2010.

**Los Principios del modelo educativo sociocomunitario productivo son:**

- Educación descolonizadora, liberadora, revolucionaria, antiimperialista y transformadora.
- Educación comunitaria, democrática, participativa y de consensos.
- Educación intracultural, intercultural y plurilingüe.
- Educación productiva, territorial, científica, técnica tecnológica y artística



## 5.2 ORGANIZACIÓN CURRICULAR

### 5.2.1 Categorías de la estructura curricular

La estructura curricular se organiza a partir de cuatro categorías.

- a) **Campos** de saberes y conocimientos, se estructuran a partir de categorías organizativas relacionadas a situaciones específicas de la vida, por ello los campos han sido concebidos para concentrar, organizar, articular saberes y conocimientos de manera interrelacionada y complementaria en función a su uso y utilidad sociocomunitaria.
- b) **Áreas** de saberes y conocimientos, son espacios curriculares donde confluyen y se integran saberes, conocimientos, valores y habilidades afines a un campo y organizados a través de los ejes articuladores, a partir de un proceso gradual en los niveles de formación.
- c) **Disciplinas curriculares**, son un subespacio de las áreas en el que se organizan lógicamente y pedagógicamente los saberes, conocimientos, valores y habilidades a través de contenidos que permiten la concreción del proceso educativo sociocomunitario productivo.
- d) **Ejes articuladores**, operativizan los principios del currículo; son saberes, conocimientos, actitudes y prácticas priorizados por la sociedad que se constituyen en integradores del currículo, destinados a lograr en los seres humanos, la convivencia armónica entre la comunidad, la naturaleza (Madre Tierra) y el cosmos.

## 5.2.2 Campos, áreas y disciplinas curriculares

**a) Cosmos y pensamiento.** La relación entre cosmos y pensamiento da origen a las cosmovisiones que son las formas en que se concibe el mundo, a partir de ellas las personas interpretan, reinterpretan, crean, recrean, conceptualizan, reconceptualizan y explican la vida en sus múltiples dimensiones. Este campo de saberes y conocimientos está conformado por dos áreas:

- Cosmovisiones y Filosofía. Esta área está integrada por las disciplinas de la Filosofía, Psicología, Antropología Cultural y Social, Sociología, Historia e Investigación Social.
- Espiritualidad y Religiones. Esta área está integrada por las disciplinas: Historia de las religiones, Antropología religiosa, Sociología de la Religión e Investigación Social.

**b) Vida, Tierra y Territorio.** Este campo interrelaciona saberes, experiencias, prácticas y conocimientos de la comunidad y la sociedad, con las ciencias naturales, para la construcción de ciencia que a partir de una relación de convivencia armónica y recíproca entre el ser humano y la naturaleza, repercute en la producción y la consolidación del conocimiento en la diversidad.

Este campo está conformado por una sola área: Ciencias naturales, cuyas disciplinas son: Física, Química, Biología, Geografía e Investigación en Ciencias Puras.

**c) Comunidad y Sociedad.** La comunidad es un sistema vivo con una historia en movimiento vinculada a un proyecto común de vida. Este campo de saberes y conocimientos permite la comprensión plena de los fenómenos sociocomunitarios desde una perspectiva holística.

Este campo está conformado por las siguientes áreas:

- Comunicación y Lenguajes. Esta área tiene como disciplinas: Lenguajes, Ciencias de la Comunicación, Literatura, Lingüística aplicada, Sociolingüística y Técnicas de Estudio.
- Ciencias Sociales. Esta área incluye las disciplinas: Historia, Sociología, Antropología, Educación en derechos ciudadanos, Métodos de Investigación Social, Gestión Pública Comunitaria Intercultural.
- Educación Física y Deportiva. Esta área tiene como disciplinas: Educación Física, Actividades Deportivas y Danza.

### **d) Ciencia, tecnología y producción.**

Los saberes y conocimientos de este campo son obtenidos vivencialmente mediante la observación, la práctica, la indagación, la experimentación, el razonamiento, la reflexión, la conceptualización y teorización que sistemáticamente estructurados son considerados ciencia. Este campo está conformado por las siguientes áreas:

- Matemática
- Técnicas tecnológicas, cuyas disciplinas son: Agropecuaria, Servicios, Comercial e Industrial.

### 5.2.3 Ejes articuladores del currículum

Los ejes articuladores surgen de la necesidad de transformación social, juntos constituyen un centro dinamizador, integral y holístico que genera la articulación de saberes y conocimientos de los campos, áreas y disciplinas con la realidad social, cultural, económica y política en los procesos educativos de los subsistemas y niveles de formación del Sistema Educativo Plurinacional.

Los ejes articuladores son de aplicación obligatoria y deben concretarse en la práctica, la teoría y la investigación.

Su implementación en el currículum permite la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en dos niveles: i) Vertical y secuencial en los subsistemas, niveles y etapas de formación; y, ii) Horizontal en coherencia con los campos de conocimiento, áreas, disciplinas y especialidades.

Los ejes articuladores son:

**a) Educación intracultural, intercultural plurilingüe.** Dinamiza el fortalecimiento de las identidades culturales a través de la transmisión intergeneracional de saberes, conocimientos, valores, tecnologías y ciencias propias que las legitimen a partir de la autodeterminación cultural y los procesos creativos, investigativos que de ellas devienen; propiciando la igualdad de oportunidades y condiciones, la eliminación de la discriminación económica, política, social, cultural y de todas las formas de violencia. Todo dirigido a la valoración y desarrollo de las culturas y sus lenguas, en el marco del pluralismo de los saberes y conocimientos. Se desarrolla a través del plurilingüismo hecho efectivo a través de la enseñanza de una lengua originaria, el castellano y el aprendizaje de una lengua extranjera.

#### **b) Educación en valores sociocomunitarios.**

Promueve la convivencia armónica entre los seres humanos, la Madre Tierra y el Cosmos, a través de la práctica de la unidad, igualdad, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, honestidad, paz, inclusión física, cognitiva y social en la familia, la comunidad y el Estado, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales. Asimismo, se toman en cuenta las representaciones simbólicas de cada práctica de valores en las sociedades.

**c) Educación para la producción.** Parte del principio de generar equilibrio entre la comunidad, la Madre Tierra y el Cosmos, y contempla la producción tangible e intangible. El motor de la educación productiva es la investigación científica aplicada a los saberes y conocimientos respecto a todos los ámbitos de la vida, a la identificación y resolución de desafíos, necesidades y problemas locales, regionales y nacionales. Valora los saberes, conocimientos y prácticas productivas ancestrales propias como las generadas en otros ámbitos del mundo.

#### **d) Educación en convivencia con la naturaleza y la salud comunitaria.**

Promueve la toma de conciencia, la apropiación y difusión de conocimientos y saberes adecuados para la salud de la comunidad, la Madre Tierra y el Cosmos. Los estilos de vida saludable, así como una sexualidad sana y responsable promueven el ejercicio y exigibilidad de los derechos individuales de cada ser humano y los derechos colectivos, garantizando un estado de bienestar físico, mental y emocional para el disfrute de la vida en todas las fases del ciclo biológico en relación con el entorno.

## 5.3 LA PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS EN EL CURRÍCULO DE LA EDUCACIÓN REGULAR

La prevención del uso indebido en aula fue implementada anteriormente desde la perspectiva de los temas transversales, contemplados en la anterior Ley de Educación (Ley N° 1565), los cuales básicamente atravesaban todas las áreas curriculares en forma permanente como una manera de ver, analizar e interpretar las problemáticas de relevancia social actual, desde el nivel inicial hasta el secundario.

En el *Currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional* de la nueva Ley de Educación (Ley N° 070) se plantea una nueva perspectiva con la inclusión de los ejes articuladores descritos en el punto anterior, los cuales ofrecen un espacio importante dentro del currículum para desarrollar la temática de prevención del uso indebido de drogas.

La incorporación de la prevención del uso indebido de drogas en el currículum escolar, queda justificada por los siguientes aspectos pedagógicos que brinda la Ley de Educación en actual vigencia:

- Los ejes articuladores al asumir un papel dinamizador, integral y holístico, que genera la articulación de saberes y conocimientos de los campos, áreas y disciplinas con la realidad social, cultural, económica y política en los procesos educativos permiten que la temática de prevención del uso indebido de drogas pueda ser incluida en los diferentes campos, áreas o disciplinas de saberes y conocimientos; es decir que, el abordaje de la temática de prevención no se circunscribe sólo al campo Vida, Tierra y Territorio, o el área de Ciencias Naturales o a la disciplina de Biología.
- Los ejes articuladores que son de aplicación obligatoria, lo que no era explícito para los temas transversales, impele y desafía a los docentes a trabajar

en torno a estos ejes, para garantizar la orientación y formación integral óptima de los estudiantes.

- La interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de los ejes articuladores es otro aspecto que contribuyen a desarrollar en el currículo escolar la temática de prevención del uso indebido de drogas y sus consecuencias individuales y sociales como la violencia en todas sus formas, la trata y tráfico de personas, el VIH-Sida, el delito y otras problemáticas de relevancia social.
- El hecho de que los ejes articuladores deben concretarse en la práctica, la teoría y la investigación, ofrece la posibilidad de que el abordaje de la temática de prevención del consumo indebido de drogas no sea sólo desde la teoría, sino que permite pensar en alternativas de prevención que pueden llevarse a la práctica o permitan investigaciones serias que logren una comprensión cabal de esta problemática.

En este sentido, los ejes articuladores desde los cuales puede abordarse la prevención del uso indebido de drogas son la Educación en valores sociocomunitarios; y, la Educación en convivencia con la naturaleza y salud comunitaria.

Las características de estos ejes articuladores hacen evidente su relación con la temática que nos ocupa, puesto que el primero también promueve la recuperación de valores y principios que contribuyen a una convivencia armónica entre los seres humanos con la naturaleza, a través de la práctica de la unidad, igualdad, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, y la complementariedad, etc.

En tanto que el segundo eje coincide en la formación de estilos de vida saludable, la promoción del ejercicio de los derechos individuales y colectivos, y garantizar un estado de bienestar físico, mental y emocional de los estudiantes de los niveles inicial, primario y secundario, y en relación con su entorno.

Hasta este punto se han presentado las orientaciones generales respecto a la prevención del uso indebido de drogas útiles para docentes de todos los niveles educativos. En los manuales elaborados específicamente para los/as docentes de cada nivel educativo, se presentan las orientaciones necesarias para implementar la prevención en aula diferenciando los niveles inicial, primario y secundario.



# **GLOSARIO**





## A

**Abstinencia:** Situación en la cual el consumidor ha dejado de usar drogas, ya sea en forma voluntaria o no. Si el consumidor es dependiente, puede desencadenarse el síndrome de abstinencia.

**Abuso:** Es el consumo de una sustancia en cantidades o situaciones tales que causa problemas o aumenta las probabilidades de que se presenten problemas. Estos problemas pueden ser de características sociales (incluyendo legal), ocupacionales, psicológicos o físicos, ya sea por la cantidad consumida (abuso cuantitativo), o bien por las circunstancias en las que se produce el consumo (abuso cualitativo).

**Adicción** (A las drogas): Actualmente es un término muy controvertido por los orígenes de esta palabra. Se caracteriza por el consumo frecuente de la droga (usualmente diario) y por el hecho de que el comportamiento del individuo está dirigido al uso y obtención de la sustancia, la droga se convierte en el centro de toda su atención.

**Administrar:** Por administrar se entiende la aplicación directa de una sustancia controlada al individuo sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio.

**Agentes de Prevención.** Personas que actúan como mediadores en un programa, no sólo facilitando la participación del grupo DIANA en las actividades, sino también poniendo a los individuos en situación de que tales actividades afecten a su conducta en la dirección prevista. Pueden ser profesionales (por ej. profesores en un programa escolar) o no profesionales (voluntarios, padres, etc.).

**Agresividad:** Propensión a faltar el respeto, a ofender o a provocar a los demás. Implica provocación o ataque, muchas veces como mecanismo de defensa.

**Alcaloide:** Cada uno de los compuestos orgánicos nitrogenados de carácter básico producidos casi exclusivamente por vegetales. En su mayoría producen acciones fisiológicas características, en que se basa la acción de ciertas drogas, como la morfina,

la cocaína y la nicotina. Muchos se obtienen por síntesis química.

**Alcohol:** Químicamente, los alcoholes son un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos y que contienen uno o más grupos (-OH). Generalmente, cuando hablamos de "alcohol" nos referimos al alcohol etílico o etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH), el cual es el componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término "alcohol" se usa también para referirse a las bebidas alcohólicas.

**Alcoholemia:** La alcoholemia representa la concentración de alcohol en sangre y se expresa habitualmente en miligramos o gramos de alcohol por decilitro (100cc). Sin embargo, puede expresarse de otras formas, en especial en el campo de la medicina de tráfico y seguridad vial. En el campo del tráfico, el alcohol en la sangre se cuantifica habitualmente como concentración alcohólica en la sangre (Blood Alcohol Concentration: BAC) o como proporción de alcohol (en peso o en volumen) en la sangre. De manera que una parte de alcohol en mil de sangre (en masa o peso) se manifiesta porcentualmente como 0,1 % BAC (1 gr de alcohol en 1000 cc; como el peso de 1000 cc en sangre es de 1000 gr; 1gr / 1000 gr ó 0,1%). En ocasiones se utiliza una relación peso/volumen, expresándola concentración anterior como 1 gr. de alcohol por litro de sangre o 100mg/100 ml de sangre. Se trata de una medida útil en actuaciones para prevenir los accidentes de tráfico y promoverla seguridad vial. Una persona que conduce un vehículo con una tasa de alcoholemia a partir de 0,5 gr/l duplica el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.

**Alucinación:** Consiste en la percepción sin objeto, vivida con convicción de realidad.

**Alucinógeno:** Sustancia capaz de provocar que una persona perciba una sensación sin que exista un objeto o una causa, puede ser visual, auditiva, etc.

**Amotivacional:** Que pierde la motivación para realizar actividades de la vida diaria.

**Anabolizante:** Los anabolizantes hormonales son variaciones moleculares de los andrógenos donde se ha intentado (con éxito parcial) disociar la acción anabolizante

del efecto de hormona sexual. En su empleo clínico debe tenerse en cuenta que tienen acción androgénica significativa, aunque inferior a la de los compuestos clasificados propiamente como andrógenos. Su efecto anabolizante requiere un aporte dietético suficiente en proteínas y calorías y su utilidad médica principal se encuentra en las alteraciones del metabolismo proteico (con pérdida de masa muscular) que aparecen asociadas a tratamientos con anticancerosos con dosis altas de corticoides, o bien a infecciones graves, quemaduras, enfermedades crónicas, etc.

**Anhedonia:** Pérdida de la capacidad de gozar ante estímulos y placeres naturales.

**Anfetaminas:** Son drogas estimulantes elaboradas a partir de sustancias químicas y no extraídas de plantas. Entre los numerosos derivados de las amfetaminas se encuentran el sulfato de amfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y otras drogas como el MDMA (Metilendioximetanfetamina), que es el compuesto principal de la droga llamada éxtasis.

