



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SECCION CORTES GENERALES

VIII LEGISLATURA

Serie A:
ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS

14 de marzo de 2007

Núm. 356

Otros textos

COMISIONES MIXTAS, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000007 (CD) Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño.
573/000001 (S)

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en la Sección Cortes Generales del BOCG, del Informe aprobado por la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño, creada en la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas.

Palacio del Congreso de los Diputados, 7 de marzo de 2007.—P. D. El Letrado Mayor de las Cortes Generales, **Manuel Alba Navarro**.

INFORME DE LA PONENCIA, CREADA EN EL SENO DE LA COMISIÓN MIXTA PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS, PARA EL ESTUDIO DE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD DE LOS JÓVENES Y, MUY ESPECIALMENTE, DE SUSTANCIAS COMO EL CANNABIS, LA COCAÍNA Y LAS DROGAS DE DISEÑO

I. INTRODUCCIÓN

En sesión celebrada el día 21 de junio de 2005, la Comisión Mixta Congreso Senado para el Estudio del

Problema de las Drogas aprobó, a iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergencia i Unió, por asentimiento de todos los Grupos Parlamentarios presentes en la Comisión, la constitución de una Ponencia para el Estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño.

Se aprobaron las siguientes

Reglas de organización y funcionamiento para esta ponencia:

A) Composición:

La Ponencia estará compuesta por tres representantes de cada uno de los Grupos Parlamentarios que cuenten con más de diez miembros en la Comisión Mixta y un representante del resto de Grupos Parlamentarios.

B) Adopción de Acuerdos:

La Ponencia de estudio adoptará sus decisiones por el sistema de voto ponderado respecto del número de votos con que cada Grupo cuente en la Comisión Mixta.

C) Objeto de la Ponencia:

La Ponencia deberá estudiar los efectos nocivos de las drogas en la salud de los menores de edad y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño.

D) Plazo para la realización de los trabajos de la Ponencia:

La Ponencia deberá realizar el estudio global objeto de la misma y presentar sus conclusiones en el plazo que determine la Comisión y, en todo caso, antes del 1 de mayo de 2006. En virtud de sucesivas propuestas de la Ponencia, la Comisión Mixta acordó prorrogar el plazo para la conclusión de los trabajos. El último de ellos, por el que se dispuso la prórroga hasta el 1 de abril de 2007, se adoptó por la Comisión en su sesión de 6 de febrero de 2007.

El informe aprobado por la Ponencia de estudio y, en su caso, los votos particulares formulados por los Grupos Parlamentarios, serán elevados para su debate y votación, a la Comisión Mixta para el estudio del problema de las drogas, que podrá elevarlo para su conocimiento, junto con los votos particulares, a las Mesas del Congreso de los Diputados y del Senado.

Los Grupos Parlamentarios podrán solicitar la documentación necesaria para la realización de los trabajos de la Ponencia desde el momento de su constitución.

2. La constitución de la Ponencia tiene lugar el día 3 de abril de 2006, con la siguiente composición.

Por designación de los distintos Grupos Parlamentarios fueron nombrados miembros de la Ponencia los siguientes Diputados y Senadores:

| | |
|--|--------------|
| MAESTRE MARTÍN DE ALMAGRO, Cristina | SGPS |
| VÁZQUEZ BLANCO, Ana Belén | GP |
| COBALEDA HERNÁNDEZ, María Teresa | SGPP |
| SELLER ROCA DE TOGORES, María Enriqueta | GP |
| GÓMEZ SANTAMARÍA, María Gloria | GS |
| FUENTES GONZÁLEZ, María Isabel | GS |
| HERNÁNDEZ GUILLÉN, Marcos Francisco | SGPS |
| ALEIXANDRE I CERAROLS, Rosa Nuria | SGPCiU |
| SABATÉ I BORRÀS, Joan, que sustituye al Sr. Espasa i Oliver | SGPECP |
| URÍA ETXEBARRÍA, Margarita | GV (EAJ-PNV) |
| RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Román | GCC-NC |
| OLIVA I PEÑA, Georgina que sustituye al Sr. Cerdà Argent | GER-ERC |
| NAVARRO CASILLAS, Isaura | GIU-ICV |
| FERNÁNDEZ DAVILA, María Olaia | GMx |

Por la Mesa y Portavoces de la Comisión se acordó que las sesiones de trabajo fueran presididas por la Vicepresidenta Primera de la Comisión Mixta, La Senadora Doña Cristina Maestre Martín de Almagro, y

con la asistencia del Letrado de las Cortes Generales Don Enrique Arnaldo Alcubilla.

3. Se celebraron las siguientes sesiones de trabajo.

3 de abril de 2006.

Constitución de la Ponencia y celebración de las siguientes comparecencias:

— 17,00 horas: Don Domingo Comas Arnau. Doctor en Ciencias Políticas y Sociología (219/460).

— 17,45 horas: Doña Marta Torrens Melich. Miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (219/461).

— 18,30 horas: Don Alfredo Castillo Manzano. Asesor Defensor del Pueblo Andaluz (219/462).

— 19,15 horas: Don Rafael Maldonado López. Catedrático de Farmacología del Dpto. de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra (219/463).

24 de abril de 2006.

Celebración de las siguientes comparecencias:

— 17,00 horas: Don Miquel Rodamilans Pérez. Profesor de toxicología del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona (UB) (219/574).

— 17,45 horas: Don Jordi Royo Isaac. Psicólogo de la Diputación de Barcelona, Director del Programa de drogodependencia del Ayuntamiento de Badalona y Asesor Técnico de Amalgama-7 (219/575).

— 18,30 horas: Don Antonio Gual. Jefe Unidad Alcoholismo del Hospital Clínico de Barcelona (219/576).

— 19,15 horas: Don Joaquín Santodomingo. Especialista en Psiquiatría (219/577).

11 de mayo de 2006.

Celebración de las siguientes comparecencias:

— 18,30 horas: Don Juan Francisco Orsi. Proyecto Hombre (219/594).

— 19,45 horas: Dña. Amparo Sánchez Máñez. Miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (219/595).

29 de mayo de 2006.

Celebración de las siguientes comparecencias:

— 16,30 horas: Don Manuel Sanchís Fortea. Doctor en medicina. Jefe del Servicio de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Diputación Provincial de Valencia (219/614).

— 17,15 horas: Don Eusebio Megías Valenzuela. Director Técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (219/615).

— 18,00 horas: Don Amador Calafat Far. Presidente de Irefrea (219/616).

— 18,45 horas: Don Elisardo Becoña. Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela (219/617).

26 de junio de 2006.

Celebración de las siguientes comparecencias:

— 16,15 horas: Don Gabriel Rubio Valladolid, Jefe de los Servicios de Salud Mental del distrito de Retiro (Madrid) (219/639).

— 17,00 horas: Don Julio Bobes García. Miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (219/640).

— 17,45 horas: Don Juan Antonio Abejón Merchán. Jefe de Centro del Centro de Salud Mental «Julián de Ajuriaguerra» (219/641).

— 18,30 horas: Doña Amaia Hervás Zúñiga. Psiquiatra especialista en salud mental de niños y adolescentes (219/642).

16 de octubre de 2006.

Celebración de las siguientes comparecencias:

— 17,00 horas: Don Martín Francisco Barriuso Alonso. Presidente de la Asociación Procannabis (219/695).

— 18,00 horas: Don Álvaro Iruin. Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica Salud Mental de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) (219/696).

— 18,45 horas: Don Bartolomé Pérez Gálvez. Asociación Médico-Droga (219/697).

29 de noviembre de 2006, 8 y 22 de febrero de 2007.

Elaboración del informe.

4. Los comparecientes aportaron la siguiente documentación:

- Publicación de «Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor», editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como diversos artículos referentes a las drogas de síntesis, el éxtasis líquido y consumidores de cocaína y cannabis, documentación aportada por Don Jordi Royo Isach, Psicólogo de la Diputación de Barcelona. (Núm. expte. 219/575).