**Ansiedad:** Estado de inquietud o zozobra en el ánimo.

**Antagonista.** El antagonismo es la disminución o anulación de la acción farmacológica de una droga por la acción de otra droga. Por ejemplo, la cafeína estimula el sistema nervioso central y sus efectos son disminuidos o suprimidos por el pentobarbital que es una droga depresora central.

**Área cognitiva:** Área donde se adquiere y analiza el conocimiento.

**Armónico:** Que tiene proporción y correspondencia de unas cosas con otras.

**Asertividad:** Habilidad o conjunto de habilidades necesarias para expresar nuestros sentimientos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la manera adecuada, sin negar o desconsiderar los derechos de los demás. Conducirse de manera asertiva supone el desarrollo de la capacidad para: distinguir entre la aserción, la agresión y la pasividad.

**Astenia:** Falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa.

**Autoconcepto:** Concepto que uno tiene de sí mismo. Pautas que llevan a un sujeto a autodefinirse. El sujeto llega al autoconcepto de acuerdo a cómo se asigna sus características: comparativas, retrospectivas, basadas en el aquí y ahora, ve cómo está funcionando en el presente.

**Autocontrol.** El autocontrol ha sido definido como la capacidad para frenar o inhibir determinadas respuestas motoras, conductuales o emocionales, de manera que permiten al individuo demorar la gratificación en determinadas situaciones para obtener recompensas futuras. Se ha caracterizado a los sujetos con un bajo autocontrol como individuos que: responden a lo inmediato, desentendiéndose de las consecuencias futuras de sus actos; buscan activamente sensaciones y experiencias intensas y arriesgadas; tienen una baja tolerancia a la frustración; carecen de empatía.

**Autoestima.** La autoestima es la valoración emocional que se hace de la percepción de la propia imagen. Se refiere a la evaluación que uno hace de sí mismo, sobre su capacidad y valía, y al sentimiento potencialmente positivo o negativo que se deriva de esta valoración.

**Auto-medicación.** Auto-administración de una droga con el fin de tratar una enfermedad, aliviar el dolor o mitigar un estado emocional negativo. Un ejemplo común es el uso de tranquilizantes obtenidos ilegalmente para facilitar el sueño o para hacer frente a estados de ansiedad. Si la medicación ha sido prescrita para este propósito, puede decirse que los usuarios se automedican si ellos pueden administrarse a sí mismos la droga y determinan la dosis y la frecuencia de uso.

**Autosuficiencia:** Estado en el que el sujeto puede o cree poder satisfacer sus necesidades valiéndose exclusivamente de sus propios medios.

**B**

**Barbitúrico.** Sustancias psicoactivas utilizadas como inductores del sueño desde primeros del siglo XX, son derivados del ácido barbitúrico o malonilurea. Producen una depresión extendida de la actividad neuronal a través del sistema nervioso central.

**Beligerancia:** Se interpreta como el estado en el que la persona está presta a pelear o responder violentamente.

**Benzodiacepinas.** Es uno de los grupos de medicamentos más utilizados en todo el mundo. Su éxito se debe a que sus propiedades hipnosedantes, relajantes musculares antiepilépticas son comparables a las de los fármacos más antiguos, son muy útiles en psiquiatría como ansiolíticos, tienen indicaciones muy efectivas en el campo de la anestesia y, a diferencia de los antiguos tranquilizantes, son muy seguras en casos de intoxicación aguda.

**Biopsicosocial:** Se refiere a los tres aspectos en que se desarrolla, desenvuelve e interactúa el ser humano: el biológico, el psicológico y el social.

**C**

**Cafeína.** La cafeína y sustancias relacionadas como la teofilina y la teobromina (denominadas xantinas) son los principales ingredientes psicoactivos del café, el té, las bebidas de cola y el cacao. La mayoría de los preparados con cafeína se consumen como productos alimentarios o en su entorno. Tiene efectos estimulantes del Sistema Nervioso Central, disminuyen la sensación de fatiga y pueden mejorar la realización de determinadas tareas. En dosis excesivas pueden producir excitación, temblor, ansiedad e insomnio. En consumidores excesivos de café, por ejemplo, se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizada por cefaleas, irritabilidad y letargia.

**Cannabis:** Término genérico en el que se incluye a las sustancias que contienen Tetrahidrocanabinol (THC), que es el principio

activo de la *Cannabis Sativa* o planta de la Marihuana, es un arbusto cuyas hojas son fumadas, y de las cuales se pueden extraer una resina llamada Hashis o el compuesto químico puro antes mencionado.

**Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10):** Código internacional de enfermedades, décima edición establecido por la Organización Mundial de la Salud. Diseñada para clasificar los datos de mortalidad y morbilidad recogidos con fines estadísticos y para clasificación de las historias clínicas por enfermedad y proceso. Existen 17 grupos principales subdivididos jerárquicamente.

**Clasificación Socio-económica:** Asignación de las personas en grupos de acuerdo con características asociadas al nivel socio-económico, tales como nivel educativo, profesión y nivel de ingresos. La distinción en clases sociales ha demostrado ser un valioso instrumento discriminador en epidemiología y puede explicar parcialmente las diferencias de salud, de exposición a riesgos y de consumo observadas entre las distintas clases.

**Cocaína.** Sustancia que se obtiene a partir de la coca (*Erythroxylum Coca*), planta abundante en las regiones montañosas de Sudamérica. A partir de ella se obtiene el clorhidrato de cocaína, el cual se presenta como un polvo cristalino blanco de sabor amargo que centellea a la luz. Es un poderoso estimulante del sistema nervioso central que produce euforia o insomnio, y cuyo uso repetido produce dependencia. Su consumo proporciona un período de intenso bienestar, regocijo y euforia. A dosis más altas puede producir efectos indeseables como temblor, labilidad emocional, intranquilidad, irritabilidad, paranoia, pánico y conductas estereotipadas repetitivas.

**Co-dependiente:** Persona allegada al dependiente a las drogas (pariente, amigo íntimo o compañero), quien oculta, solventa y disculpa el consumo de éste último. A partir de dichas acciones tienden a perpetuar la dependencia de esa persona, retrasando así el proceso de recuperación.

**Colesterol:** sustancia que existe normalmente en la sangre, en la bilis, en el cerebro, ovarios, cápsulas suprarrenales y el tejido graso. En procesos de ciertas enfermedades se acumula en las paredes de los vasos sanguíneos (arteriosclerosis) o en la vesícula biliar cuya precipitación puede formar cálculos o piedras que pueden pasar a las vías biliares.

**Coma:** Estado de sopor profundo con anulación del conocimiento, sensibilidad y movilidad que aparece en el curso de ciertas enfermedades graves o después de un traumatismo severo.

**Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA):** Fue establecida por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1986 como la respuesta política del hemisferio para resolver todos los aspectos del problema de las drogas. Cada Estado miembro nombra a un representante de alto rango a la Comisión, la cual se reúne dos veces al año. La CICAD/OEA coordina grupos de expertos y programas de acción por medio de su Secretaría Ejecutiva permanente suscitando la cooperación y coordinación entre los 34 países miembros.

**Compulsión:** Aplicado al consumo de sustancias psicoactivas, hace referencia a un deseo fuerte y apremiante —atribuido a sentimientos internos en vez de a influencias externas— de consumir la sustancia (o sustancias) en cuestión. A veces, el consumidor se da cuenta de que este fuerte deseo es perjudicial para su bienestar e intenta deliberadamente evitar el consumo. Este sentimiento es más característico del trastorno obsesivo-compulsivo, un síndrome psiquiátrico, que de la dependencia del alcohol y las drogas.

**Comunidad terapéutica:** Entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación. Estas comunidades están a menudo diseñadas expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas

aisladas geográficamente. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ofrecer una combinación de "pruebas de realidad" (mediante la confrontación del problema personal con las drogas) y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los compañeros. Suelen estar muy vinculadas a los grupos de ayuda mutua, como Narcóticos Anónimos.

**Conducta de riesgo.** En general, es una forma específica de conducta asociada con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. En relación con el uso de drogas, se refiere a conductas que ponen a las personas en riesgo de daños relacionados con dichas drogas. Aunque este término se ha relacionado más a menudo con conductas tales como compartir jeringuillas u otros útiles para inyectar (cuchara, agua, torniquete, etc.), las cuales ponen a los consumidores por vía parenteral en riesgo de transmisión de virus como SIDA o hepatitis C, el término puede ser aplicado para cualquier droga y cualquier riesgo de daño a la vida, las relaciones, la salud o de recibir sanciones legales.

**Consumo:** Se entiende por consumo al uso ocasional, periódico, habitual o permanente de sustancias controladas.

**Consumidor Experimental:** Aquella persona que guiada por la curiosidad, se anima a probar una u otra droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.

**Consumidor Ocasional:** El uso de drogas es espaciado, con una frecuencia menor a una vez por semana.

**Consumidor Recreativo:** Se consume drogas en momentos de diversión y búsqueda de placer. Se convierte en problema es cuando la frecuencia de las celebraciones aumenta, como sucede con el alcohol, entonces se puede hablar de un uso habitual en el que la persona busca activamente los efectos de las drogas.

**Consumidor Sistemático:** Se consume drogas varias veces al día. La persona poco a poco, va restando importancia a las actividades de su vida y otorga mayor espacio a la droga.

**Convenciones internacionales sobre drogas:**

Tratados internacionales relativos al control de la producción y distribución de sustancias psicoactivas. Los primeros tratados (Acta General de Bruselas, 1889-90 y Convención de St. Germain-en-Laye de 1912) controlaron el tráfico de licores en África durante la era colonial. El primer tratado que se ocupó de las sustancias actualmente controladas fue la Convención de la Haya de 1912, cuyas disposiciones y acuerdos fueron consolidados en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1971 y en la Convención frente al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

**Convulsiones:** Contracción espasmódica involuntaria de los músculos voluntarios, que genera movimientos irregulares localizados en uno o varios grupos de músculos o por todo el cuerpo. Usualmente es de naturaleza patológica.

**Crack (o crak).** Es el nombre que recibe la cocaína que ha sido transformada hasta lograr una presentación en forma de base libre (en lugar de una sal, como en el caso del clorhidrato de cocaína). Es el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. Esta presentación de la sustancia permite inhalar los vapores que se producen cuando el crack se calienta en pipas especiales o sobre una hoja de papel de aluminio, con lo que la acción de la sustancia sobre el cerebro aparece de forma muy rápida. Su nombre procede del ruido peculiar que produce el producto al ser calentado en una llama para su uso. Desde su aparición en los años 80 su consumo se ha extendido rápidamente, sobre todo en los estratos sociales más bajos por su menor precio y sus posibilidades de adquisición.

**Criterio:** Conjunto de elementos con los que se juzga una situación.

**Cultura de drogas:** Son todas aquellas representaciones sociales y significados compartidos por las personas insertas en ambientes o espacios sociales donde se consume o trafican drogas. Esto se refleja, por ejemplo, a nivel del lenguaje en el uso de determinados términos o palabras en ciertos contextos de consumo tráfico.

**D**

**Demanda de Drogas:** Se entiende como la cantidad de drogas que los consumidores están dispuestos a adquirir. Es decir, las personas que buscan obtener drogas para su consumo.

**Dependencias:** Subordinación a una persona o cosa. En el campo del consumo de drogas se refiere a la subordinación a las mismas y se reconocen dos tipos de dependencia, la física y la psicológica.

**Dependencia Física o Fisiológica:** Debida a una adaptación del organismo, el cual se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita un determinado nivel de droga en la sangre para funcionar con normalidad. La persona consume la droga para evitar el malestar. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.

**Dependencia Psíquica o Psicológica:** Es la necesidad de consumir una droga por los efectos que produce (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.).

**Depresión:** Estado psíquico de abatimiento y a veces, de postración que suele acompañarse de, en el aspecto somático, astenia.

**Depresores:** Sustancias que producen un freno o entorpecimiento las funciones del cerebro y resto del organismo, que generan un decaimiento del ánimo.

**Deprivación:** Privación, necesidad, carencia, deshabituación. Falta de la estimulación necesaria para el desarrollo normal de un organismo.

**Desinhibición:** Comportamiento espontáneo que está fuera de la norma social. Estado de liberación de las inhibiciones internas que influyen en el comportamiento de una persona, puede ser el resultado de la administración de una sustancia psicoactiva.

**Devenir:** Cambio o movimiento. En filosofía, dicese del proceso mediante el cual algo se hace o llega a ser.

**Disforia:** Emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia. La disforia se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o el duelo. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

**Dopamina:** Neurotransmisor derivado de la dopa que actúa en los ganglios basales del cerebro.

**Doping.** El término se utiliza para describir la administración de sustancias extrañas o fisiológicas a dosis anormales, con el objetivo de obtener un aumento artificial del rendimiento del individuo durante la competición. Según la FIFA es el uso de unas ciertas sustancias que pueden tener la función de incrementar artificialmente el estado físico y/o mental del jugador, aumentando así también su actuación atlética. No deben incluirse las sustancias naturales como glucosa, fructosa, vitaminas, lecitinas, fosfatos, etc., que son gastados en la competición.

**Drogas:** Toda sustancia natural o artificial que por su naturaleza química es capaz de alterar las estructuras o las funciones del organismo, tanto a nivel psíquico como fisiológico.

**Drogodependiente:** Consumidor/a de drogas que ha establecido hacia alguna de ellas una relación de dependencia. Dada la realidad actual de policonsumo (consumo de varias drogas), pueden aparecer cuadros de dependencia simultánea a varias sustancias.

**DSM V:** Es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA). Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. El DSM-IV, provee los criterios diagnósticos para determinar la existencia de abuso de drogas. Es un instrumento

elaborado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones y de clínicos, en general, con investigadores diversos.

## E

**Entorno inmediato:** Lo que rodea a individuo como la familia, el hogar, el grupo de amigos cercanos, etc.

**Entrenamiento en habilidades parentales y familiares:** Estrategia preventiva a través de la cual los padres o tutores son entrenados en el desarrollo de nuevos estilos de educación y gestión familiar y los hijos son entrenados en el desarrollo de habilidades prosociales.

**Estadística:** Rama de las matemáticas aplicadas que se ocupa de establecer leyes generales, válidas para un todo, a partir de datos correspondientes a muestras extraídas de ese todo.

**Estereotipo:** Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

**Estigma:** Es una marca o seña en el cuerpo, pero en este campo es más bien una marca moral que la sociedad atribuye a los/las que consumen drogas.

**Estilo de vida:** El estilo de vida es una forma de vivir basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características de cada persona, las interacciones sociales y las condiciones socio-económicas y ambientales en las que vive. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, por lo tanto, no son fijos. Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud de una persona y en la de quienes le rodean.