- Publicación de «Efectos de las sustancias sobre adolescentes y jóvenes», aportada por Don Francisco Orsi, de la Asociación Proyecto Hombre (Núm. expte. 219/594).

- Publicación de «Alcohol y Drogas. Depende de Todos», aportada por Don Manuel Sanchos Fortea, de la Generalitat Valenciana (Núm. Expte. 219/614).

- «Tratado SET de Trastornos Adictivos». Tomos 1 y 2, así como un CD sobre recopilación de artículos relacionados con las drogas, aportados por Don Bartolomé Pérez Gálvez, Médico Droga. (Núm. Expte. 219/697).

- Publicación de «Efectos nocivos de las Drogas en la Salud de los Jóvenes», aportada por Don Álvaro Iruin, Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica Salud Mental de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) (219/696).

5. El Informe se estructura en cuatro capítulos. En el primero de ellos se recogen los datos procedentes de distintos estudios, de referencia nacional y europea, sobre uso y consumo de drogas en nuestro país, señalando los que considera más relevantes con relación a los jóvenes. El segundo capítulo contiene un resumen de las exposiciones de los distintos expertos consultados que han comparecido ante la Ponencia constituida en el seno. El tercer capítulo se dedica a las conclusiones a que ha llegado la Comisión. El cuarto y último formula las recomendaciones que la Comisión considera deben hacerse llegar a las Administraciones que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas.

II. ANTECEDENTES

La Comisión Mixta consideró la necesidad de estudiar los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes a partir de la descripción que de la situación de los consumos de drogas resultaba de la información proporcionada en las distintas comparecencias de las autoridades del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como de la contenida en informes y documentos del Plan Nacional sobre Drogas. El Informe de la Comisión recoge un resumen de estos documentos en los apartados primero y segundo de este primer capítulo de antecedentes.

Prácticamente finalizados los trabajos de la Ponencia, ésta ha tenido conocimiento del avance de resultados ofrecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo de la Encuesta Domiciliaria sobre Uso y Abuso de Drogas en España 2005-2006, cuyo resumen se recoge en el apartado tercero de este capítulo. Por otra parte, el apartado cuarto hace una breve referencia a los datos del Informe 2006 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Primero:

El Plan de Acción 2005-2008 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, presentado a la Comisión Mixta por la Ministra de Sanidad y Consumo el día 17 de marzo de 2005, incluye como documentos anexos, la «Evaluación 2003 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008» y la «Situación

Actual de los consumos de drogas y los problemas asociados». Estos documentos presentan con detalle los resultados de la evaluación de la Estrategia Nacional en el primer periodo de su aplicación (2000-2003), y el análisis del estado de la situación de los consumos de drogas en España, elaborado a partir de los datos obtenidos de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2003 y de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004 (ESTUDES).

El documento que describe la situación de los consumos de drogas en España a principios del año 2005 anota los siguientes rasgos generales:

- Un aumento de los consumos de drogas: consumo excesivo de alcohol, consumo inadecuado de medicamentos psicotrópicos, aumento del consumo de cannabis y de cocaína, etc.
- Una disminución de la percepción del riesgo en relación con el consumo de drogas.
- Un incremento de la percepción de la accesibilidad a las drogas.
- Una disminución o estabilización de la edad de inicio de los consumos.
- Un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol.

Segundo:

El Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas analiza los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2003 (EDADES) que se refiere a población de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años de edad, y los de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004 (ESTUDES), que se refiere a estudiantes de 14 a 18 años de edad.

Según este Informe, entre los años 1999 y 2003, aumentó entre la población general (15 a 64 años) la proporción de consumidores de tabaco, alcohol, hipnosedantes sin receta médica, cocaína y cannabis, mientras que el consumo de heroína presentaba en el año 2003 una tendencia descendente, en especial el realizado por vía parenteral.

Según la Encuesta Estatal, en el año 2004 las sustancias psicoactivas más extendidas entre los estudiantes de 14 a 18 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal, la más extendida entre estos estudiantes fue el cannabis. Los datos disponibles apuntan a consumos ligados al ocio y al fin de semana.

El Informe constata un aumento del consumo de cannabis entre los escolares de 14 a 18 años: la prevalencia de consumo en los últimos doce meses se multiplicó por dos entre 1994 y 2004, pasando del 18,2 por 100 registrado en 1994 hasta el 36,6 por 100 registrado en 2004. En el mismo período de tiempo, este mismo indicador se ha multiplicado por cuatro para la cocaína,

pasando del 1,8 por 100 en 1994 al 7,2 por 100 en el año 2004.

Un dato especialmente importante, que resalta el Informe, es el relativo al policonsumo de sustancias psicoactivas. Los estudiantes que en el año 2004 habían consumido cualquier droga de comercio ilegal en los últimos doce meses o en los últimos treinta días, también habían consumido, en mayor proporción que el resto de los estudiantes, otras drogas de comercio legal o ilegal distinta de la considerada. Entre los consumidores de drogas ilegales era prácticamente universal el consumo de alcohol y estaba generalizado el consumo de tabaco y cannabis. Un 92 por 100 de los jóvenes de entre 14 a 18 años de edad que consumían cannabis, consumían también alcohol, el 13,8 por 100 cocaína, el 6,4 por 100 anfetaminas y el 4,9 por 100 éxtasis.

El Informe del Observatorio anota una clara disminución del riesgo percibido ante el consumo de alcohol, cannabis e hipnosedantes, tanto en la población general de 15 a 64 años, como entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años, constatada en las Encuestas de 2003 y de 2004. Además en este último grupo disminuyó también el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína.

En la fecha del Informe referenciado, la caída del riesgo percibido se consideraba intensa en el caso del cannabis, de forma que la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que pensaban que el consumo esporádico de esta droga podía producir muchos o bastantes problemas pasó de 60 por 100 en 1994 al 36,9 por 100 en 2004.

Para este último año, 2004, se anotaba un aumento en la disponibilidad percibida de cannabis y cocaína tanto entre el conjunto de la población española, como entre los jóvenes de 14 a 18 años. En el año 2004, un 93,8 por 100 de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 67,3 por 100 hipnosedantes y un 51,1 por 100 inhalables volátiles. La droga ilegal considerada como más accesible por los estudiantes era el cannabis, pero también se registraba un aumento de la disponibilidad percibida para la cocaína que pasó del 30,4 por 100 en 1994 al 46,7 por 100 en el año 2004.

Los jóvenes españoles se inician en el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas. Las edades de inicio en el consumo de las drogas más extendidas eran, según la Encuesta Escolar de 2004, de 13,2 años para el tabaco, 13,7 años para el alcohol, y 14,7 años para el cannabis. Las edades de inicio más tardías, según esta Encuesta, correspondían a la cocaína y a los alucinógenos.

El Informe 2004 del Observatorio destaca que el aumento del consumo de cocaína, cannabis y otras sustancias, y las diferencias en los patrones de consumo, están contribuyendo a la aparición de nuevos problemas de salud entre la población española. La proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a

drogas en que se menciona cocaína pasó de 26,1 por 100 en 1996 a 49 por 100 en 2002.

Los últimos datos del SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías) indican, para el año 2004, un aumento en las admisiones a tratamiento, en las que un 40,4 por 100 de los casos implicaban cocaína, y el 12,1 por 100 implicaban cannabis. Si se consideran exclusivamente las admisiones a tratamiento de menores de 18 años, los porcentajes se invierten: en 2004 el cannabis fué responsable del 66,9 por 100 de los casos y la cocaína lo fue del 23,7 por 100.

Tercero:

Finalizadas las distintas comparecencias solicitadas en la Ponencia, la Comisión Mixta ha tenido conocimiento del primer análisis de resultados de la Encuesta Domiciliaria de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realizada entre el mes de noviembre de 2005 y el mes de abril de 2006. Las conclusiones de este primer análisis ofrecido por las autoridades del Ministerio de Sanidad y Consumo señalan que tanto los consumos de alcohol como los de cannabis parecen estabilizarse, que también se estabilizan y parecen descender otros consumos de menor prevalencia como son los de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos y que el consumo de heroína continúa descendiendo. Por el contrario, parece que el consumo de cocaína continúa la tendencia ascendente. El primer avance de resultados contiene también referencias positivas en lo que atañe a la percepción de riesgo asociado al consumo de sustancias, que por primera vez en los últimos años se ha incrementado para algunas drogas como el cannabis o el alcohol.

Cuarto:

Por último, la Comisión ha tenido conocimiento del Informe Anual 2006 sobre el problema de la drogodependencia en Europa, del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que fue presentado por esta agencia el 23 de noviembre de 2006. De los datos del Observatorio Europeo se puede concluir que en España nos encontramos con una similar situación en relación con los consumos de drogas a la existente en los países de nuestro entorno. El Observatorio Europeo indica que cannabis y cocaína siguen siendo las sustancias ilegales de mayor prevalencia en Europa y que la heroína continúa en descenso. El consumo más extendido entre los jóvenes europeos es el del cannabis. El consumo de sustancias entre los jóvenes responde a un patrón de uso recreativo. Se encuentran también extendidos los policonsumos, advirtiendo el Observatorio de los problemas de estas conductas. Un último dato importante para el Observatorio es el descenso de los precios de las drogas, apreciable entre 1999 y 2004, considerando preocupante esta tendencia a la baja a largo plazo en la mayoría de los países.

Todos estos antecedentes, muestran, a juicio de la Comisión, la extensión de un problema de salud pública como es el consumo de drogas que tiene repercusión entre los sectores más jóvenes de la sociedad. Este es el principal tema de preocupación para la Comisión Mixta y la razón de la propuesta de constitución de una Ponencia para estudiar en forma exhaustiva uno de los problemas más graves que enfrentan nuestros jóvenes.

III. RESUMEN DE LAS EXPOSICIONES DE LOS COMPARECIENTES

— Don DOMINGO COMAS, es Presidente de la Fundación Atenea, que trabaja en prisiones, y especialmente con programas de reducción de daños y de integración sociolaboral. Tras definir los rasgos de la nueva generación de jóvenes españoles, señala la incidencia del consumo esporádico de cannabis y cocaína «desde la perspectiva de su condición de drogas recreativas de fin de semana o de la noche, combinadas o sin combinar el alcohol» y a veces con pastillas, pero sin percibirlo con alarma o como problema, aunque éste se plantea o aparece en el ámbito laboral. Y ello sin olvidar que el nombramiento del consumo de quien haya empezado con el cannabis y después está consumiendo cocaína y bastante alcohol, «al llegar a los 35 ó 40 años es una persona con una adicción severa». Por ello, subraya que el problema de las drogas ha pasado de ser un problema social a ser un problema sanitario.

— La Dra. MARTA TORRENS MELICH, miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas, es Médico Psiquiatra, que trabaja en el Hospital del Mar de Barcelona, en el que dirige la unidad de desintoxicación y de toxicomanías desde hace veinte años.

Expone la evolución del consumo de drogas en España, subrayando la escasa incidencia hoy de una droga que en la década de los 80 tuvo una amplia expansión, la heroína, conclusión compartida por el resto de los comparecientes. Indica que la situación ha cambiado, gracias a los programas de mantenimiento con metadona y que todavía siguen funcionando. No obstante el panorama de las drogas ha cambiado desde los 90, en que el consumo es mayor de cocaína y cannabis. Confirma que España es en este momento, junto con Gran Bretaña, el Estado de mayores tasas de consumo de cocaína en la población joven, y además está y es de los altos en cuanto a consumo de cannabis.

Señala que se ha pasado a unas drogas estimulantes cuya complicaciones son psiquiátricas, si bien la psiquiatría no siempre cumple bien el acercamiento a los problemas, sobre todo los servicios de urgencia psiquiátricos pues son frecuentes trastornos de esta clase a veces unidos con trastornos cardiovasculares. Asegura que hay que buscar los adictos en los psiquiátricos y analiza los motivos que llevan al individuo a las drogas:

de una parte, la hipótesis de la automedicación en cuanto «completar algo que le falta»; de otra parte, la curiosidad en el acercamiento inicial, que luego se mantiene por la adicción.

Se manifiesta en el sentido de que las toxicomanías son una enfermedad con una base neurobiológica clara que afecta a capas importantes de jóvenes entre los 14 y 18 años (en torno al 25 por 100 según la encuesta escolar del ESTUDES del año 2004) y por encima de los 18 (alrededor del 35 o 40 por 100), hablando de cannabis, lo que relaciona con el hecho que España sea uno de los países de la Unión Europea con una tasa de fracaso escolar más alto (cerca del 30 por 100 frente a la media del 17 por 100).

Analiza los efectos psiquiátricos de las diferentes drogas, a partir de estudios científicos publicados en el extranjero. El cannabis, que es la más consumida, puede provocar la aparición de psicosis, que es la enfermedad psiquiátrica más grave e invalidante que tenemos, sobre todo cuando afecte a la población más joven, a cerebros inmaduros, mucho más sensibles a que puedan aparecer efectos secundarios importantes.

Niega que todos los fumadores de cannabis vayan a ser consumidores de heroína o cocaína, pero recuerda los estudios que van apoyando que el consumo de cannabis puede facilitar que cambien algunas estructuras cerebrales, de manera que si toman drogas van a ser más sensibles a los efectos de las otras drogas.

En relación con la cocaína asegura que el riesgo de trastornos psiquiátricos es mucho más importante. Durante el momento del consumo pueden ser muy intensos los cuadros psicóticos, con ideas paranoides de persecución y de agresividad muy importantes hasta que llega un momento que es lo que técnicamente se llama como el «esquizoadicto».

El éxtasis líquido, puede comportar algunos problemas de confusión y cuando se mezcla con el alcohol potencia los efectos de riesgo de entrar en coma. Denuncia que se detecta un cierto repunte de utilización de alucinógenos en el mundo más ecologista o alternativo. Así los hongos y otros alucinógenos, son sustancias que pueden generar urgencias, no tratamientos, porque no crean adicción. Algunas drogas como la Ketamina son de uso minoritario en algunas subpoblaciones extravagantes.

En cuanto a los policonsumos es corriente que los consumidores de cannabis suelen ser consumidores de alcohol, tabaco y algunas veces anfetaminas; y los consumidores de las drogas de diseño son 100 por 100 consumidores de cannabis, de alcohol, de tabaco, y además son consumidores de otras muchas sustancias y de cocaína. Son policonsumidores, igual que los consumidores de cocaína. Afirma, como otros comparecientes, que no es adicto quien quiere sino quien puede y que hay una vulnerabilidad específica de cada droga.

Los centros existentes actualmente para el tratamiento de las toxicomanías están muy bien preparados

para la «epidemia de heroína» pero no existen donde puedan ir los adolescentes con problemas de consumo de cannabis. No resultan atractivos para ellos pues se encuentran con otros consumidores, no se adaptan a sus horarios, no están próximos a los centros a los que van, aunque muchas veces los propios adolescentes se niegan a reconocer su problema, pues creen que no les afecta a la dependencia.

Destaca que es muy importante que los jóvenes no consuman en el colegio; y a partir de ahí subraya la relevancia de la educación preventiva. Afirma que dado que hay una vulnerabilidad genética que facilita la psicosis, cualquiera que tenga un antecedente psiquiátrico en la familia debe abstenerse.

— El Dr. ALFREDO CASTILLO MANZANO, Asesor del Defensor del Pueblo Andaluz es Doctor en Pedagogía Social y Profesor de la Universidad, destaca la escasa percepción del riesgo; es decir, la población joven tiene información y sin embargo sigue consumiendo: «consumo muy integrado», y no sentido como un problema, una adicción o una enfermedad.