**Estimulantes:** Se dice de las sustancias que facilitan o aumentan alguna actividad o función orgánica.

**Estupefacientes:** Término usado para denominar genéricamente las drogas ilícitas o drogas de abuso. En sus acepciones originales se empleaba para denominar al opio y sus derivados (morfina, codeína,

heroína), conocidos también como narcóticos, esta acepción se explica por los efectos de estupor de estas sustancias. De acuerdo a las convenciones internacionales se entiende por estupefaciente a cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

**Estupor:** En medicina se entiende como la disminución o paralización de las funciones intelectuales, generalmente acompañada, de rigidez muscular.

**Etiología:** La etiología es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina (patogénesis) se refiere al origen de la enfermedad. La palabra se usa en filosofía, biología, física, y psicología para referirse a las causas de los fenómenos

**Euforia:** Exaltación de estado de ánimo que se traduce en alegría y optimismo expansivos.

**Excitación:** Acción de mover, motivar, estimular.

**Exhilaración:** En este caso se debe entender como risa exagerada en volumen, frecuencia o tiempo, provocada por cualquier situación.

**Éxtasis (MDMA):** Droga estimulante de la familia de las anfetaminas (Metanfetamina) que contiene principalmente MDMA (Metilendioximetanfetamina), produce efectos estimulantes y ectonígenos (empatía social), con frecuencia las pastillas de éxtasis contienen otras metanfetaminas y LSD. Estas sustancias se sintetizan en todo o en buena parte en laboratorios. Normalmente se toman por vía oral y su aspecto es variado, ya sea en comprimidos, tabletas o cápsulas de variados colores e ilustraciones. Es de muy fácil adulteración. Su consumo involucra serios riesgos para la salud, especialmente cuando se mezcla con otras sustancias, por ejemplo el alcohol.

**Extraversión:** Tipo de carácter que se vuelve hacia las cosas exteriores.

## F

**Factores de Protección:** Los factores que tienen una mayor probabilidad de evitar el consumo de drogas.

**Factores de Riesgo:** Los factores que tienen una mayor probabilidad de desencadenar el consumo de drogas.

**Farmacología:** Que se refiere a sustancias medicamentosas o fármacos desde el punto de vista de la acción dinámica y fisiológica sobre los animales, vegetales y seres humanos

**Fibrosis:** Formación patológica de tejido fibroso.

**Fiscalización:** Es la acción del poder público destinada al control de las sustancias peligrosas o controladas, en cualquiera de sus fases.

**Fumador Pasivo:** Toda persona que no fuma pero que se ve expuesta a respirar el humo procedente de los cigarrillos de quienes fuman a su alrededor.

## G

**Grupo Control:** En epidemiología y otras ramas de la investigación, es un grupo de estudio comparativo que no participa activamente en un proyecto o programa.

**Grupos de autoayuda o de ayuda mutua:** Grupos en los cuales los participantes se apoyan mutuamente en la recuperación, o en el mantenimiento de la recuperación, de la dependencia del alcohol u otras drogas o problemas, o de los efectos derivados de la dependencia de otra u otras personas, sin contar con el apoyo de una terapia formal o dirección profesional. Se basan en la premisa de que relacionarse con otras personas que tienen problemas similares puede ser emocionalmente beneficioso para personas que tienen problemas con las drogas, incluyendo a sus familiares y a sus amigos. Entre estos grupos son especialmente relevantes Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados, Narcóticos Anónimos o las Asociaciones de Familiares de personas con problemas de dependencia.

## H

**Habilidades o destrezas sociales:** Son un conjunto de aptitudes o capacidades personales que permiten al individuo relacionarse en forma efectiva con los demás. Se incluyen, especialmente, capacidades relacionadas con la comunicación entendiéndola como el medio por el cual el individuo es capaz de transmitir y recibir información y significados acerca de sí mismo, sus sentimientos, el mundo exterior, etc.

**Habilidades para la vida.** Las habilidades para la vida son capacidades y recursos personales, interpersonales, cognitivos, emocionales y físicos que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades para la vida individuales se pueden citar las estrategias para la toma de decisiones y la solución de problemas, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para manejar las emociones y el estrés.

**Hachís:** El hachís, costo o chocolate, es una picadura o polvo untoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas de cannabis, aglutinadas mediante resinas y prensadas para obtener una masa de consistencia dura. Se presenta en forma de tabletas.

**Hedonismo:** Doctrina que proclama el placer como fin supremo de la vida.

**Hepático:** Relativo al hígado.

**Hipótesis:** Suposición de una cosa, sea posible o imposible, para sacar de ella una consecuencia.

(ejemplo: Hombres y mujeres entre los 12 a 50 años) y en un determinado espacio de tiempo (ejemplo: en el último mes, año).

**Inhalables:** Sustancias capaces de convertirse en vapor o gas que al ser absorbidas o inhaladas por las vías respiratorias actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, llegando a dañar muchos órganos.

**Interactivos:** En este caso que permite la intervención activa de los participantes.

**Interdicción:** Es la prohibición y la acción para prevenir y reprimir el tráfico ilícito de Sustancias.

**Intoxicación:** Estado producido por la introducción o acumulación en el organismo de sustancias tóxicas. Se habla de intoxicación, cuando el consumo de una droga es superior, en cantidad o frecuencia, a la capacidad que tiene el organismo para eliminarla. Se puede considerar dos grados de intoxicación: aguda y crónica.

**Intoxicación aguda:** Se produce cuando se da una acumulación de la sustancia en un tiempo menor del que el organismo emplea en desintoxicarse. Cuando es grave puede llegar a poner en riesgo la vida del consumidor.

**Intoxicación crónica:** Se produce cuando el consumo de la sustancia se hace cotidiano y el organismo recibe periódicamente una cantidad superior a la que consigue eliminar. Se manifiesta a través de fenómenos de tolerancia y dependencia, y en diversos efectos tóxicos variables en función de cada droga. La intoxicación crónica supone una alteración biológica, psicológica y social en un sujeto permanentemente impregnado de sustancias adictivas.

## I

**Ilícita:** No permitido legal ni moralmente.

**Impulsividad:** Dejarse llevar por un impulso afectivo, hablando o procediendo sin reflexión ni cautela.

**Imputado:** Atribuido de culpa.

**Incidencia:** Es un término Epidemiológico, representa el número de "casos" nuevos que se presentan en una población determinada

## J

**JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes):** Es un órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial, establecido por la Convención Única sobre Estupefacientes (1961) aunque el inicio de actividades fue en 1968. Es la entidad encargado de vigilar la aplicación de los



tratados de fiscalización internacional de drogas. La Secretaría de la JIFE es una entidad administrativa de la UNODC, pero informa sólo a la JIFE sobre cuestiones substantivas. También coopera con órganos externos al sistema de Naciones Unidas, especialmente INTERPOL y la Organización Mundial de Aduanas.

## L

**Labilidad:** En psicología, se dice del estado en que un individuo presenta inestabilidad psíquica o afectiva debido a una falta de control de las reacciones emotivas.

**Lavado de activos:** Consiste en ocultar o disimular el origen ilícito de determinados bienes, a sabiendas que provienen, directa o indirectamente, de la perpetración de delitos. Para estos efectos se entenderá por bienes los objetos de cualquier clase apreciable en dinero, corporal o incorporeal, mueble o inmueble, tangible o intangible, como asimismo, los documentos o instrumentos legales que acrediten la propiedad u otros derechos sobre los mismos.

**Lavado de dinero:** En términos generales, es el proceso mediante el cual el dinero obtenido por medios ilícitos se hace legítimo o logra ocultar sus orígenes ilegales. A partir de la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, del año 1988, la mayoría de los países del mundo incorporó a sus legislaciones el lavado de dinero como un delito penal a través del cual se pretende ocultar y legitimar las ganancias provenientes del tráfico de drogas y los delitos conexos a éste. La tendencia mundial actual es a ampliar esta figura hacia las ganancias que provienen de otros delitos graves, como son el tráfico de armas, terrorismo, secuestro, delitos contra la administración (corrupción) y fraude fiscal, entre otros. Constituye un típico fenómeno detrás del cual están grandes organizaciones criminales y que es capaz de afectar seriamente la estabilidad socioeconómica de un país.

**Locuacidad:** Calidad de hablar mucho o demasiado.

## M

**Metabolismo:** Conjunto de reacciones químicas a que son sometidas las sustancias ingeridas o absorbidas por los seres vivos.

**Metadona:** Compuesto químico sintético, de propiedades analgésicas y estupefacientes semejantes a las de la morfina, pero no adictivo, por lo que se utiliza en el tratamiento de la adicción a la heroína.

**Microtráfico:** El microtráfico no es una figura penal distinta del tráfico de drogas o de lo que suele llamarse narcotráfico, es un término acuñado para una modalidad de comisión delictiva y se refiere a la venta de drogas a pequeña escala, utilizada como una práctica de mercado para la transacción de sustancias a nivel local y constituye el último eslabón de las redes de tráfico.

## N

**Narcolepsia:** Estado patológico caracterizado por accesos irresistibles de sueño profundo.

**Normas sociales:** Las expectativas y reglas explícitas o implícitas que guían el comportamiento social en una comunidad determinada o medio social, en un momento histórico concreto.

## O

**Oferta de drogas:** Acción de ofrecer drogas para su venta. Con estos términos se debe entender a la materia prima y también a las sustancias que sirven para su elaboración.

**UNODC (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito).** Fue creada en 2002. Las orientaciones normativas de la UNODC se fundamentan en la Comisión de Estupefacientes, principal órgano normativo de la Naciones Unidas en materia de fiscalización internacional de drogas, y en la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal, principal órgano normativo de la ONU en materia de prevención del delito y justicia penal. El Director Ejecutivo se encarga de

coordinar y dirigir todas las actividades de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de drogas y prevención del delito con miras a garantizar la coherencia, coordinación y complementariedad de esas actividades en todo el sistema de las Naciones Unidas y a evitar la duplicación de esfuerzos.

**Opiáceos:** Sustancias derivadas del opio o que son químicamente parecidas a la sustancia activa extraída del opio.

## P

**Par, pares:** Igual o semejante totalmente. Conjunto de dos personas o cosas de una misma especie. Grupo de pares: Palabra adaptada para significar e grupo de personas semejantes o iguales en características y actividades. El grupo de pares es una fuente de afecto, simpatía, y entendimiento; un lugar para experimentar, un medio de respaldo para el logro de autonomía e independencia de los padres.

**Paranoia:** Estado mental caracterizado por una sensación de persecución.

**Parenteral:** Que se introduce en el organismo por vía distinta de la digestiva, como la intravenosa, la subcutánea, la intramuscular, etc.

**Pasta base de cocaína:** Homogenizado de hojas de coca sometidos a desecación y maceración, tratados posteriormente con solventes orgánicos como keroseno o gasolina y combinado con ácido sulfúrico. El resultado es una pasta decolor pardo/negro que se fuma en pipa o a veces, mezclada con tabaco o cannabis.

**Paternidad Inefectiva:** Padres negligentes o que abusan de sus hijos. Son personas que representan un peligro para sus hijos como una consecuencia de su propia personalidad: Se sienten especialmente enfurecidos al ver lo peor de sí mismos reflejado en sus hijos. Van más allá de los valores sociales, su patología descansa en lo inapropiado de sus expectativas y en la severidad de sus castigos. Aunque los padres negligentes por lo común son igualmente

indiferentes a todos los/as niños/as, quienes abusan, algunas veces escogen una víctima propiciatoria.

**Patrón de consumo:** Se refiere a las pautas o formas de uso de drogas, incluyendo los ciclos y frecuencias de consumo, la asociación de la conducta con las motivaciones subyacentes, los contextos de consumo, los tipos de drogas empleadas y sus combinaciones. Incluye también las formas de administración de las sustancias (inhalar o esnifar, inyectar, fumar). Conocer los patrones de consumo de los diversos grupos permite establecer con mayor precisión acciones preventivas.

**Percepción del riesgo:** La percepción de riesgo se refiere a la idea subjetiva acerca de que si un individuo considera peligroso consumir drogas o no. Esta se mide a través de preguntas directas a las personas respecto de cuán peligroso consideran el consumo de tales sustancias, ya sea en forma ocasional o frecuente.

**pH:** Sigla de potencial de Hidrógeno. Índice que expresa el grado de acidez o alcalinidad de una disolución. Entre 0 y 7 la disolución es ácida, y de 7 a 14, básica

**Población DIANA:** Grupo de personas al que se dirige una estrategia política, una intervención, o un programa (por ejemplo: población general, inmigrantes, jóvenes entre 14 y 19 años, etc.).

**Población meta:** Grupo poblacional que se estudia o población a la que se quiere llegar con alguna actividad, mensaje, etc.

**Población en riesgo.** Grupo de población que, debido a circunstancias diversas, se halla más intensamente expuesto a uno o más factores de riesgo relacionado con el uso problemático de las drogas que la población general. Con bastante frecuencia, se la denomina inadecuadamente como "población de riesgo", la mayor parte de los factores que confluyen para que una persona o grupo de personas desarrollen problemas relacionados con las drogas no son intrínsecos sino circunstanciales.

**Policonsumo de drogas:** Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga.

**Placebo:** Sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo, si este la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción.

**Poseción:** Es la tenencia ilícita de sustancias controladas, materia primas o semillas de plantas de las que se pueden extraer sustancias controladas.

**PNUFID (Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas):** Es el órgano central que coordina y dirige las actividades de Naciones Unidas en el ámbito de fiscalización de drogas. Este Programa fue establecido en 1991 de conformidad con la resolución 45/79 de la Asamblea General y está subordinado a la Oficina de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito con sede en Ginebra. El PNUFID reúne conocimientos especializados en materia de fiscalización de drogas y presta asistencia técnica a los Estados miembros. Su labor abarca los ámbitos nacional, regional, y mundial a través de su red de oficinas externas. Desde el año 2002 recibe el nombre de UNODC: Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito.

**Precursores:** Son compuestos químicos que fuera de sus usos habituales, son utilizados ilegalmente para la fabricación de drogas. Están sujetas a fiscalización y control por las autoridades pertinentes.

**Prescripción Médica:** Es la receta e indicaciones que un profesional del área de las ciencias de la salud da una persona o paciente para determinada afección o enfermedad.

**Prescripción o Despacho ilícito:** Es cuando un profesional de especialidades médicas (médicos, odontólogos, veterinarios, farmacéuticos y otros) ordena, receta o facilita sustancias controladas que no son utilizadas por motivos médicos.

**Prevalencia:** Es un término epidemiológico, representa el número de "casos" que hay (nuevos y antiguos) en una población determinada (ejemplo: hombres y mujeres entre los 12 a 50 años) y en un determinado espacio de tiempo (ejemplo: en el último mes, año).

**Prevalencia de mes:** Representa el porcentaje de individuos que han consumido alguna droga al menos una vez en el último mes, este indicador refleja el consumo actual, es decir que identifica a las personas que consumen drogas cierta regularidad.

**Prevalencia de año:** Representa el porcentaje de individuos que han consumido alguna droga al menos una vez en el último año.

**Prevalencia de vida:** Representa el porcentaje de individuos que han consumido alguna droga al menos una vez en su vida.