Los llamados consumos de fin de semana experimentales o recreativos, no suscitan, por tanto, una situación de contravalor. Así pues existe una escasa conciencia entre los jóvenes acerca de los riesgos que comporta el consumo de drogas, especialmente el alcohol, que con un alto nivel de aceptación, se tiende a minimizar sus efectos negativos y a no detectar situaciones de abuso.

No parece normal que en estos momentos el cannabis tenga menos percepción de riesgo que, por ejemplo, el alcohol o el tabaco en los jóvenes. Y, sin embargo, estamos ante un problema de salud pública, no es un problema de orden público. La solución es la concienciación colectiva con mensajes positivos dirigidos preferentemente a jóvenes, pero no exclusivamente a éstos, y dotar de medios a las Administraciones Locales para la realización de los programas de prevención comunitaria, sin olvidar la prevención en las empresas, en la comunidad o a través de los movimientos sociales.

Pone de relieve el papel de la familia, abandonada durante mucho tiempo, a la integración de la atención a los problemas de las drogas dentro del sistema sanitario.

— El Dr. RAFAEL MALDONADO LÓPEZ, es Catedrático de Farmacología del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra, y estudioso de los receptores endocannabinoides, sus antagonistas. Confirma y coincide con los demás comparecientes en los datos de consumo, la gran incidencia de los jóvenes que han consumido alguna vez en la vida cannabis son dos de cada tres, el 63,5 por 100. Uno de cada cuatro ha consumido alguna vez cocaína cuando termina el instituto, el 23,6 por 100. Las cifras de consumo de éxtasis, parece que hayan tocado techo y que ya no son tan alarmantes, pero nos encontramos ante un 13,7 por 100 Si estos

datos resultan alarmantes, el que resulta dramático es la edad de inicio de consumo. La edad de inicio de consumo de cannabis se presenta en la media de 14,7 años; en la cocaína o el éxtasis tan solo unos años después, 15,8 ó 15,6.

Expone los métodos de acción o efectos de cada una de las drogas.

El delta 9 tetrahidrocannabinol es la principal sustancia psicoactiva del cannabis; su vida media es de 24 a 36 h.; tiene una tolerancia farmacodinámica rápida, es decir, el sujeto necesita fumar de nuevo aunque tenga niveles plasmáticos de principio activo, que ya no tienen efecto es debido a la tolerancia. El delta 9 tetrahidrocannabinol, se fijará a unos receptores, específicos que se denominan CB1 y CB2. Las moléculas endógenas capaces de activarlos, reciben el nombre de endocannabinoides, los principales son: la anandamida y el 2-araquinodilglicerol, que desempeñan un importante papel fisiológico con efectos parecidos al cannabis. El cannabis incrementa la actividad de este sistema. Bajo sus efectos el sujeto sufrirá una amnesia anterógrada, aunque se trata de un proceso reversible. Su consumo incrementa el riesgo de aparición de trastornos psicóticos en sujetos vulnerables, hablamos de vulnerabilidad genética, en un sujeto que quizás si no consumiera cannabis nunca lo hubiera desarrollado, estamos hablando de sujetos jóvenes sin la personalidad desarrollada; todos y cada uno de estos efectos van a verse potenciados. El sistema cannabinoide endógeno participa en el desarrollo y en la maduración del cerebro. Por lo tanto, no es lo mismo consumir cannabis a los 14 años que a los 20 años, a los 14 el cerebro aun no está desarrollado y, por tanto, la interferencia en su desarrollo es vital, el retraso en la edad de inicio del consumo de la droga, es un factor pronóstico fundamental para el futuro de estos jóvenes. Cuando se dice que es una sustancia natural contesta que es tan natural como la amanita phalloides, que produce la muerte, o como la digitalis purpurea, que también la produce.

La cocaína aumenta la actividad del sistema dopaminérgico, que es el sistema que controla las emociones, modifica la ansiedad, aumenta la vigilia, disminuye el sueño, y controla la actividad motora (a la inversa que el cannabis). El sistema dopaminérgico controla funciones vegetativas. Si incrementamos su actividad tendremos un aumento inmediato de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca, que pueden llevar a la muerte.

La neurona, libera una sustancia química denominada dopamina esta sustancia se une a los receptores que están en la segunda neurona, y una vez que se ha unido a estos receptores va ser captado de nuevo por la primera neurona, para eliminarla y evitar que ejerza su acción. La cocaína actúa sobre este transmisor evitando que la dopamina sea nuevamente captada por la neurona, es decir la comunicación de neurona a neurona va a estar continuamente activada. Asegura que el consumo

de la cocaína produce muchas complicaciones de las que las más importantes son:

1.º Es un potente vasoconstrictor. Provoca complicaciones cardiovasculares, y una subida fortísima de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca, que puede dar lugar desde la rotura de un aneurisma, que de otra manera no se hubiera roto, a un infarto de miocardio temprano entre lo 35 y 45 años.

2.º Incrementa el riesgo de trastornos psicóticos ya que actúa directamente sobre la diana de dichos trastornos, el sistema dopaminérgico. Hay estudios que demuestran la relación directa con la aparición de cuadros depresivos.

3.º Si se esnifa, al ser potente vasoconstrictor va a producir necrosis (muerte) de tejidos periféricos, en especial del tabique nasal.

4.º La cocaína pasa la barrera placentaria y llega al feto produciendo una vasoconstricción donde caiga, y, por tanto, toda clase de complicaciones. Es prohibitiva su utilización durante el embarazo.

El éxtasis, en fin, es la droga más sucia. Actúa sobre sistemas: el dopaminérgico, como la cocaína, y el serotoninérgico que controla el sueño y la vigilia, controla el humor y la relación interpersonal. Las consecuencias de las alteraciones neurovegetativas son: aumento de la temperatura corporal, produciéndose casos de muerte por hipertermia, (randoniolisis) como consecuencia del consumo. Otras alteraciones periféricas, son la hepatitis, la hiponatremia —disminución de sodio—, o alteraciones cardiovasculares. El éxtasis es capaz de producir lesión de esas neuronas serotoninérgicas y si a ello se le añaden las pérdidas por edad a los 60 años se puede tener un cerebro de 100. Finalmente, al igual que en la cocaína, hay relación con la aparición de trastornos psicóticos y de alteraciones afectivas. El éxtasis líquido (gamma hidroxibutirato) es totalmente distinto al éxtasis. Es muy peligroso, porque es una sustancia tóxica, que puede producir la muerte por depresión respiratoria si se pasan de dosis.

A continuación describió el sistema adictivo que puede resumirse en la actuación sobre el sistema límbico que es una estructura subcortical, pero que tiene conexiones bilaterales con el córtex, y en estas conexiones el sistema límbico es el que va a dar las órdenes dominantes al cerebro.

Por último, hizo una descripción exhaustiva de las aplicaciones farmacológicas en periodo de investigación del cannabinoide. Los cannabinoides son una gran promesa: 1.º por su acción antiemética; 2.º Para incrementar la ingesta alimentaria en casos particulares, caquexia producida por SIDA y con cáncer; 3.º Por su acción analgésica, sobre todo en dos situaciones: dolor neuropático (que responde aleatoriamente a los opioides, y en este caso, su eficacia podía ser superior) y esclerosis múltiple (para la espasticidad) sin olvidar, el tratamiento del gliomas, concretamente glioblastomas,

que no tiene ningún tratamiento efectivo o incluso recientemente en el tratamiento de la osteoporosis (por su efecto sobre el osteoblasto).

Tenemos una diana terapéutica que hoy no estamos utilizando, es el sistema endocannabinoide, y estamos convencidos de que es muy prometedora. En un futuro próximo podremos ver el delta 9 tetrahidrocannabinol como medicamento, como lo son los opioides, pero continuará siendo una droga peligrosa, usada como droga recreativa, como lo son los derivados del opio.