**Prevención Integral:** Todas las acciones que se preparan y disponen anticipadamente para evitar que un hecho ocurra. En el tema de análisis del consumo de drogas es: Anticiparse a influencias individuales, sociales y/o ambientales que pueden determinar respuestas desadaptadas como el consumo de drogas u otras mediante intervenciones sostenibles.

**Problemas Sociales:** En este caso los problemas surgidos a consecuencia del consumo de drogas en el ambiente del individuo.

**Prosocial:** Que favorece al sostenimiento y progreso de la sociedad en su conjunto.

**Psicoactiva:** Se refiere a drogas que tienen efectos sobre los pensamientos, emociones o comportamiento.

**Psicosis:** Enfermedad psíquica grave caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad y por la alteración cognitiva, afectiva y sensorial profunda causa de la desadaptación social del sujeto y de su necesaria hospitalización.

**Psicofármacos:** Se incluye en esta categoría a un amplio grupo de compuestos que, actuando sobre distintas estructuras del cerebro, ayudan a regular alteraciones bioquímicas relacionadas de un modo u otro con algunos trastornos psíquicos.

## R

**Reducción de daños.** En el contexto del alcohol y otras drogas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol

u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las drogas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total. Son ejemplos de reducción de daños el intercambio de jeringuillas para reducir el hábito de compartir material de inyección entre los usuarios de drogas por vía parenteral, o el uso de vasos inastillables para reducir las heridas durante las peleas en los bares. La reducción de daños como tal es neutral en relación a la moralidad de continuar consumiendo drogas o a la forma de enjuiciarlo y no debe ser considerado como un movimiento para legalizar, descriminalizar o promover el uso de drogas.

**Refuerzo:** La presentación de un estímulo reforzante como evento o como conducta consumatoria que aumenta la probabilidad de una respuesta. Dicho de otra manera es el proceso en el cual un comportamiento es seguido de una situación gratificante que hace que éste probablemente sea repetido.

**Rehabilitación:** Readaptación biopsicosocial del consumidor para su reincorporación a la actividad normal de la sociedad.

**Reinserción social** Es el proceso mediante el cual se busca promover, en individuos que han sido tratados por dependencia a drogas, una situación de estabilidad emocional, personal y de relaciones interpersonales que les permita una participación activa y adecuada en su contexto social, en distintas exigencias de acuerdo a su nivel de complejidad.

**Resiliencia:** Es un término que se ha adoptado de la metalurgia y se refiere a la resistencia que opone un cuerpo a la ruptura por choque. En el campo de la Prevención esta palabra es usada para describir la resistencia que desarrollan las personas a consumo de drogas, a través de una formación adecuada en el hogar, la escuela y la comunidad. También se puede entender como la capacidad de las personas de hacer frente a situaciones traumáticas y a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformadas positivamente.

## S

**Secuela:** Consecuencia o resultado de una cosa. En el campo de la salud se dice del trastorno funcional o lesión que persiste tras la curación de un traumatismo o enfermedad.

**Seguimiento:** Proceso por el cual se hace control y acompañamiento de los sujetos que se estudió o con lo que se trabaja. En este campo; el acompañamiento y documentación de los casos durante el mayor tiempo posible permite adecuar las estrategias utilizadas, asegurando mayores éxitos en la atención y tratamiento.

**Sensorial:** Perteneciente o relativo a sensibilidad, facultad de sentir.

**Síndrome de Abstinencia:** Conjunto de síntomas y signos (sensaciones y manifestaciones físicas) que se hacen evidentes al dejar de consumir una determinada droga. Cada droga desencadena un Síndrome de Abstinencia particular y característico cuyos síntomas y signos pueden o no ser evidentes y/o requerir de apoyo y control médico cercano por estar en riesgo la vida del consumidor.

**Síndrome alcohólico fetal:** Es el trastorno que resulta de exponer el feto al alcohol. La presencia de alcohol inhibe el crecimiento intrauterino y el desarrollo postnatal, siendo una importante causa de retraso mental. La microcefalia, las malformaciones craneofaciales y los defectos en las extremidades y el corazón, son afecciones frecuentes en estos niños. También se ha asociado este síndrome a una estatura menor en la edad adulta y el desarrollo de conductas desadaptativas. El riesgo de que una mujer alcohólica tenga un hijo con este síndrome es superior al 35%.

**Sinergia:** Acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales. Concurso activo y concertado de varios órganos para realizar una función.

**Sobredosis:** Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad que provoca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma habitual de suicidio o tentativa de suicidio.

En cifras absolutas, son más frecuentes las sobredosis de **drogas legales** que las de **drogas ilegales**. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía en cada persona y según las circunstancias.

**Sostenibilidad.** Probabilidad de que un programa continúe más allá de un período de tiempo determinado, especialmente después de que desaparezcan las principales fuentes de financiación iniciales.

**Sustancias Controladas:** Sustancias peligrosas o fiscalizadas; fármacos o drogas naturales sintéticas consignadas en las listas I, II, III, IV y V del anexo de la Ley 1008.

**Sustancia psicoactiva.** Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ej. la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término "psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como "uso de drogas" o "abuso de sustancias".

**Sustancias psicotrópicas:** Etimológicamente de psique (mente) y tropos (atraer). Los psicotrópicos son sustancias que tienen afinidad con el sistema nervioso central (cerebro), específicamente afectan la psiquis. Se clasifican en psicoanalépticos (estimulantes del sistema nervioso central que provocan aumento de la actividad motora y psíquica); los psicolépticos (sedantes del sistema nervioso que actúan en el insomnio, ansiedad, agitación psicomotora y, también, en el dolor); los hipnóticos barbitúricos. Además, los nobarbitúricos; los ansiolíticos; los narcóticos (o hipnóticos). Existen, también, los psicodislépticos o los alucinógenos que causan desajustes en el sistema nervioso e inducen a la conducta psicótica. Los primarios, que causan alucinaciones, el LSD y la marihuana (hashis). Los derivados del peyote provienen de una planta de la familia de los cactus que produce alucinaciones visuales, y también los anticolinérgicos.

Por "sustancia sicotrópica" se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural que figure en las Listas I, II, III o IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

## T

**Tolerancia a las Drogas:** La tolerancia es la adaptación o "acostumbramiento" del organismo a una sustancia, la persona que consume una misma dosis, paulatinamente, deja de sentir los efectos iniciales o dicho de otra manera que para sentir el efecto deseado tiene que aumentar la dosis.

**Tolerancia Personal:** La capacidad de sobrellevar con equilibrio diferentes situaciones que se presenten.

**Tóxico/a:** Se dice de las sustancias que matan o dañan a las células de los organismos, como los venenos y las toxinas. Su efecto depende de la concentración, el tiempo de acción y la disposición individual.

**Tráfico ilícito:** Se entiende por tráfico ilícito de sustancias controladas todo acto dirigido o emergente de las acciones de producir, fabricar, poseer dolosamente, tener en depósito o almacenamiento, transportar, entregar, suministrar, comprar, vender, donar, introducir al país, sacar del país y/o realizar transacciones a cualquier título; financiar actividades contrarias a las disposiciones de la Ley 1008 o de otras normas jurídicas.

## U

**Unidad de Bebida Estándar (UBE):** Para simplificar los procesos de conversión de las diferentes bebidas alcohólicas en la unidad de equivalencia elegida y con el objetivo de posibilitar las comparaciones entre diferentes poblaciones, organizaciones internacionales (OMS) y nacionales (Ministerios de Salud) han propuesto medir el consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE). El cómputo del consumo de alcohol en UBE se realiza de una forma sencilla: una cerveza, vino o aperitivo equivale a 1 UBE, mientras que una consumición con bebidas destiladas equivale a 2 UBE. La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando por 12,5.

## X

**Xantinas:** Estimulantes menores del SNC que tomadas en exceso pueden ocasionar alteraciones tales como ansiedad, insomnio, irritabilidad, gastritis. Forman parte de esta familia las siguientes sustancias: cafeína (café y té), teofilina (té) y teobromina (cacao).

## V

**Vulnerabilidad:** Hace referencia a la probabilidad que un individuo, un grupo o una población está más expuesto a sufrir las consecuencias negativas ante determinados eventos. En nuestro caso se asocia al consumo de drogas, es decir, un individuo, o un grupo es vulnerable cuando tiene mayores posibilidades de experimentar problemas derivados del consumo de drogas. La vulnerabilidad social es la que mayormente se vincula con la situación de desprotección social, de inseguridad e indefensión en las condiciones de vida de las personas o grupos de personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Guía básica de prevención de la violencia en el ámbito escolar. Secretaría de Seguridad Pública, Secretaria de educación Pública, México 2008.
- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Guía para fortalecer la gestión escolar con énfasis en prevención. Lineamientos para las comunidades escolares de educación primaria, Secretaria de Salud. México. 2009.
- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación primaria. Guía para docentes de 1º, 2º y 3º, Secretaria de educación Pública. México, 2009.
- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación primaria. Guía para docentes de 4º, 5º y 6º, Secretaria de educación Pública. México. 2009.
- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica Manual para el/la docente de primaria. México, 2009
- AGUIRRE VÁZQUEZ, José (Coordinador) y otros: Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica Manual para el/la docente de Secundaria. México, 2009.
- ALONSO SANZ, Carlos; SALVADOR LLIVINA, Teresa y SUELVES JOANXICH, Josep M<sup>a</sup>: Glosario Sobre Prevención del Abuso de Drogas, CEPS. España. 2004.
- ALTARRIBA, Francesc Xavier; BASCONES, Andrés y PEÑA, Jacobo: Adolescencia y Alcohol Guía para el docentado. 2005
- ALTARRIBA, Francesc Xavier; BASCONES, Andrés y PEÑA, Jacobo: El triángulo de la adolescencia ¿Cómo debemos hablar con nuestros hijos? 2005.
- ANDER-EGG, Ezequiel: "El taller una alternativa de renovación pedagógica";

- Ed. Magisterio de la Plata; 2da ed.; Argentina; 1992.
- ARANDA, Flavia; DIAZ Juan Francisco; GONZÁLEZ, Miguel; GONZÁLEZ, Roberto; HERNÁNDEZ, Ma. Mercedes; RUBLUO Arturo; y otros: Antología Prevención de Adicciones. España. 2011.
  - ARBEX SÁNCHEZ, Carmen: "Guía de intervención: Menores y consumos de drogas", Madrid, España, 2002.
  - Ayuntamiento de Zaragoza: Guía de Información sobre Drogas ¿Qué sabemos? - ¿Qué tenemos?, 2004.
  - BECOÑA IGLESIAS, Elisardo y CORTÉS TOMÁS, Maite (Coordinadores): "Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación", España, 2010.
  - BECOÑA IGLESIAS, Elisardo: Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Madrid-España. 2002.
  - BRANDEN, Nathaniel: El poder de la autoestima. Barcelona-España: Paidós. 1997.
  - BUXARRAIS, M<sup>a</sup> Rosa; CASALS, Ester y MOLINA, M<sup>a</sup> Cruz: Adolescencia y Alcohol Hablemos del Alcohol guía para el alumnado. España. 2009.
  - CEDRO (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas): Forjadores. Guía para trabajar con padres de familia, Lima-Perú. 1998.
  - CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) de la Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM): "Las escuelas de educación frente al fenómeno de las drogas en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.; Buenos Aires, Argentina, 2009.
  - CICAD/OEA, "Informe sobre el Consumo de las Drogas en las Américas, 2011", Washington, D.C., 2012.
  - CIEC. "Curso de formación en línea prevención del consumo de drogas y otros riesgos psicosociales en el ámbito escolar. Módulos del I al VII" La Paz – Bolivia, 2010.
  - COMAS, Domingo (Director); AGUINAGA, Josune, RIZO, Francisco Andrés; ESPINOSA, Ángeles; OCHAITA, Esperanza: Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos. 2003.
  - CONALTID: "Plan Nacional de reducción de la demanda de drogas en Bolivia 2013 – 2017", 2013.
  - CONALTID: "Estudio de prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia – 2007", La Paz-Bolivia, 2008.
  - CONDE FLORES, Silvia: "Programa Escuela Segura. Aprendo a elegir bien para desarrollarme mejor. Guía para alumnos de 5° y 6° de primaria". México, 2010.
  - CONDE FLORES, Silvia: "Programa Escuela Segura. Construyo mi vida con paso seguro. Guía para alumnos de secundaria". México, 2009.
  - CONDE FLORES, Silvia: "Programa Escuela Segura. El liderazgo directivo en la gestión participativa de la seguridad escolar. Guía para directores". Secretaria de educación Pública. México, 2009.
  - CONDE FLORES, Silvia: Programa Escuela Segura. Me valoro y aprendo a cuidarme, Guía para alumnos de 3° y 4° de primaria., México, 2010.
  - DIVISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL: Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. Santiago de Chile. 2001.
  - ESCOHOTADO, Antonio: "Historia general de las drogas", España, 2008.
  - FLORES, Roberto: "Directorio de centros de tratamiento, rehabilitación y comunidades terapéuticas en Bolivia", Financiado por la NAS y la Fundación SEAMOS, 2010.
  - FUNDACIÓN "LA CAIXA": Hablemos de drogas Una realidad que debe tratarse en familia. 2007.
  - FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (FAD): Guía de Prevención Escolar de la drogodependencia. Madrid-España. 1998.
  - FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (FAD): Guía para mediadores juveniles. Madrid-España. 1998.
  - FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (FAD): PIPES-Plan Integral de Prevención Escolar. Madrid-España. 1997.



- FUNDACION KELLOG: Habilidades de Organización Personal y Social. Lima-Perú. 1999.
- GARCÍA-RODRIGUEZ, José A. y RUIZ F. Javier (Compiladores): Tratado sobre prevención de las drogodependencias. Madrid-España. Fundación de ayuda contra la drogadicción FAD, Gobierno Vasco. EDEX Kolektiboa. 1993.
- GÓMEZ FAVILA, Lucía Cecilia: Material de apoyo para los/las maestros en prevención de adicciones, Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2008.
- IBARROLA, Begoña: Cómo educar las emociones de nuestros hijos. España. 2011
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas: "Informe 2011".
- MARTÍN, Yolanda Nieves: "Entre Dos Tierras, Metodología y desarrollo de programas de prevención selectiva con menores. Un estudio realizado por la Fundación Atenea", España; 2013.
- MEGÍAS VALENZUELA, Eusebio (coordinador) y otros: Hijos y padres: comunicación y conflictos. 2003.
- MEJÍAS QUIROZ, Ignacio; RODRIGUEZ, Elena: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias Psicoactivas. 2005.
- MERUVIA VALDERRAMA, FANOR "Historia de la coca" 2000.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA: Currículo del Subsistema de Educación Regular. 2011.
- Ministerio de Educación y UNODC: "Promoción de Estilos de vida saludable para secundaria". Peru. 2005.
- Ministerio de Protección social Atención Integral En Farmacodependencia, República de Colombia. 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía sobre drogas. Plan Nacional sobre Drogas, España. 2007.
- MONTOYA CASTILLA, Inmaculada y MUÑOZ IRANZO, Inmaculada de Requena: Habilidades para la vida, Compartim, España, 2009.
- NIDA: "Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescente. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad". (versión abreviada), 2da edición. EE.UU. 2004.
- NIDA: Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. EE.UU. 2004.
- NIDA: La ciencia de la adicción, las drogas, cerebro y el comportamiento. 2008.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): "Manual de Educación preventiva del uso indebido de drogas", La Paz-Bolivia, 2008.
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito: Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento. Viena Nueva York, 2002.
- PAPALIA, Diane E. Y WENDKOS O., Sally. (1993); Desarrollo Humano (Cuarta Edición). Santa Fe de Bogotá-Colombia, McGraw-Hill. 1993.
- PIERRI, Gustavo: Familia y drogodependencia, 2001.
- Programa Educativo de Prevención Escolar. Cuaderno de Actividades para la Educación Primaria. Del Primer al Sexto Grado. Elaborado por la FAD. 2004.
- Programa educativo de prevención escolar. Material para el mediador-facilitador familiar. El tiempo libre y la cohesión Familiar. Elaborado por la FAD, 2004.
- Programa educativo de prevención escolar. Material para el mediador-facilitador familiar. El tiempo libre y la cohesión Familiar. Elaborado por la FAD, 2004.
- RODRIGUEZ Alicia: Manual Preventivo, Ed. Mitre.1985.
- RODRIGUEZ SALCEDO, Vicente: Manual para la prevención del consumo de drogas DEVIDA, Proyecto de prevención del consumo de drogas en la formación profesional. Perú. 2006.
- RUIZ, Jorge: Manual Básico de Adicciones, Argentina. 2003.

- UNODC: "Informe mundial sobre las drogas 2012".
- UNODC: "Informe mundial sobre las drogas 2013".
- UNODC: "Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas" 2013.
- UNODC Colombia: La prevención en manos de las y los jóvenes herramientas pedagógicas en prevención del consumo de drogas psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles. 2010.
- UNODC: "Informe mundial sobre las drogas". 2008.
- UNODC: "Programa País para Bolivia (2010-2015)", La Paz-Bolivia, 2010.
- UNODC: "Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. Examen de alto nivel por la Comisión de Estupefacientes", 13-14 de marzo de 2014.

## ANEXOS

ANEXO 1: EFECTOS, CONSECUENCIAS E INDICADORES DE IDENTIFICACIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS<sup>42</sup>

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Alcohol	Es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural y la que más problemas sociales y de salud genera (accidentes de tránsito, violencia, maltrato, problemas de salud). El etanol alcohol etílico o simplemente alcohol, es un líquido incoloro e inhalable. Se produce en la fermentación de los azúcares de los jugos o zumos de diversas plantas o de sus frutos.	Vía oral. Se bebe.	Depresor.	Desinhibe. Euforia inicial. Relaja. Disminuye el dolor de la ansiedad. Provocan descoordinación y torpeza motora. Altera la atención y el rendimiento intelectual. Confusión.	Alteraciones en el aparato digestivo (inflamaciones, úlceras, gastritis). Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos. Alteraciones en el aparato circulatorio (infartos, arteriosclerosis). Alteraciones mentales (demencia, delirio, alucinaciones). Dificultad para hablar. Impotencia sexual.	Frecuenta lugares donde venden licor como bares o cantinas. Concorre frecuentemente a reuniones sociales. Tiene fuerte olor a licor en su aliento y ropa. Presenta desórdenes estomacales y en su apetito. Se muestra irritable. Tiene conductas violentas. Usa lenguaje vulgar, Se le enrojece la nariz.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Tabaco	El tabaco es la planta cuyo ingrediente activo es la "nicotina". Se presenta en forma de: cigarrillo, cigarros, puros, rapé, tabaco de mascar, entre otros.	Vía oral. Se fuma.	Estimulante.	Estimula y favorece el estado de alerta. Sensación de calma, puede funcionar como un hábito tranquilizador.	Bronquitis crónica. Enfisema pulmonar. Cáncer de pulmón. Hipertensión arterial. Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio). Úlcera gastrointestinal. Gastritis crónica. Cáncer de renal o de vías urinarias, laringe, o bucofaringeo. Impotencia sexual.	Tiene con frecuencia un cigarrillo encendido. Despide un fuerte olor a cigarrillo en ropa y cuerpo. Dientes amarillos. Poco apetito para las comidas. Se muestra irritable. Dedos y yemas de color amarillo. Tos y ronquera, mal aliento.

42 Manual para la prevención del consumo de drogas DEVIDA, Proyecto de prevención del consumo de drogas en la formación profesional. 2006

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Mariguana	La marihuana es una mezcla de hojas, tallos, semillas y flores secas cortadas en trocitos de la planta Cannabis Sativa, y puede ser de color verde, café o gris. El principal ingrediente activo en la marihuana es el THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Además, la planta de la marihuana contiene otras 400 sustancias químicas adicionales.	Vía oral, Se fuma. A veces se come.	Alucinógenos, estimulantes.	Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo. Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular. Taquicardia e hipertensión arterial. Sequedad de boca. Percepción distorsionada Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos. Dificultades para pensar y solucionar problemas. Dificultad de coordinación.	Déficit al nivel de memoria y concentración. Alteraciones perceptivas. Disminución del interés y la motivación (síndrome amotivacional). Reducción del impulso sexual. Hipoglucemia Deterioro, neurológico. Locura por intoxicación. Peores resultados académicos. Abandono prematuro de los estudios. Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.	Cuando encontramos oculta entre las pertenencias algunas hierbas, colillas de cigarro. Regresa a altas horas de la noche con olor a hierba quemada. Cambia de comportamiento. Conjuntiva enrojecida, dilatación pupilar, uso de anteojos oscuros. Aumento del apetito, ingestión de alimentos ricos en azúcares. Bebe líquidos frecuentemente. Pierde la motivación para realizar sus actividades diarias. Papelitos delgados recortados, hojas de Biblia. Yemas de los dedos de las manos irritadas, quemadas.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Pasta Básica de Cocaína.	Es un polvo blanco amarillento pálido, de consistencia pastosa pegajoso como yeso húmedo. Se prepara en laboratorios denominados "cocinas" en donde se macera la hoja de coca conjuntamente con agua, kerosene, gasolina o benceno, ácido sulfúrico clorhídrico, carbonato de calcio, soda caustica, cemento lejía.	Vía oral. Se fuma, mezclada con tabaco de cigarrillo preferentemente negro ("tabacazo") o mezclado con marihuana en cigarrillos ("mixtos").	Estimulante.	Momentáneo aumento de la capacidad física. Agitación y euforia seguida de tensión e irritabilidad. Aumento del estado de alerta, seguida de depresión física y mental. Anhedonia Sudoración, escalofríos, temblor incontrolable y palidez. Náuseas, vómitos, sed intensa. Rigidez muscular generalizada, pesadez en los miembros. Insensibilidad al dolor e infatigabilidad. Deseo de evacuar el intestino. Pérdida de la percepción del tiempo y la distancia.	Apatía e irritabilidad con disminución de la actividad. Conducta agresiva. Insomnio. Tuberculosis. Trastornos directivos, pérdida de peso, anemia. Irritación de la garganta y fosas nasales. Mala dentición. Erupciones en la piel. Cabello maltratado. Delirios de persecución (paranoia), con contenidos de daño, muerte e infidelidad. Psicosis.	Se le encuentra entre sus pertenencias de manera oculta algunos sobrecitos de polvo parecido a la harina. Filtros de cigarrillos sin uso. Palitos de fósforo quebrados. Regresa a casa a altas horas de la noche y se levanta muy tarde. Cambia de comportamiento. Se muestra violento. Frecuenta otras compañías. Gasta el dinero sin saberse en que lo emplea. Se empiezan a perder cosas de la casa.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Clorhidrato de Cocaína	La cocaína es un alcaloide extraído de la <i>irritoxillum Coca</i> , arbusto originario de Perú y Bolivia. La presentación más común de la cocaína es el clorhidrato de cocaína, el cual es un polvo fino de color blanco, cristalino soluble en el agua.	Vía nasal. Se aspira. Algunas veces vía intravenosa (se diluye en agua y se inyecta).	Estimulantes.	Estimula, excitación acentuada, locuacidad. Desinhibición, aumenta la seguridad subjetiva y produce vivencias de bienestar. Disminuye la fatiga, el sueño y el apetito. Hiperactividad. Puede provocar agitación, impulsividad y agresividad. Ansiedad. Aumento de la presión sanguínea y pulsaciones del corazón.	Alteraciones cardiocirculatorias (infartos, hipertensión, hemorragias cerebrales). Delirios. Agitación. Insomnio. Irritabilidad. Depresión, coma efecto posterior a su consumo. Lesiones locales de la mucosa nasal. Muerte por sobredosis.	Movimiento robótico, tics y temblores que imitan a la aspiración de la cocaína. Garraspera permanente. Hálito licor sin estar embriagado. Porta entre sus pertenencias cucharitas muy pequeñas, sorbetes, tarjetas, billetes enrollados que asemejen un sorbete. Sangrado nasal sin causa aparente. Inquieto.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Inhalables	Sustancias químicas volátiles con diversas aplicaciones industriales o domésticas. En nuestro país los productos que se utilizan para inhalar tenemos el pegamento industrial (clefa), la gasolina, el thinner, entre otros.	Vía nasal-bucal. Se inhala. Se vierte el producto en una bolsa de plástico o papel, y, ajustando el orificio en la boca y nariz se inhalan los vapores que se desprenden.	Depresor, produciendo una sensación de euforia inicial.	Estado de euforia, seguido de un estado depresivo. Pérdida de la inhibición. Confusión, desorientación. Ataxia, incapacidad de marchar en forma estable, falta de coordinación. Ocasionales alucinaciones visuales y auditivas. Trastorno de conducta, comportamiento violento. Náusea, vómitos, lagrimeos. Somnolencia, mareo, dolor de cabeza. Irritación de ojos y nariz.	Daño cerebral. Palidez y fatiga permanente. Disminución de la concentración y memoria. Conducta agresiva. Cirrosis hepática. Insuficiencia renal crónica. Afecciones en el sistema respiratorio, edema pulmonar, espasmos bronquiales. Afecciones cardíacas. Trastornos neurológicos. Sordera. Reducción del tono y fuerza muscular. Muerte por intoxicación.	Se le notan los ojos y la nariz irritados. Se muestra vi lento. Se le observa pegamento en las fosas nasales y ropa. Tiene aliento fétido. Entre sus pertenencias se le encuentran bolsas plásticas y/o de papel.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Psicofármacos Estimulantes.	Capsulas, comprimidas o ampollas inyectables. Anfetaminas.	Vía oral (se traga) e intravenosa.	Estimulante.	Estimula, aumenta la energía. Excitación, euforia, verborrea. Sensación de autoestima elevada. Quitar el sueño, alerta y vigilan constantes, Disminuyen la sensación de fatiga y sueño. Incremento de la presión arterial, Contracción de la mandíbula.	Delirios de persecución y alucinaciones. Depresión reactiva. Insomnio. Irritabilidad. Hipertensión, arritmia, taquicardia. Infarto. Trastornos digestivos.	Se muestra constantemente irritable. Cambia su comportamiento. Padece de insomnios. Pierde el apetito. Bebe gran cantidad de líquido, por la sequedad que produce en la boca.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Psicofármacos Depresores	Capsulas, comprimidos ampollas inyectables. Barbitúricos, benzodiazepinas, tranquilizantes, hipnóticos.	Vía oral (se traga) e intravenosa.	Depresor.	Sensación de tranquilidad, Calman la excitación nerviosa. Relajamiento muscular y somnolencia. Disminuyen los reflejos. Enlentecimiento respiratorio. Descoordinación motora. Dificultad en el habla. En algunos casos produce desinhibición, locuacidad, excitabilidad y hasta agresividad	Alteraciones neurológicas, temblores, vértigo. Irritabilidad. Depresión. Deterioro psicológico general. Disminución de la comprensión y de la memoria. Anemia. Hepatitis.	Cambia su comportamiento, se muestra constantemente irritable. Aumento de la ansiedad. Insomnio. Dolor de cabeza y tensión muscular frecuente. Temblor y palpitaciones.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Éxtasis	Droga sintetizada o droga de diseño. Se presenta en forma de polvo blanco cristalino, comprendidos o tabletas. Pueden ser de distintas formas, tamaños y colores, sobre su superficie se graban diversos dibujos que sirven como elemento de identificación.	Vía oral (se traga).	Estimulante.	Estimulan. Disminuyen el sueño y el cansancio. Desinhiben, proporcionan vivencia de fácil contacto interpersonal. Sensación de euforia. Mejora el rendimiento, aumenta la percepción visual, auditiva y táctil. Sentimiento emocional placentero. Pérdida sobre el control de uno mismo. Deshidratación. Quita el deseo de beber alcohol. Contracción de la mandíbula, vértigo.	Crisis de ansiedad, pánico. Depresión luego del consumo. Insomnio. Alteraciones psicoactiva, delirios. Déficit al nivel de memoria y concentración. Hipertermia (riesgo de shock: golpe de calor). Trombosis e infartos cerebrales. Insuficiencia renal. Insuficiencia hepática.	Cambio en el comportamiento, irritabilidad. Comportamiento desorganizado. Dolor de cabeza frecuente. Dolor muscular y fatiga. Bebe gran cantidad de agua. Problemas de concentración.

Tipo de droga	Descripción	Forma de administración	Acción sobre el SNC	Efectos	Consecuencias de su uso	Indicios de consumo
Heroína	Opiáceo, polvo cristalino de color blanco como la harina, tan fino que desaparece al frotarse sobre la piel o marrón como el azúcar rubia cuando es impura y barata.	Vía intravenosa es la más común. También se fuma e inhala.	Depresor.	Sedación y cierta euforia. Sensación de bien estar, placer. Analgésia (insensibilidad al dolor). Reduce la ansiedad. Induce al sueño. Disminuye el estado de alerta y el funcionamiento mental. Disminución de la temperatura corporal. Sequedad en la boca. Miosis (disminución del tamaño de la pupila). Contracción de la mandíbula, temblores.	Inhibición del apetito. Estreñimiento. Hipotensión (Baja de la presión arterial). Alteraciones en el sistema nervioso, Déficit a nivel de memoria y concentración. Trastornos de ansiedad y depresión. Alteraciones en el metabolismo. Patologías ginecológicas. Inhibición del deseo sexual. Infecciones diversas.	Adelgazamiento Apatía, bostezos. Caries. Insomnio. Dolor muscular. Náusea, vómitos, diarrea frecuente. Brazos pinchados por las agujas. Entre sus pertenencias se encuentran jeringas, agujas hipodérmicas, algodón, ligas.