Todas las drogas activan los centros de recompensa; el orden jerárquico de nuestro cerebro.

— El Dr. MIGUEL RODAMILANS, Profesor de Toxicología del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona, se centra en los efectos nocivos. Los más importantes no son las sobredosis, sino los efectos a largo plazo, que denomina «toxicidad crónica», si bien previamente define los cambios en los hábitos o patrones de consumo en los últimos años con un aumento importante de la cocaína y, después, de las anfetaminas, el gammahidroxibutirato o el éxtasis líquido, que ocupa el cuarto lugar de los que se llaman las «urgencias toxicológicas de hospital». El cannabis no es responsable de las intoxicaciones agudas por sobredosis que llegan al hospital pero casi siempre la acompañan.

Se detiene en el problema del precio, y concluye que hay un acceso fácil por parte de la gente joven, de adolescentes, y en los efectos que se buscan pues una velocidad de subida inicial y de finalización de estos efectos rápida. Los psiquiatras hablarían de «euforia de droga» y la «disforia» que se puede producir después, que va a generar que se sienta tan mal el consumidor que necesite consumir otro nuevo cigarrillo, y así continuar esta escalada de adicción. Por tanto, hay parámetros de tipo farmacocinético o toxicocinéticos que van a generar problemas añadidos.

En el individuo adulto actúan las drogas adictivamente, pero en cerebros adolescentes, en formación, cuando se están estableciendo nuevas conexiones neuronales aumentan las famosas «espinas de Cajal», haciendo un podado o eliminación de estas estructuras neuronales.

Pone de relieve que en la adicción a las drogas va a jugar un papel muy importante la recompensa de la droga, que se manifiesta en una de las áreas del cerebro, el área ventral tegmental y el núcleo accumbens, áreas muy vulnerables durante la adolescencia. La adicción a drogas tiene un estado de dependencia fisiológico y psicológico a una sustancia o a una práctica, más allá del control voluntario. Los adictos consumen drogas para evitar el síndrome de abstinencia.

El efecto de algunas drogas como el cannabis sobre el eje hipotálamo-hipófisis-testicular puede ser más notable en varones prepuberales. Lo que produce es la disminución de testosterona, del número de espermatozoides, disminución de la espermatogénesis, de hormo-

nas como la luteinizante o la foliculo estimulante. Otros estudios muestran alteraciones de los movimientos de los espermatozoides y una incapacidad para fijarse en los óvulos. Coincide con otros comparecientes sobre las alteraciones derivadas del consumo de la cocaína. Señala que la patología psiquiátrica de cocaína, es larga y extensa, pero se centra en los efectos cardiovasculares (arritmias, taquicardias, infarto agudo de miocardio). El segmento de población que antes manifestaba infarto de miocardio entre los 40 y 50 años se ha desplazado a edades más jóvenes, entre los 30 y 40 años muchos de ellos relacionados con el consumo de cocaína, además de las complicaciones pulmonares. La cocaína se metaboliza a nivel hepático, pero si se consume de manera conjunta etanol y cocaína, el hígado produce una transesterificación formando un nuevo compuesto el cocaetileno, más adictivo que la cocaína, y una vida más larga. Hay parámetros farmacocinéticos o toxicocinéticos que generaran problemas añadidos ejemplo: el crack fumado es de absorción rápida y elevada, 8 segundos; puede consolidar una adicción en semanas. La cocaína clorhidrato por vía endovenosa, llega al sistema circulatorio a los 30 segundos de haberla inyectado.

El éxtasis, MDMA, produce toxicidad crónica y degeneración de los axones de las neuronas serotoninérgicas (demostrado en animales de experimentación). No destruye el cuerpo neuronal, pero sí parte de estos axones y de las conexiones neuronales. Destaca las degeneraciones neurológicas: produce cambios de humor, relajación, euforia. Por encima de los 0.5g. en sangre: náuseas, vómitos mareo; y por encima de 5 g.: coma, midriasis, bradicardia, y amnesia, de manera muy similar al etanol, de modo que no recuerdan aquello que ha sucedido.

Coincide con todos los ponentes en que el problema no es el agente sino el individuo y que sobre él se ha de actuar fundamentalmente. Por tanto, sí es importante el precio de las drogas pues, significa acceso fácil por parte de los jóvenes.

Recomienda la lectura del Cuaderno del Profesor del Plan Nacional sobre Drogas, que incide en el control emocional para afrontar la ansiedad, con relajación, pensamiento positivo o entrenamiento en habilidades sociales, así como otras ocho recomendaciones que permiten que los jóvenes estén mejor y puedan evitar el consumo de drogas.

Y termina recomendando: la escuela como uno de los pilares fundamentales, la educación sobre todo de tipo emocional.

— El Dr. JORDI ROYO ISACH, Psicólogo de la Diputación Provincial de Barcelona, Director del Programa de Drogodependencia del Ayuntamiento de Badalona y Asesor Clínico de Amalgama-7. Centro de atención bio-psico-social al joven y al adolescente, expone el trabajo llevado a cabo en la Fundación Portal que da soporte a los jóvenes con patologías emergentes

como son las patologías duales y asimismo a sus familias. La patología dual es la que une o asocia consumo de drogas con una aparición de trastorno psiquiátrico, en una edad con inherentes comportamientos de riesgo como es la adolescencia: los adolescentes experimentan un gran esfuerzo de independencia y de diferencia con respecto de sus padres y hermanos. Son frecuentes las crisis de identidad que pueden ser polifórmicas desde un punto de vista evolutivo e incluso sexual. Otro factor es la presión del grupo de amigos, de clase, etc., sin olvidar la fantasía de líder o el mimetismo con el líder, todo lo cual lleva consigo comportamientos de riesgo, que concreta siendo el primero de ellos el consumo de drogas, además de otros en el orden sexual, escolar, emocional, familiar, alimentario e incluso más novedosos asociados a juegos o nuevas tecnologías.

Resume los cinco grupos de drogas más consumidos hoy, epidemiológicamente hablando. Son: el tabaco, el alcohol, los derivados del cannabis, la cocaína y las drogas de síntesis («designer drugs» que son un conjunto de sustancias sintéticas realizadas en laboratorios clandestinos que se han popularizado bajo el nombre genérico de éxtasis). Hace una historia de cada una de dichas drogas. Y aporta los datos de una encuesta en la que el 80 por ciento de los jóvenes responden afirmativamente a las siguientes preguntas: «en mi escuela se consume, se compra y se vende droga», «en mi escuela hay peleas y se producen robos entre alumnos», «en mi escuela se producen actos de vandalismo».

Hoy sabemos que un 30 por 100 de los que hacen un consumo experimental harán también un consumo adictivo.

El consumo de cannabis produce una alteración de la percepción que puede producir implícitamente accidentes por sí misma. A dosis bajas, tendremos un efecto de desinhibición, de locuacidad, de euforia, de ansiedad moderada, de cierta taquicardia, de enrojecimiento de los ojos y aumento de sensación de las ganas de comer, precisamente por el efecto psicodisléptico. A dosis altas, esta ansiedad puede aumentar: tendremos lentitud psicomotora, alteraciones de la memoria, aumento del sueño, desorientación, estados de pánico, confusión cognitiva, vivencias alucinatorias, crisis de despersonalización. Pero cuando estamos hablando de consumos continuados, desde un punto de vista de los principales trastornos físicos, vamos a tener tos seca e irritativa, taquicardia, efectos similares de los que dirigen al consumo de tabaco, irritación conjuntival, sequedad de boca, alteraciones de la presión arterial, irritación gastrointestinal y, naturalmente, síndromes de abstinencia. Desde un punto de vista de los trastornos psicológicos en consumos continuados, en personas que consumen crónicamente: dependencia, síndrome de abstinencia, trastornos de comportamiento sexuales de riesgo, síndrome amotivacional, que tiene algunos signos muy definidos, como pueden ser la apatía, la irritabilidad, las alteraciones de memoria, la pérdida de eficacia en el desarrollo de actividades concre-

tas, la facilidad de frustración, la sobrestimulación de la propia actividad, cambios del ritmo del sueño y del hambre. En cuanto a las drogas de síntesis insiste en sus propiedades entactógena y empatógena.