## ANEXO 2: MITOS Y REALIDADES DEL CONSUMO DE DROGAS

### Sobre el consumo de las drogas en general:

<p><b>MITO 1:</b> Cuando se es joven no se puede caer en la adicción.</p> <p><b>¡FALSO!</b> La adicción puede surgir a cualquier edad. Hasta antes de nacer la persona puede ser adicta si su madre consume drogas.</p>
<p><b>MITO 2:</b> Puedes parar el uso de drogas en cualquier momento.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Dejar de usar drogas no es fácil. Cuando tratas de dejarlas te sientes mal, haciéndote creer que necesitas usar más droga. Si te mantienes alrededor de la gente que usa drogas es aún más difícil dejarlas.</p>
<p><b>MITO 3:</b> Sólo una vez... no me pasará nada.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Detrás de una adicción siempre hay una primera vez. Tener la primera experiencia es ponerse en situación de riesgo, pues los efectos de las drogas sobre el Sistema Nervioso Central pueden causar sensaciones aparentemente placenteras que, vividas en una persona de baja autoestima, que no tiene suficiente autocontrol, que está deprimida o se siente sola, puede conducir a repetir la experiencia hasta llegar a la dependencia.</p>
<p><b>MITO 4:</b> Tienes que haber utilizado las drogas por mucho tiempo para que empiecen a causar problemas en tu cuerpo o en tu cerebro.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Las drogas pueden hacer que el cerebro mande señales equivocadas a tu cuerpo, lo cual te puede llevar a dejar de respirar, a tener un ataque al corazón. Esto puede pasar incluso la primera vez que se utilizan ciertas drogas.</p>
<p><b>MITO 5:</b> Las drogas ayudan a aliviar el estrés y ayudan a sobrellevar los problemas.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Las drogas sólo hacen que las personas se olviden y no le den importancia a sus problemas temporalmente. Cuando el efecto de la droga desaparece los problemas siguen.</p>
<p><b>MITO 6:</b> Un adicto puede usar, consumir y dejar las drogas cuando quiera.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Cuando la persona se hace dependiente a las drogas, necesita ayuda y apoyo psicológico y en ocasiones médica, para poder dejar las drogas. Claro está que esto es sujeto al tipo de droga que haya producido la dependencia, la frecuencia y cantidad de droga consumida y la vía de administración.</p>
<p><b>MITO 7:</b> Las drogas enloquecen a las personas.</p> <p><b>¡RELATIVO!</b> Depende de la predisposición de la persona, su tolerancia y del tipo de droga que consume. Existen personas con una predisposición a desarrollar en algún momento de su vida un trastorno mental, en estos casos el consumir drogas aumenta la probabilidad de que éste se presente.</p>
<p><b>MITO 8:</b> Las drogas motivan la creatividad.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Las drogas por si solas, jamás otorgan habilidades que no existan de manera natural en las personas, seguramente los artistas que las han utilizado habrían creado las mismas obras de arte sin necesidad de consumir drogas.</p>
<p><b>MITO 9:</b> Las drogas aumentan la potencia sexual.</p> <p><b>¡FALSO!</b> Las drogas lo único que hacen es que el consumidor pierda sus inhibiciones y se muestre más "accesible" para el acto sexual, pero la capacidad sexual no se modifica. El otro efecto engañoso es sentir que el tiempo pasa más lento, por lo que un coito de cinco minutos puede ser percibido como más prolongado en el tiempo.</p>



<b>MITO 10:</b> Las drogas mejoran el desempeño académico.
<b>¡FALSO!</b> El ingerir drogas antes de estudiar permite sentir menos el cansancio, pero eso sólo dura unas horas, después el organismo está agotado y ya no responde.
<b>MITO 11:</b> La familia es la única responsable del problema del consumo de drogas.
<b>¡FALSO!</b> La responsabilidad es de todos; aun cuando la familia tiene un rol muy importante, son múltiples las causas asociadas a las drogas, en sí misma, al individuo, la escuela, la comunidad y la sociedad en general.
<b>MITO 12:</b> Si consumo drogas, es mi problema, no el de ustedes.
<b>¡FALSO!</b> Por cada persona que sufre una adicción, hay una familia, un grupo de amigos, un colegio y un barrio que de una u otra manera sufren las consecuencias de la adicción. A diferencia de otras enfermedades, la adicción a sustancias no solo compromete a la salud personal sino también a la salud familiar y social.
<b>MITO 13:</b> Sólo la gente pobre consume drogas.
<b>¡FALSO!</b> En todas las clases sociales se consume, lo que varía es el tipo de droga consumida, porque mientras mayor capacidad económica se tenga, se pueden adquirir drogas más costosas.
<b>MITO 14:</b> Todo consumidor de drogas se convierte en un delincuente.
<b>¡FALSO!</b> Algunos consumidores participan en actos delictivos, pero no todos.
<b>MITO 15:</b> Los drogadictos son delincuentes, debernos sancionarlos.
<b>¡FALSO!</b> Actualmente se considera a la persona adicta como enferma, por lo cual el énfasis está en rehabilitarla. Lo que ocurre es que en la etapa crónica de la enfermedad, la búsqueda vehemente de droga para aliviar el síndrome de abstinencia, por lo general lleva a personas a delinquir a fin de proveerse la sustancia.
<b>MITO 16:</b> Las pastillas para dormir pueden comprarse en las farmacias o ser recetadas por el personal médico para tratar cualquier problema, por lo tanto, el uso de pastillas no puede ser tan malo.
<b>¡RELATIVO!</b> Existen diversos tipos de pastillas. Las que son recetadas sólo pueden ser usadas bajo su prescripción y por el tiempo que el especialista considere necesario, no se pueden tomar en cualquier momento.
<b>MITO 17:</b> Es mejor no hablar de drogas, ya que puede estimular el consumo.
<b>¡FALSO!</b> Todos nos relacionamos de alguna manera con las drogas, ya sea porque nos ofrecen o porque un amigo o un familiar las consumen. Por lo tanto, es pertinente hablar sobre el tema, informarse y estar preparado para saber qué hacer y qué decir frente a la presión del medio. En tal sentido, padres, docentes y adultos en general pueden y deben apoyar tanto a niños como a jóvenes a enfrentar el problema y ayudarlos a encontrar respuestas para tomar decisiones.
<b>MITO 18:</b> Una droga produce los mismos efectos en todas las personas
<b>¡FALSO!</b> Los efectos de las drogas y sus consecuencias están determinadas por tres aspectos: la droga misma, la persona que la consume y el contexto en que se consume. Los tres factores combinados hacen que cada persona reaccione de manera distinta a las diferentes drogas.

## Del consumo de alcohol:

<p><b>MITO 1:</b> Si se toma café se pasa la borrachera.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> El café no ayuda al consumidor a desintoxicarse, es preciso esperar que el cuerpo elimine el alcohol.</p>
<p><b>MITO 2:</b> El alcohol y el cigarrillo no son drogas.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Si, son drogas y con un alto poder adictivo, lo que ocurre es que al considerarlas drogas legales, y ser socialmente aceptadas se subvaloran los daños que ocasionan y sus consecuencias.</p>
<p><b>MITO 3:</b> El alcohol quita el frío.</p>
<p><b>¡RELATIVO!</b> Al tomar alcohol los vasos capilares se dilatan, y esto permite que pase más sangre a la superficie corporal produciendo calor, pero posteriormente se contraen por lo que el calor sale y sentimos de nuevo frío, por lo cual para aliviar el frío es preferible usar un abrigo.</p>
<p><b>MITO 4:</b> Tomar licor ayuda a tener éxito con las mujeres.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> El éxito de una relación está determinado por la personalidad, la capacidad para relacionarse, los valores, gustos e intereses, el conocimiento de sí mismo y el manejo de las emociones, entre otras.</p>
<p><b>MITO 5:</b> El alcohol afecta el modo de ser de una persona.</p>
<p><b>¡CIERTO!</b> Como toda droga el alcohol afecta al Sistema Nervioso Central, lo cual repercute en la forma de ser y actuar.</p>
<p><b>MITO 6:</b> El alcohol purifica la sangre.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Por el contrario, puede producir una intoxicación aguda.</p>
<p><b>MITO 7:</b> El buen vino y el buen ron no hacen daño.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Ambos contienen alcohol. Los daños que causan dependen de la cantidad de alcohol que ingresa a la sangre. Pero el vino y el ron de dudosa calidad, además de alcohol, contienen otras sustancias tóxicas por lo que los daños que ocasionan son mucho mayores.</p>
<p><b>MITO 8:</b> Una fiesta sin tragos no es divertida.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> La división no depende del uso del alcohol. Podemos pasarla bien sin necesidad de recurrir al uso del alcohol.</p>
<p><b>MITO 9:</b> El alcohol es un alimento.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.</p>
<p><b>MITO 10:</b> El alcohol estimula el apetito.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Esta idea, tan extendida en otros tiempos, llegó incluso a provocar la producción de bebidas alcohólicas destinadas a combatir la pérdida de apetito de enfermos convalecientes, ancianos e incluso niños. El alcohol, en ayunas, lo que origina es un aumento de la secreción de jugos gástricos que pueden producir la sensación de hambre, pero existen múltiples productos de probada eficacia para estimular el apetito sin los problemas asociados al consumo de alcohol abusivo y con frecuencia.</p>

## Sobre el consumo de tabaco:

<p><b>MITO 1:</b> El tabaco (cigarrillo) no produce adicción.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> La nicotina es la principal sustancia química del tabaco, que afecta al sistema nervioso y es una de las drogas con mayor poder adictivo. La dependencia se manifiesta a través del síndrome de abstinencia que se presenta al cesar el consumo: deseo urgente de fumar, irritabilidad, insomnio o somnolencia, ansiedad, etc.</p>
<p><b>MITO 2:</b> Si fumo, soy más maduro (a).</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Aún cuando culturalmente se promueva esta falsa creencia, el fumar no hace a la persona más madura. Lo que ocurre es que como el fumar se asocia con el adulto, los adolescentes imitan el comportamiento del fumador.</p>
<p><b>MITO 4:</b> Fumar cigarrillo es relajante.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> El cigarrillo acelera el ritmo del corazón, la presión sanguínea aumenta cuando la persona se hace dependiente, el fumar, momentáneamente te disminuye la sensación de irritabilidad causada en parte por la abstinencia de la nicotina, sin embargo, al breve tiempo de nuevo aparece la excitabilidad producida por la necesidad de consumir.</p>
<p><b>MITO 4:</b> Yo fumo poco, casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Las sustancias tóxicas del cigarrillo se encuentran en el humo. De modo que aunque no se fume directamente, se está inhalando nicotina y otras sustancias tóxicas del ambiente, con el agravante de que el humo que se desprende de la porción final de cigarrillo contiene mayor cantidad de sustancias tóxicas.</p>
<p><b>MITO 5:</b> El humo sólo afecta al fumador activo.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Las sustancias tóxicas del tabaco se encuentran en el humo, por lo tanto sea que se consuma directamente o del ambiente por la respiración, al ingresar a los pulmones actúan negativamente sobre los mismos.</p>
<p><b>MITO 6:</b> El tabaco no hace daño al feto.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> Cuando la madre embarazada fuma un cigarrillo, produce de inmediato un aumento en la frecuencia cardíaca del feto de 130 a 180 latidos por minuto. Además el aborto, el parto prematuro y el nacimiento de bebés con bajo peso, son riesgos comprobados.</p>
<p><b>MITO 7:</b> No a todos los fumadores les da cáncer.</p>
<p><b>¡FALSO!</b> La Organización Mundial de la Salud, afirma que el riesgo de cáncer de pulmón se multiplica por 25 a 30 veces entre la población de fumadores. Está comprobado el altísimo porcentaje de fumadores que adquieren cáncer de laringe. Fumar pensando "a mí no me va a pasar" es como jugar a la ruleta rusa.</p>
<p><b>MITO 8:</b> Si se deja de fumar, se engorda siempre.</p>
<p><b>¡RELATIVO!</b> Este mito es utilizado con frecuencia para no dejar de fumar. Los estudios indican que cuando se deja de fumar, algunos individuos aumentan de peso; otros bajan y hay quienes lo mantienen. En algunas personas la falta de nicotina produce cambios metabólicos, pero estos efectos son menores. Cuando un ex fumador engorda es porque ha sustituido el acto de fumar por el de comer en exceso. Una alimentación adecuada y ejercicio moderado pueden ser de ayuda y existen además técnicas eficaces para este problema.</p>

## Sobre el consumo de marihuana:

<b>MITO 1:</b> La marihuana no daña tanto el cuerpo como el cigarrillo.
<b>¡FALSO!</b> La marihuana tiene más productos químicos que causan cáncer al igual que el cigarrillo.
<b>MITO 2:</b> La marihuana no causa efectos al dejar de usarla.
<b>¡FALSO!</b> La marihuana causa dependencia. Al dejar de usarla se producen náuseas, diarrea, insomnio e irritabilidad.
<b>MITO 3:</b> La marihuana es menos dañina que el alcohol.
<b>¡FALSO!</b> Sólo si una mordedura de tigre es considerada peor que una de león.
<b>MITO 4:</b> La marihuana de ahora es menos dañina que la de hace años atrás.
<b>¡FALSO!</b> La evolución de la agricultura demuestra que la potencia de la marihuana ha aumentado; además lleva agregado mucho herbicidas.
<b>MITO 5:</b> La marihuana no lleva a usar otras drogas.
<b>¡FALSO!</b> Todos los estudios indican que la marihuana utilizada en edades tempranas, predispone a utilizar otras drogas.
<b>MITO 6:</b> La marihuana aumenta la potencia sexual.
<b>¡FALSO!</b> Al contrario, la impotencia es un problema entre los hombres que usan la marihuana.
<b>MITO 7:</b> La marihuana abre la mente.
<b>¡FALSO!</b> La marihuana enturbia la mente e interfiere con la memoria y con el proceso de tomar decisiones.
<b>MITO 8:</b> La marihuana alivia el estrés.
<b>¡FALSO!</b> La marihuana sólo posterga lo inevitable y puede causar depresión.
<b>MITO 9:</b> La marihuana es natural y por eso no hace daño.
<b>¡FALSO!</b> La marihuana es dañina, el nivel de daño depende de las características físicas y psicológicas del consumidor y el patrón de consumo. Se ha encontrado que el uso prolongado de esta droga produce el síndrome amotivacional, donde la persona pierde interés por las actividades diarias, sus gustos, valores inclinaciones vocacionales y las relaciones sociales significativas, se vuelve apático. Se presentan trastornos de concentración y memoria y es muy fácil tener un accidente automovilístico porque se altera la percepción del tiempo y del espacio.
<b>MITO 10:</b> Con la marihuana las personas aprenden más rápido.
<b>¡FALSO!</b> Lo que ocurre es que esta droga altera la percepción de la realidad y la persona cree que está aprendiendo más rápido. La marihuana limita el proceso de aprendizaje al producir problemas de concentración y memoria.
<b>MITO 11:</b> Los jóvenes consumen marihuana porque está prohibido: si se legalizara se consumiría menos.
<b>¡FALSO!</b> Las drogas que más se consumen entre los jóvenes son el alcohol y el tabaco, y éstas son legales. Además, en el consumo, más que la prohibición, influye la facilidad para conseguir la sustancia y el grado de aceptación social de la misma.
<b>MITO 12:</b> Si fumas marihuana durante el fin de semana, no tendrás ningún problema en funcionar adecuadamente en el centro de estudios el día lunes.
<b>¡FALSO!</b> Los efectos de la marihuana pueden durar hasta tres días, disminuyendo la memoria, la coordinación y los reflejos.