No es un problema sólo de España. Gran Bretaña y España son los dos países que están en estos momentos a la cabeza de Europa en el consumo de cocaína y cannabis. En la patología dual podemos ver, afirmó, que se pueden dar perfectamente dos situaciones: que el trastorno psiquiátrico eclosione porque había predisposición genética previa y había un comportamiento anterior y las drogas lo ha magnificado, precipitado o aumentado; o bien, que las drogas aparecen como causa del comportamiento distorsionado y no como consecuencia.

Coincide con otros comparecientes en la fácil accesibilidad y en la permisividad, y en el reconocimiento de su extensión.

Concluye que el problema de las drogas es que todo el mundo delega. El ciudadano delega en el Alcalde o en la Policía o en el Juez y ellos, a veces delegan en los Jueces y éstos en los políticos y éstos en la sociedad; todo el mundo está delegando, afirmó. Debe cambiarse el discurso y que nadie delegue su responsabilidad: que el padre haga de padre, que el profesor haga de profesor, el policía de policía, el juez de juez y el político de político. Y añade que deben evaluarse los impactos de las campañas preventivas. Aconseja a sanitarios y educadores un mayor acercamiento a los jóvenes, incluso a su lenguaje. Presenta algunas imágenes impactantes como la del cerebro de un cocainómano con síndrome de abstinencia. Denuncia algunos anuncios publicitarios que puedan promover el consumo. Deben incorporarse, concluye, conocimientos de drogodependencias y de su prevención en los ámbitos sociales, educativos y sanitarios.

— El Dr. ANTONIO GUAL, Jefe de la Unidad de Alcoholismo del Hospital Clínico de Barcelona, expone que las drogas se pueden plantear como un problema de muy distinto tipo —legal, médico, social, económico, político—, pero a su juicio constituyen un problema de salud pública, que afecta a una proporción importante de la población, razón por la cual debe abordarse con las miras puestas en su integración.

No obstante, desde esa perspectiva de salud pública hay que abordar no sólo el problema de las drogas ilegales sino también de las drogas legales, incluidos tabaco y alcohol. Las soluciones son complejas e integrales. Hemos de empezar siendo más exigentes con nosotros mismos respecto de las drogas legales, sin dejar de lado la cuestión de la publicidad y de su regulación, pues sólo con ello habremos dado un paso firme para la protección de los jóvenes, para que no entren en contacto con las drogas, para minimizar sus rasgos. Exige un cambio cultural.

— El Dr. JOAQUÍN SANTODOMINGO, especialista en Psiquiatría, comienza señalando que según datos de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) de abril de 2.006, 2 de cada 10 españoles defienden que las drogas hay que probarlas (el 20 por 100 de la población), y sólo el 44 por 100 de los españoles no encuentra ningún beneficio en las drogas, de modo que el otro 56 por 100 sí que lo encuentra.

Frente a una cultura anterior de «la complicidad» con las drogas, se va imponiendo otra más restrictiva y responsable. Subraya que las familias que mantienen una estructura, que tienen una serie de valores y cohesiones intrafamiliares, desarrollan mecanismos de protección muy importantes y la erradicación considera que es un mito. No puede darse una erradicación, ni del alcohol ni del tabaco ni del cannabis, pero sí se puede hacer que la sociedad en cada momento lo prevenga de la mejor manera posible.

Afirma que no se puede tratar de contactar y de mantener un contacto con una persona consumidora de cannabis pensando que va a ir al despacho del médico en la Seguridad Social pidiendo la cita con hora. Es absolutamente imposible. Hay que plantearse el tipo de respuesta a ofrecer para hacerla atractiva para el consumidor que pueda o quiera salir de su problema, de su influencia, que es de toda la sociedad. Se necesita cambiar la forma de enfrente nuestro; ante el problema, la respuesta debe ser coherente con el daño o los beneficios que se pueden obtener de las cosas. Plantear la cuestión del cannabis, por ejemplo, como se puede dar la satisfacción a la libertad sin tener en cuenta los perjuicios psicóticos y de otro tipo que se puede llevar, es dejarlo a la anarquía total.

— El Dr. MANUEL SANCHÍS FORTEA, Jefe del Servicio de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Diputación Provincial de Valencia, comienza señalando que no existen antecedentes en la magnitud actual de la extensión en la oferta de drogas y en su concentración en la juventud. Asimismo se ha producido un cambio brusco en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás, el más significativo resida en la concepción de las adicciones como una enfermedad y, por tanto, en el reconocimiento de que los pacientes son subsidiarios de la correspondiente atención sociosanitaria.

La respuesta exige su diseño en cinco áreas: prevención, asistencia sociosanitaria, reducción de daños, inserción social y, por último, formación, investigación e información. Se ha de posibilitar un modelo de intervención coherente, con unos objetivos claros a través de estrategias globales multidisciplinares, integradas, equilibradas, que nos aproximen a la solución.

Subraya la importancia de la formación e información orientadas a las familias para que sean capaces de abordar el problema de las adicciones en su núcleo, que debe ser, junto al medio educativo, el pilar básico en las

políticas preventivas. Aunque no ha de olvidarse la necesidad de luchar contra el discurso hedonismo y del consumismo, que conduce al conformismo, a la resignación, a la ausencia de posturas críticas que nos sumerjan en la pasividad, inconcebible ante la mayor precocidad en el inicio de sustancias, como por ejemplo, el tabaco a los 12 años, las bebidas alcohólicas a los 13, o el cannabis a los 14 años.

El cannabis, el 1,1 por 100 de los jóvenes lo consume diariamente y el 36 por 100 en los últimos 10 meses. En cuanto al consumo de cocaína, tanto de forma aislada como asociada: 0,7 por 100 de menores de 14 años la consumen de forma regular y un 6,9 por 100 de jóvenes han consumido en el último año, sin olvidar el uso de estimulantes tipo éxtasis para fines recreativos. Añade que en 2005 la cocaína forma parte del 80 por ciento de las demandas de ingreso; asociada a metadona: 27 por 100; asociada a heroína: el 7 por 100; asociada al alcohol: el 27 por 100. Y asimismo que se va del predominio de la vía esnifada, de la cocaína, del clorhidrato de cocaína, a la vía fumada. Es decir, en estos momentos estamos ingresando pacientes por adicción a la cocaína base.

Hay que crear, afirma, comisiones de coordinación, seguimiento de programas y de recursos que se integren en la red asistencial. Y hay que, por supuesto, que evaluar la actividad asistencial. Y, al mismo tiempo considera que se debe facilitar e incrementar la accesibilidad y la retención de los drogodependientes en los diversos recursos sociosanitarios, para lo cual hay que crear horarios flexibles de atención, centros de emergencia y de intervención en crisis, disponer de un número suficiente de camas para internamiento y de hacer una distribución de recursos desde criterios de oferta y demanda.

En cuanto al alegato de que el incremento de consumo tiene que ver con la prohibición, asegura que es una teoría muy atractiva, desde el punto de vista de la psicología individual, pero dudosamente se puede argumentar que es la prohibición la que provoca el aumento de los consumos, cuando no hay ninguna sustancia en este país que esté tan accesible, tan legalizada como el alcohol, y sin embargo, es la que más se consume y la que más problemas da con diferencia, desde el punto de vista del orden público.

La gran característica del momento de los consumos de drogas es la normalidad con que se consumen.

Ese proceso de instalación en la normalidad es lo que explica, el por qué se extienden tanto los consumos y explica el por qué se extienden de forma transversal refiriéndose a los problemas de interferencia con el desarrollo educativo.