## ANEXO 3: INSTITUCIONES DE APOYO PARA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN EN BOLIVIA

### LA PAZ

#### **Asociación Comunidad Papa Juan XXII "Comunidad Terapéutica Santa Aquilina"**

Email: brusalorella@gmail.com  
 Página Web: www.apg23.org  
 Teléfono: 2745445 - 79123672  
 Dirección: Zona Bajo Lipari, Avenida Bugarvilla N° 100  
 Población objetivo: Varones mayores de 18 años  
 Duración: Nueve meses promedio  
 Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
 Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

#### **Asociación Comunidad Papa Juan XXII "Hogar San Vicente"**

Email: sonkosua@latinmail.com  
 Página Web:  
 Teléfono: 2419552 - 79123672  
 Dirección: Zona Tembladerani, Calle 12 de Octubre s/n  
 Población objetivo: Varones mayores de 18 años  
 Duración: Nueve meses promedio  
 Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
 Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

#### **Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"**

Email: jruiz@hsjd.org  
 Página Web: www.hsjd.org  
 Teléfono: 2723464 - 2724887  
 Dirección: Zona Irapavi II, Calle Chicani N° 5  
 Población objetivo: Varones y mujeres mayores de 18 años  
 Duración: Nueve meses promedio  
 Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa)  
 Modelo: Hospitalario

#### **Fundación Alalay**

Email: proyectoalalay@hotmail.com  
 Página Web:  
 Teléfono: 2799042 - 72569820  
 Dirección: Zona Río Abajo, carretera frente a la gasolinera  
 Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 25 años en situación de calle y/o consumo de drogas  
 Duración: Indefinida  
 Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
 Modelo: Psicosocial educativo

#### **Fundación Arco Iris (Oficina central)**

Email: fundacion-arcoiris@entelnet.bo  
 Página Web:  
 Teléfono: 2230165 - 2238516  
 Dirección: Zona Villa Copacabana, Avenida Burgaleta N° 265  
 Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 25 años en situación de calle y/o consumo de drogas  
 Duración: Indefinida  
 Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
 Modelo: Psicosocial educativo

#### **Fundación Arco Iris Proyecto Calle "Casa de Paso"**

Email: fundacion-arcoiris@entelnet.bo  
 Página Web:  
 Teléfono: 2455441 - 72008853  
 Dirección: Zona San Sebastián, Calle Capitán Echeverría N° 265  
 Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 25 años en situación de calle y/o consumo de drogas  
 Duración: Acogida temporal  
 Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (consulta externa) y actividades de apoyo educativo  
 Modelo: Psicosocial educativo

#### **Fundación La Paz – Programa "Sarantañani Calle"**

Email: flpsocioeduca@redcotel.bo  
 Página Web:  
 Teléfono: 2286288  
 Dirección: Zona Central, Avenida Perú, esquina Independencia N° 153  
 Población objetivo: Niños y adolescentes varones de 7 a 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas  
 Duración: Doce meses promedio  
 Tipo de atención: Apoyo y tratamiento residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
 Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación Nuevo Día**

Email: fun-nuevodia@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 2460629  
Dirección: Zona Central, Calle Inca, pasaje Inca N° 190  
Población objetivo: Hombres y mujeres desde los 7 años adelante, trabajadores en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Acogida temporal  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (consulta externa) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Hospital de Psiquiatría Caja Nacional de Salud**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 2226840 -2222968  
Dirección: Zona Miraflores, Calle Villalobos N° 1447  
Población objetivo: Hombres y mujeres mayores de 18 años  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Hospitalario

### **Instituto Nacional de Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social e Investigación en Drogodependencias - INTRAID**

Email: intraid@bolivia.com  
Página Web:  
Teléfono: 2412391 -2141996  
Dirección: Zona Sopocachi, Calle Muñoz Cornejo, esquina Méndez Arcos N° 2702  
Población objetivo: Hombres y mujeres mayores de 18 años  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **KayaChildren Internacional**

Email: info@kayachildren.org  
Página Web: www.kayachildren.org  
Teléfono: 2714381  
Dirección: Zona Achumani, La Barqueta Calle 28 N° 24  
Población objetivo: Niños y adolescentes varones menores de 18 años, en situación de riesgo social  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Cuidado residencial y ambulatorio (externo) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Asociación Cristiana Benéfica REMAR – La Paz**

Email: remarbolivia@hotmail.com  
Página Web: www.remarbolivia.org  
Teléfono: 2312106  
Dirección: Zona Central, Calle Linares N° 1074  
Población objetivo: Varones y mujeres mayores de 18 años  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Centro Boliviano de Solidaridad Vida**

Email: terapia@centrovidabolivia.org  
Página Web: www.centrovidabolivia.org  
Teléfono: 2416702 - 2851852  
Dirección: Pueblo de Pucarani Calle 24 N° 80 Manzano 8, Zona el Kenko el Alto  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

## **EL ALTO**

### **AANAC – Iniciativa Maya Paya Kinsa**

Email: iniciativa@mayapayakimsa.org  
Página Web: www.mayapayakimsa.org  
Teléfono: 2826469  
Dirección: Villa Dolores, Calle 7 N° 750  
Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes menores de 25 años, en situación de calle.  
Duración:  
Tipo de atención:  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Asociación Movida Bolivia**

Email: movida-centrobolivia@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 2840545 - 71222101  
Dirección: Zona Anexo 16 de Julio N° 387  
Población objetivo: Niños, adolescentes y adultos varones de 7 a 40 años  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación, acciones de apoyo educativo)  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Centro Boliviano de Solidaridad Vida**

Email: terapia@centrovidabolivia.org  
Página Web: www.centrovidabolivia.org  
Teléfono: 2851852 - 2416702  
Dirección: Zona Kenko, Manzano 8 Calle 24 N° 80  
Población objetivo: Varones y mujeres de 18 años adelante  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **Comunidad Terapéutica "Fraternidad ENDA"**

Email: administracion@endaelalto.org  
Página Web: www.endaelalto.org  
Teléfono: 2811446 - 70532462  
Dirección: Villa Dolores, Plaza Juana Azurduy de Padilla Calle 8 N° 308  
Población objetivo: Niñas y adolescentes mujeres de 6 a 18 años, en situación de calles y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación), apoyo pedagógico (ambulatorio)  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación "MunasimKullakita"**

Email: munasimkullakita08@yahoo.es  
Página Web:  
Teléfono: 2843853 - 76550212  
Dirección: Zona Ferropetrol Calle La Plata N° 1324 (junto a la plaza Boris Banzer)  
Población objetivo: Mujeres adolescentes de 12 a 18 años, en situación de violencia sexual, comercial y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento de apoyo tipo residencial (internación), actividades de apoyo educativo y preventivo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Misión Adulam**

Email: finikej@gmail.com  
Página Web: www.misionadulam.org  
Teléfono: 2415378 - 70562825  
Dirección: Zona Alto Lima Calle Cochabamba N° 8655  
Población objetivo: Adolescentes mujeres y varones, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Doce meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento y apoyo residencial, actividades de apoyo educativo y preventivo  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **Misión Global Peniel**

Email: mision\_peniel\_2009@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 2850243 - 72528934  
Dirección: Zona El Kenko, Calle 3 N° 693 (Entre las Avenidas A y B)  
Población objetivo: Varones de 18 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento y apoyo residencial  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Por un Mundo Mejor**

Email: angelgoyzueta@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 2882129 - 70545238  
Dirección: Villa Mercedes entre Calles Pando y Beni N° 26  
Población objetivo: Hombres y mujeres hasta los 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo) con actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Proyecto Luz de Esperanza**

Email: luz\_esperanzabolivia@yahoo.es  
Página Web: www.luzdeesperanza.iespana.es  
Teléfono: 2864558 - 70667213  
Dirección: Zona Señor de Laguna, Avenida Brasil N° 1709, esquina Camacho  
Población objetivo: Hombres y mujeres hasta los 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Proyecto preventivo educativo "El Alto sin alcohol y drogas"**

Email: toditoelalsinalcohol@yahoo.es  
Página Web:  
Teléfono: 2811820 - 71978336  
Dirección: Zona Ferropetrol, Plaza Banzer Calle 7 N° 23  
Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo), terapia y actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Asociación Cristiana Benéfica REMAR - Rio Seco**

Email: remarbolivia@hotmail.com  
Página Web: www.remarbolivia.org  
Teléfono: 2864175 – 70534007 (2863424- 70686552)  
Dirección: Zona Rio Seco, Avenida Circunvalación N° 24101  
Población objetivo: Niñas y adolescentes mujeres hasta los 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Soforthilfe La Paz**

Email: soforthi@yahoo.com  
Página Web: www.soforthilfe-lapaz.org  
Teléfono: 2205160 - 70557612  
Dirección: Kenko – Zona Cupilupica, Calle Rio Ichilo N° 1065. Oficina central Juan de la Riva N° 1438  
Población objetivo: Hombres y mujeres de 6 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo) y actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

## **COCHABAMBA**

### **Asociación Cristiana Benéfica "REMAR" Cochabamba**

Teléfono: 47723038 - 70612157  
Email: pacoheredia07@hotmail.com  
Página Web: www.remarbolivia.org  
Dirección: Zona Quintanilla Km. 3 y medio, Calle J. Maldonado s/n. Carretera a Sacaba  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 7 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: tratamiento residencial (Internación)  
Modelo: Espiritual (cristiano)

### **Alianza Maya Paya Kimsa "GVC" – Grupo de Voluntariado Civil de Italia**

Teléfono: 4681490 - 70303455  
Email: martin@mayapayakimsa.org  
Página Web: www.mayapaykimsa.org  
Dirección: Avenida Oquendo N° 132, edificio EPRIM Oficina 7 (Entre Heroínas y Bolívar)  
Población objetivo: Instituciones que trabajan en rehabilitación del consumo de drogas  
Duración:  
Tipo de atención: Capacitación en abordaje y coordinación interinstitucional  
Modelo:

### **Asociación Uyurina Punto de Encuentro**

Email: u.deencuentro@gmail.com  
Teléfono: 4581395 - 70376074  
Dirección: Plazuela Esteban Arce N° 8706 (Acera oeste)  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 7 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Acercamiento a niños, niñas y adolescentes en situación de calle y/o consumo, acciones educativas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Centro Hermano Manolo**

Página Web: www.comunidadonce36blogspot.com  
Teléfono: 70718785  
Dirección: Estación de Trenes – La Cancha  
Población objetivo: Niños y adolescentes menores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Acercamiento en calle y acciones educativas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Centro de Investigación, Educación y Servicios "CIES"**

Email: ciescbba@cies.org.bo  
Página Web: www.cies.org.bo  
Teléfono: 4231670 - 4510545  
Dirección: Calle Uruguay N° 436 – Entre 25 de Mayo y San Martín  
Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de edad, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Realiza acciones educativas y preventivas en relación a enfermedades de transmisión sexual asociadas al consumo.  
Modelo: Psicosocial educativo



### **Fundación Amanecer Yaykuna**

Email: yaykuna@gmail.com  
Teléfono: 4254903 - 4500897  
Dirección: Avenida Aroma N° 0747  
Población objetivo: Niños y adolescentes de 8 a 16 años de edad, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo) y acciones educativas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación Estrellas en las Calles**

Email: estrellasenlascalles@hotmail.com  
Página Web: www.estrellasenlascalles.com  
Teléfono: 4503174 - 79739237  
Dirección: Calle 16 de Julio y Bolívar N° 211, Edificio El Solar  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 7 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo) y acciones educativas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación Alalay**

Página Web: www.alalay.org  
Teléfono: 4376531 - 70795190  
Dirección: Av. Blanco Galindo Km. 7 (pasarela Duralit) entrando una cuadra, primer callejón.  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 10 a 15 años, en situación de calle.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo) y acciones educativas y preventivas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación Amanecer**

Email: amanecer@supernet.com  
Página Web: www.amanecer-bolivia.org  
Teléfono: 4549585 - 74333535  
Dirección: Pasaje amanecer N° 945, entre calles 9 de abril y Litoral (Lado SERECO)  
Población objetivo: Niños y adolescentes varones de 6 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo) con acciones educativas y preventivas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios**

Email: sjdcoha@hjsd.org  
Página Web: www.hjsd.org  
Teléfono: 4268766 - 70764784  
Dirección: Avenida Blanco Galindo km. 8  
Población objetivo: Adultos, varones y mujeres mayores de 18 años en situación de consumo de drogas.  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa).  
Modelo: Hospitalario

### **Misión y Desafío Peniel**

Email: dabdoub39@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 4489747 - 72262674  
Dirección: Avenida Potosí N° 1633, entre Aniceto Padilla y Uyuni  
Población objetivo: Adolescentes varones mayores de 15 años en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación).  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Mosojyan Albergue de Restauración**

Email: info@mosojyan.org  
Página Web: www.mosojyan.org  
Teléfono: 4451066 - 42555003  
Dirección: Prolongación potosí, Calle Violetas, Zona QueruQueru.  
Población objetivo: Adolescentes mujeres hasta los 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación).  
Modelo: Comunidad Terapéutica

### **Mosojyan Motivación**

Email: info@mosojyan.org  
Página Web: www.mosojyan.org  
Teléfono: 4668750 - 79660805  
Dirección: Calle Jata N° 777, final Prolongación 16 de Julio y Oquendo – Cerro San Miguel  
Población objetivo: Adolescentes mujeres hasta los 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: apoyo ambulatorio (externo), acercamiento en calle y motivación, acciones educativas.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Proyecto San Antonio**

Email:  
Página Web: [www.iglesiacbba.org/parroquias/sanantonio](http://www.iglesiacbba.org/parroquias/sanantonio)  
Teléfono: 4223626 - 42250333  
Dirección: Zona La cancha – San Antonio  
Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 12 a 19 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo ambulatorio (externo), educativo asistencial.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **SEDEGES – ARFAC Apoyo a Parejas y/o Familias en Situación de Calle**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 4377700  
Dirección: Avenida Capitán Ustariz km. 6 y medio, ex carretera a Quillacollo, pasaje María Cristina (Lado UPB)  
Población objetivo: Familias y/o parejas en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Dos años promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación), acciones terapéuticas para disminuir la situación de calle.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **SEDEGES – Reencuentro Centro de acogida para Adolescentes en Situación de Calle y Consumo de Drogas**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 4377700  
Dirección: Avenida Capitán Ustariz km. 6 y medio, ex carretera a Quillacollo, pasaje María Cristina (Lado UPB)  
Población objetivo: Niños y adolescentes en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida o según dictamen judicial  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación), acciones terapéuticas para disminuir la situación de calle.  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Comunidad Educativa TiquipayaWasi**