El gran problema de la educación en este momento es el enorme divorcio que se ha producido entre el ejercicio de las responsabilidades educativas de la familia, de la escuela y de los instrumentos comunitarios.

— Don AMADOR CALAFAT, Presidente de IREFREA, comienza señalando que España es el país en que es más fácil conseguir drogas en pubs o discotecas: el 90 por 100; cerca de donde vive: el 75 por 100; y en la escuela, facultad o cerca de ellas: el 66 por 100; cuando en Holanda estamos en el 39 por 100.

En Holanda el precio del cannabis es cinco veces más caro que en España. Además alrededor de la escuela se tiene más fácil en España conseguir que en Holanda, país en el que se confiscaron en 2001, 884.000 plantas, frente a 68.000 en Alemania.

Por otro lado, señala que muchas veces, la prevención aparece anclada en la idea de que el consumidor de drogas es alguien que es pobre o que no tiene acceso a la sociedad, etc., cuando la realidad en un país como el nuestro es que consume quien tiene dinero y medios. Se ha de estar muy atento a los mitos culturales que se están generando en torno al consumo de las drogas.

— Don EUSEBIO MEGÍAS VALENZUELA, Director Técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, reafirma la contestación del crecimiento de los consumos desde hace unos diez años asociada con otras características que dan al problema una especial dimensión. Incide especialmente en determinados colectivos, en determinados grupos de riesgo, y sin embargo, aparece como un consumo transversal. Es un consumo que aparece en todos los grupos sociales y que aparece en franjas de edad ampliadas, aunque es cierto que incide más especialmente en las capas juveniles. Casualmente y de acuerdo con estas investigaciones, no siempre en las capas juveniles más precoces, no son siempre los últimos adolescentes y los más jóvenes los que más consumen; hay un grupo que es el grupo de entre 30 y 40 años que está consumiendo y que está consumiendo muchísimo. Pero que, en cualquier caso, son consumos que aparecen de forma transversal, aparecen en todos los grupos. Ha cambiado el patrón de uso, la intencionalidad de uso, asociado, sobre todo, a comportamiento de ocio.

El incremento de los consumos no tiene que ver con la accesibilidad, con la facilidad de acceso a las sustancias, lo que no quiere decir que no se deba dar importancia a ese acceso.

No parece que haya una correspondencia de una curva de facilitación del acceso y facilitación de los consumos.

Tampoco tiene que ver con el hecho de la prohibición, ni con cambio en individuos o en grupos sociales en cuanto a esquemas de funcionamiento. No tiene que ver con razones de tipo individual, ni muchísimo menos con razones microgrupales porque se entiende a consumos de forma transversal. Lo que explica la inflexión actual en cuanto al consumo de las drogas es que empiezan a ser una especie del paradigma de los estilos de vida que son los estilos de vida dominantes, en la

moderna civilización del ocio en la que se unen los consumos de sentencias legales e ilegales, en un marco de aparente normalidad y aceptación. Empiezan a aparecer fenómenos sociales que ya hace años aparecieron en relación con el alcohol, que son fenómenos de ritualización del consumo, patrones de uso del consumo.

En los problemas de tipo médico, nos podemos fijar excesivamente, y, a veces, no nos dejan ver el bosque. Nos estamos olvidando de otros problemas que pueden ser en la situación actual tan importantes o más que los problemas de salud, y se refiere a los problemas de interferencia con el desarrollo educativo y de comportamiento social (violencia, maltrato, tribalismo, radicalismo).

— El Dr. ELISARDO BECOÑA, Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, explicó que en este momento, lo que no se ha producido en el pasado, la baja percepción de riesgo que se tiene sobre todo tipo de drogas, tanto las legales como las ilegales, sean cannabis, drogas de síntesis o cocaína, son por una parte ser personas jóvenes, llenas de vitalidad y de energía, con dinero y tiempo libre, que pueden dedicar ese dinero y ese tiempo libre a lo que quieran, teniendo en cuenta la gran disponibilidad de acceso y asequibilidad. Ha habido, además, una amplia normalización respecto de la percepción de riesgo pues el predominante mensaje hedonista y de inmediatez en la población juvenil la idea de que está inmunizada ante cualquier mal que le pueda acaecer. A menor percepción de riesgo, mayor consumo de drogas, y por tanto mayor dependencia, mayores problemas de salud, mayor susceptibilidad y otras características personales consecuentes, como letargo, problemas de concentración, atención y memoria, depresión, arritmias, reacciones paranoides, crisis de ansiedad, pero también fracaso escolar y otros costes familiares y sociales.

Por lo demás asegura que el consumo de drogas está generalmente unido al de alcohol «en situaciones públicas». Insiste en la relevancia de la educación preventiva a la que hay que dedicar más recursos, pues el tratamiento está bastante bien cubierto, y «luego hay que hacer normas claras que se cumplan».

— Don JOSÉ LUIS SANCHO, Coordinador del Área de Menores de Proyecto Hombre, compareció acompañado de Don Francisco Orsi, de la misma entidad. Se preguntó por qué consumen los jóvenes si realmente tienen más información que cualquier otra generación de la historia de nuestro país y además saben qué son las sustancias y qué les sucede al consumirlas.

La respuesta es que consiguen situaciones agradables con el consumo de sustancias y, por tanto, los comportamientos de riesgo tienen resultados siempre satisfactorios, seguros e inmediatos.

De hecho de cada cien jóvenes españoles ante las drogas es que sólo 32 las rechazan, mientras 68 aceptan su uso: un 43 por 100, un uso explorativo y un uso pro-

blemático, el 25 por 100. Es muy difícil hablar de adicciones en la población joven pero sí de consumos abusivos, principalmente asociados al fin de semana, al ocio, a la diversión.

La normalización y aceptación social del uso del cannabis, cada vez en edades inferiores, hace un flaco favor. Como muestra del grado de penetración destaca que en el gran buscador de Internet: si escribes «cannabis» aparecen 6.900.000 entradas de golpe; y, páginas serias y equilibradas sobre el cannabis, no cree que pasen de mil. Corre la voz entre los muchachos que el cannabis no hace nada, que hay unos ideales de bondad asociados al consumo de cannabis y, luego está, el mito de la seudociencia y la salud, que el cannabis es bueno para unas patologías, en unas condiciones médicas determinadas.

Se detiene en la consideración de las consecuencias, el aumento del fracaso escolar y laboral, y el aumento de las sintomatologías psiquiátricas, enfermedades mentales severas que no cristalizan hasta el inicio de la edad adulta, con lo cual tanto los médicos como los psicólogos tenemos verdaderas dificultades para poder ayudar efectivamente a estos jóvenes y a sus familias.

Remarca los datos de un solo dispositivo en Madrid que el año 2005 atendió a 230 familias. En el 79 por 100 de los casos, había como mínimo violencia verbal, de los adolescentes hacia sus progenitores; violencia física contra sus padres en un 31 por 100 de los casos, por fin, en un 50 por 100 había violencia física contra las cosas y en un 20 por 100, autolesiones.

Da cuenta de que su organización había empezado a hacer prevención en primero y segundo de la ESO, y a partir de ahí a subir a tercero y cuarto. Las evaluaciones les han conducido a bajar la prevención a sexto de primaria y el 2007 lo harán en quinto. A su juicio, la prevención debe llegar a todos los centros escolares, siendo esencial la motivación de los profesores, a los que habría de conceder algún incentivo.

— El Dr. GABRIEL RUBIO VALLADOLID, Jefe de los Servicios de Salud Mental del distrito de Retiro (Madrid), muestra datos de dicho distrito que acoge clase media-alta, con 130.000 habitantes y dispone de cuatro centros de salud de atención primaria y dos colegios.