Email: [seytwa@supernet.com.bo](mailto:seytwa@supernet.com.bo)  
Página Web: [www.cetwa.tripod.com](http://www.cetwa.tripod.com)  
Teléfono: 4289444 - 4287694  
Dirección: Zona Linde Central s/n Tiquipaya  
Población objetivo: Niños y adolescentes varones de 12 a 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Intervención residencial (internación), realizar acciones educativas y de reinserción social con los usuarios.  
Modelo: Psicosocial

### **Esperanza Viva**

Email: [esperanzaviva@angelic.com](mailto:esperanzaviva@angelic.com)  
Página Web:  
Teléfono: 4316474 - 76488497  
Dirección: Calle Junín N° 350 - Tiquipaya  
Población objetivo: Adultos varones y mujeres de 20 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas.  
Duración: Doce meses promedio  
Tipo de atención: Intervención residencial (internación) y actividades de apoyo educativo y laboral.  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Fundación Arca de Noel**

Email: [arcadenoecbba@gmail.com](mailto:arcadenoecbba@gmail.com)  
Página Web:  
Teléfono: 4314187 - 77450939  
Dirección: Calle provenir, lado Centro de Salud Ciudad del Niño, Tiquipaya  
Población objetivo: Jóvenes y adultos varones mayores de 19 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (externo)  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

## **SANTA CRUZ**

### **Asociación Mi Rancho**

Email:  
Página Web: [www.plataformaunidos.org](http://www.plataformaunidos.org)  
Teléfono: 3882092 - 70039602  
Dirección: Carretera a Cotoca km. 18  
Población objetivo: Niños y adolescentes de 9 años adelante, en situación de riesgo  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación), ambulatorio (externo) y actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

**Calle Cruz – Asociación para el Acompañamiento de los Niños, Niñas y Adolescentes En y De la Calle**

Email:  
Página Web: [www.callecruz.blogspot.com](http://www.callecruz.blogspot.com)  
Teléfono: 3599646 - 75003142  
Dirección: Barrio Santa Rosita, Avenida Pirai, Calle Mutum N° 63  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación), ambulatorio (externo) y actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

**Casa de Oración**

Email:  
Página Web: [www.casadeoracionoce.com](http://www.casadeoracionoce.com)  
Teléfono: 3327841 - 3369414  
Dirección: Zona El Paraíso, Calle Horacio Ríos N° 64  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (externo)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

**Casa "Oikia"**

Email:  
Página Web: [www.plataformaunidos.org](http://www.plataformaunidos.org)  
Teléfono: 3624207  
Dirección: Plan 3000, Barrio Villa Unión, Calle Patujú N° 36  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 8 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

**Centro de Capacitación y Rehabilitación Social para Personas con Historial de Conductas Adictivas - CANAA**

Email: [renuevo@icf-bolivia.com](mailto:renuevo@icf-bolivia.com)  
Página Web: [www.icf-bolivia.com](http://www.icf-bolivia.com)  
Teléfono: 75511035 - 71049996  
Dirección: Avenida Virgen de Cotoca km. 4 y medio casa N° 2  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Doce meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de reinserción social y laboral  
Modelo: Comunidad Terapéutica

**Centro de Rehabilitación "Misión y Desafío Peniel"**

Email: [penielbo@hotmail.com](mailto:penielbo@hotmail.com)  
Página Web:  
Teléfono: 3224218 - 75082035  
Dirección: Zona Villa Flor, Avenida Las Brechas a 25 Km. de Santa Cruz  
Población objetivo: Adolescentes y adultos mayores de 12 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

**Centro Fortaleza**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 3644187  
Dirección: Barrio Tito Solari, Avenida Virgen de Lujan, parada Micros 48 y 87  
Población objetivo: Varones de 12 a 16 años, en conflicto con la ley y en consumo de drogas o no  
Duración: Según dictamen judicial  
Tipo de atención: Privación de libertad, actividades educativas de rehabilitación  
Modelo: Judicial coercitivo

### **Comunidad Encuentro**

Email: pgabriella@hotmail.com  
Página Web: www.comunidadencuentro.org  
Teléfono: 3461717  
Dirección: Avenida Virgen de Cotoca N° 1010, una cuadra antes del 4to Anillo, carretera antigua a Cochabamba  
Población objetivo: Niños, adolescentes y adultos varones desde los 6 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Centro de Rehabilitación de Adictos "Crea"**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 3478651 - 76325826  
Dirección: Barrio 2 de Mayo, Avenida Cumavi, Calle Vallegrande N° 17, una cuadra antes del 4to Anillo, carretera antigua a Cochabamba  
Población objetivo: Niños, adolescentes y adultos varones desde los 6 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Ebenezer Frades**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 75010657 - 75350468  
Dirección: Barrio Huapillo Norte al lado de Cemetra  
Población objetivo: Mujeres de 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **Fundación Alalay**

Email:  
Página Web: www.alalay.co.uk  
Teléfono: 3327291 - 70937302  
Dirección: Zona Ex Barrio Lindo, Calle Teniente Rivero N° 158  
Población objetivo: Niños y niñas de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación), ambulatoria (consulta externa) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Fundación Centro de Salud Mental**

Email: fucesame@cotas.com.bo  
Página Web:  
Teléfono: 3524141 - 3521925  
Dirección: Barrio Braniff, Tercer Anillo interno, lado Hipermaxi Sur  
Población objetivo: Adolescente, adultos varones y mujeres mayores de 15 años, en situación de consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatoria (consulta externa)  
Modelo: Hospitalario

### **Fundación Misión Timoteo**

Email: mision.timoteo.bol@hotmail.com  
Página Web: www.misiontimoteo.nl  
Teléfono: 3598016 - 76249365  
Dirección: Calle Tristán roca N° 191, esquina Angostura  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescente de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Hospital Psiquiátrico San Benito Menni**

Email: hhscjsanbn@cotas.com.bo  
Página Web: www.hospitalarias.net  
Teléfono: 3557525 - 3558419  
Dirección: Barrio Jardín Latino, Avenida Tahuichi s/n, entre 5to y 6to anillo  
Población objetivo: Varones y mujeres de 13 años adelante, en situación de consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Hospitalario

### **Instituto de Rehabilitación y Reintegración "Desafío Joven de Santa Cruz"**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 3480099 - 77396377  
Dirección: Avenida Mutualista, Calle 6 N° 2120  
Población objetivo: Adolescentes y adultos varones de 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Operación Rescate – Iglesia Arca de Noé**

Email: marcelosalas@iglesiaarcadenoe.org  
Página Web: www.iglesiaarcadenoe.org  
Teléfono: 3301807 - 70834385  
Dirección: Calle Sucre esquina Oruro (EX Cine City Hall)  
Población objetivo: Adolescentes y adultos mayores de 16 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Plataforma Unidos**

Email:  
Página Web: www.plataformaunidos.org  
Teléfono: 3587936 - 75003113  
Dirección: Barrio Santa Rosita, Calle Mendiola N° 320  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración:  
Tipo de atención: Coordinación interinstitucional

### **Proyecto Don Bosco**

Email: hogardonbosco@cotas.com.bo  
Página Web: www.proyectodonbosco-sc.org  
Teléfono: 3412693 - 75007107  
Dirección: Barrio 12 de Octubre, Calle Junín N° 438, entre calles Santa Bárbara y Sara. Frente al Centro de Salud San Carlos (El proyecto cuenta con varios otros centros en la ciudad de Santa Cruz)  
Población objetivo: Niños de 6 a 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación), ambulatorio (externo) y actividades de apoyo educativo  
Modelo: Psicosocial educativo

### **Misión Nacer – Casa Hogar Nacer**

Email: nacerbol@yahoo.es  
Página Web: www.casahogarnacer.org  
Teléfono: 3823229 - 76007550  
Dirección: Población Tarumú, Km. 52, Antigua carretera a Cochabamba  
Población objetivo: Adolescentes varones de 8 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación)  
Modelo: Comunidad Terapéutica

### **Misión Global Peniel**

Email: misionglobalpeniel@yahoo.es  
Página Web: www.mgpcentroderehabilitacion.blogspot.com  
Teléfono: 9221854  
Dirección: Montero, Barrio La Antena, Calle Prolongación 1° de Mayo  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **REMAR Santa Cruz**

Email: remarstacruzbolivia@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 3219320 - 70759789  
Dirección: Calle Aruma N° 6 2do Anillo y doble vía La Guardia  
Población objetivo: Niños, niñas, adolescentes, adultos hombres y mujeres, en situación de calle, problemática de maltrato y abuso sexual y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación), rehabilitación y reinserción  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **TARIJA**

#### **INTRAIID - Tarija**

Email: intraid-tarija@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 6643157  
Dirección: Barrio La Pampa, Calle Junín N° 1071  
Población objetivo: Adolescentes varones y mujeres de 15 años adelante, en situación de consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Hospitalario

#### **La Colmena - Santa Rita**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 6646681  
Dirección: San Mateo, lado de la capilla  
Población objetivo: Adolescentes y adultos varones de 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Dos años promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de apoyo educativo y laboral  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **Centro Renacer la Vida**

Email: secretayacuiba@yahoo.com  
Página Web:  
Teléfono: 72954619  
Dirección: Yacuiba, Calle Bolívar y Campero s/n  
Población objetivo: Adolescentes y jóvenes varones de 13 a 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de apoyo educativo y laboral  
Modelo: Comunidad Terapéutica con tres fases

### **PANDO**

#### **SEDEGES**

Email: sedeges.pando@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 8422207 - 72923886  
Dirección: Calle Tarija N° 72  
Población objetivo: Adolescentes de 12 a 26 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Según dictamen judicial  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de rehabilitación social  
Modelo: Judicial Coercitivo

### **BENI**

#### **ENDA Bolivia**

Email: trinibol@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 4620056 - 72827229  
Dirección: Trinidad, Calle Manuel Limpias N° 45  
Población objetivo: Niños, niñas y adolescentes de 12 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Indefinida  
Tipo de atención: Apoyo residencial (internación) y actividades educativas  
Modelo: Psicosocial educativo

#### **Peniel Misión Global**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 72847836  
Dirección: Carretera a Santa Cruz, Km. 85  
Población objetivo: Hombres mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y actividades de reinserción laboral  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **Centro Peniel - Riberalta**

Email: pedrorv@bolivia.com  
Página Web:  
Teléfono: 73672099  
Dirección: Avenida Chuquisaca N° 1134  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

#### **REMAR - Iglesia Oasis**

Email: familiadiamond@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 73535662  
Dirección: Beni - Mamoré - Iglesia Oasis  
Población objetivo: Adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

### **ORURO**

#### **Servicio de Adicciones - Clínica Virgen del Socavón**

Email: adichu7@gmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 25283300 - 73228048  
Dirección: Calle Potosí entre Sucre y Bolívar  
Población objetivo: Adolescentes, jóvenes y adultos varones y mujeres de 12 años adelante, en situación de consumo de drogas  
Duración: Cuatro meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Hospitalario

#### **Prados - Programa de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos**

Email: pradosoruro@bolivia.com  
Página Web:  
Teléfono: 5288169  
Dirección: Vinto, Calle Alejandro Urquidi N° 200, entre calles 1° de Mayo y Tupac Katari  
Población objetivo: Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial (internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

## **REMAR Oruro**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 5230377 - 70610859  
Dirección: Calle Iturralde N° 13 Av. Tomas Barron  
calles 11 y 12 Barrio Petrolero Norte, con un  
centro: Finca Santa Elena en la localidad de  
Pazña  
Población objetivo: Varones en situación de  
consumo de drogas  
Duración: Indefinido  
Tipo de atención: Tratamiento residencial  
(internación), rehabilitación y reinserción  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

## **POTOSÍ**

### **Centro de Rehabilitación Peniel**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 6221010 - 72410951  
Dirección: Avenida El Minero N° 543  
Población objetivo: Varones desde los 12 años,  
en situación de calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial  
(internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

## **CHUQUISACA**

### **Centro de Rehabilitación Misión y Desafío Peniel**

Email: movima-333@hotmail.com  
Página Web:  
Teléfono: 6457256 - 78956350  
Dirección: Calle pastor Sainz N° 189, casi esquina  
Ayacucho  
Población objetivo: Jóvenes y adultos varones  
mayores de 18 años, en situación de calle y/o  
consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial  
(internación)  
Modelo: Espiritual (Cristiano)

## **Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco**

Email:  
Página Web:  
Teléfono: 6457256 - 78956350  
Dirección: Plaza Aniceto Arce s/n  
Población objetivo: Varones y mujeres de 18  
años adelante  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial  
(internación) y ambulatorio (consulta externa)  
Modelo: Hospitalario

### **Programa de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos - Prados**

Email: nazarethdiaz2@yahoo.com  
Página Web:  
Teléfono: 6443212 - 6434996  
Dirección: Barrio Alto Loyola, Calle San Ramón  
esquina Portachuelos s/n  
Población objetivo: Adolescentes y adultos  
varones mayores de 15 años, en situación de  
calle y/o consumo de drogas  
Duración: Nueve meses promedio  
Tipo de atención: Tratamiento residencial  
(internación) y actividades de apoyo educativo  
y laboral  
Modelo: Espiritual (Cristiano)









ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE GOBIERNO

Tel: (591 – 2) 2440466, Fax: (591 – 2) 2440466  
Correo Electrónico: [mail@mingobierno.gob.bo](mailto:mail@mingobierno.gob.bo)  
[www.mingobierno.gob.bo](http://www.mingobierno.gob.bo)



Consejo Nacional de Lucha contra  
el Tráfico Ilícito de Drogas  
SECRETARÍA DE COORDINACIÓN

Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas  
Secretaría de Coordinación  
Tel.: (591-2) 2148343. Fax: (591-2) 2148332  
Correo Electrónico: [comunicacion@conaltid.gob.bo](mailto:comunicacion@conaltid.gob.bo)  
[www.conaltid.gob.bo](http://www.conaltid.gob.bo)



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Tel: (591-2) 2442144  
Línea Gratuita: 800 10 0050  
[www.minedu.gob.bo](http://www.minedu.gob.bo)



UNIÓN EUROPEA

Delegación de la Unión Europea en Bolivia  
Tel: (591-2) 2782244  
Correo Electrónico: [Delegation-bolivia@eeas.europa.eu](mailto:Delegation-bolivia@eeas.europa.eu)  
[http://eeas.europa.eu/delegations/bolivia/index\\_es.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/bolivia/index_es.htm)



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito

Oficina Bolivia  
Tel: (591-2) 2624444, Fax: (591-2) 2624449  
Correo Electrónico: [fo.bolivia@unodc.org](mailto:fo.bolivia@unodc.org)  
[www.unodc.org/bolivia/es](http://www.unodc.org/bolivia/es)

Proyecto  
“Prevención del Uso Indebido de Drogas  
en las Comunidades Educativas de Bolivia”



MUNICIPIO  
LA PAZ



MUNICIPIO  
ORURO



MUNICIPIO  
COCHABAMBA



MUNICIPIO  
SANTA CRUZ