En general, el consumo de sustancias de los jóvenes inicialmente tiene que ver más con una actitud de separación con los padres, pero también responde a que «tienen que probarlo pese a las advertencias sobre los riesgos». No obstante, en otras ocasiones el consumo de sustancias viene dado porque «están dentro de un grupo de referencia que acaban de conocer y que tiene un patrón de uso de sustancias» y el joven decide probarlo. También los hiperactivos —trastorno por déficit de atención e hiperactividad— tienen mucho más riesgo de consumir sustancias, pero no es la norma.

Considera alarmantes los datos de consumo de cannabis, pero sobre todo de cocaína, pues se ha pasado del 1,1 por 100 en el año 1994 al 4,8 por 100, hoy.

El 50 por 100 reconoce que cuando consumen drogas no duermen bien, que tienen problemas con la memoria que tienen un bajo rendimiento escolar e incluso un estado de tristeza que muchas veces tiene que ver con la resaca del día siguiente o se manifiesta incluso con cuadros depresivos que aparecen al haber tomado diferentes sustancias.

Según los datos de los colegios del distrito, en los jóvenes son consumidores habituales de sustancias en el recreo, el fracaso escolar está entorno al 75 por 100. Este fracaso escolar está en torno al 20 por 100 cuando se trata de no consumidores habituales de porros, y ello en un ámbito no marginal.

Destaca que muchas veces los pediatras no tienen herramientas para poder intervenir o para derivar y también es verdad que muchos de mis compañeros de salud mental infanto-juvenil tienen dificultades para poder intervenir en el tema de las sustancias porque les falta formación.

— La Dra. AMAIA HERVÁS ZÚÑIGA, Psiquiatra Especialista en Salud Mental de Niños y Adolescentes ejerce en la Clínica Universitaria Dexeus de Barcelona, afirmó que desde los 4 ó 5 años podemos predecir qué niños van a tener un mayor riesgo de tener una dependencia a las drogas.

El grupo que realmente tiene un consumo permanente de drogas, un grupo que empieza muy pronto a consumir y que tienen problemas emocionales y conductuales desde muy pronto en su vida presenta unos patrones familiares tanto de psicopatología, de consumo de drogas, problemas mentales o incluso de patrones familiares que son disfuncionales. Alrededor del 50 por 100 de los pacientes, del centro en que ejerce, presentan unos factores comunes que unen consumo de drogas ilegales con bajo rendimiento escolar, problemática familiar y agresividad. Es muy difícil saber hasta qué punto la psicopatología es anterior al consumo pero sí está claro que el consumo mismo provoca incremento de psicopatología e incluso hay datos sobre incrementos de los suicidios.

El cannabis es la droga ilegal más comúnmente utilizada. Uno de cada diez adolescentes se va a volver dependiente del cannabis, con grandes consumos diarios (entre 20 y 30 porros).

Aunque durante mucho tiempo se pensaba que no había síndrome de abstinencia relacionado con el cannabis es claro que existe, sobre todo en grandes consumidores. Produce un incremento de irritabilidad, alteraciones en el dormir y en el apetito; en el rendimiento escolar estos efectos sedativos pueden durar días o semanas. Afirma que ha tenido jóvenes con problemas de atención en la infancia que pierden completamente la atención por el consumo importante de cannabis. Y recuerda sobre los efectos, sobre la atención en los con-

ductores y el riesgo de accidentes. El 75 por 100 de los que comienzan con el consumo después de 20 años dejan de consumir, pero los que comienzan con una edad precoz tienen más riesgo de permanecer en el consumo. Ha comprobado que una gran cantidad de adolescentes cultivan sus plantas de marihuana y, por tanto, se autoabastecen.

Uno de los problemas que tenemos con la cocaína es que muchos de los chavales que empiezan con trastornos bipolares, que son trastornos psicóticos, son personas que tienen una desconexión con la realidad, que tienen un incremento de energía, alucinaciones, delirios paranoides y de persecución.

El trastorno de personalidad antisocial es uno de los cuadros más asociados al consumo de cocaína. Esos trastornos de personalidad antisocial son: personalidades irresponsables, con problemas laborales fundamentalmente inestabilidad laboral, con problemas legales. Todos han tenido problemas de conducta social ya en la adolescencia. Entre un 53 y un 68 por 100 de los pacientes que consumen cocaína tienen algún síntoma psicótico, es decir, alucinaciones, delirios paranoides y de persecución. Se entiende sobre los problemas de trastornos bipolares (droga más trastorno psiquiátrico) de muchos adolescentes.

Denuncia, por fin, que hay demasiada permisividad por parte de las familias, y dentro de los colegios en los que incluso se «trapichea». Y concluye diciendo que los jóvenes no tienen conciencia real del daño que les puede producir el consumo de las drogas; creen que no es tan malo pues los adultos se lo permiten y además sienten algunos efectos sedativos, recreativos, desinhibitorios y sensoriales positivos. Pero desconocen que daña a su salud, su rendimiento escolar, su futuro.

— La Dra. AMPARO SÁNCHEZ MÁÑEZ, es miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas y ejerce su actividad en un Centro ambulatorio asistencial de la Comunidad Valenciana, subraya que actualmente la adicción (un 7 por 100 de estudiantes entre 14 y 18 años) a la cocaína la sitúa a la cabeza de las demandas de tratamiento.

Aunque el cannabis es la sustancia ilegal más consumida e incluso se banaliza su uso y se asocia al ocio e incluso a un hábito o estilo de vida de una proporción importante de los adolescentes, se centra en la cocaína, que se asocia al éxito, al mundo yuppie, a la productividad.

Tres de cada cuatro consumidores utilizan la cocaína por vía esnifada y el resto, por vía inhalada o pulmonar, con los consabidos problemas orgánicos que llevan cada una de estas vías: perforación de tabique nasal, de paladar, problemas pulmonares en el caso de la inhalada, aumenta la patología respiratoria, cáncer de pulmón, patología mental, etc..

Describe su trabajo en la unidad asistencial, un centro ambulatorio de la Comunidad Valenciana, en que trabaja. El área de influencia de esta unidad de trata-

miento tiene más de 134.000 habitantes, distribuidos en 16 localidades, en un eje viario de 140 kilómetros y es una zona de expansión de Valencia capital que abarca zona de área metropolitana y zonas donde confluyen áreas residenciales y prósperas con un barrio de acción preferente, donde vive población inmigrante y población de etnia gitana. El 70 por 100 de esta área de influencia está ubicado en municipios cerca de la ciudad de Valencia, de la capital, y el resto, el 30 por 100 está disperso y es eminentemente agrícola, con un gran crecimiento de la inmigración. Las urgencias están saturadas de adicciones.

Observa en los últimos años, dos grandes problemas emergentes. Por un lado, una incorporación de adolescentes (en 2005 representan ya un 10 por 100, con un importante crecimiento de mujeres) con problemas de conducta que consumen cocaína o cannabis, y/o las dos sustancias, que acuden a las unidades de tratamiento, bien sea de forma voluntaria, bien por presión de los padres (aunque los padres ejercen cada vez menos de tales, dice) o porque les han impuesto multas y se les obliga a acudir a un centro de tratamiento (que denomina «unidad de tratamiento adictiva»), es que la cocaína es la sustancia que más tratamientos suscita tanto sea en su forma de clorhidrato, por vía esnifada, como por vía inhalada, que se transforma de cocaína a base, crack o piedras, como lo llaman en nuestro país.

Una constante es el policonsumo: la tríada alcohol, tabaco, cannabis o cocaína, cannabis, alcohol, tabaco. Y que cuando se acude a los 17 años a solicitar tratamiento ya llevan tres o cuatro años consumiendo.

Coincide con los demás ponentes en el adelanto de la edad de que se inicie, en la importancia del precio y en la accesibilidad.

En cuanto a las variables psicosociales, hemos encontrado que hay antecedentes familiares de primer grado de consumo en un 37 por 100 de los casos. Las características que vemos de personalidad de los adolescentes es que son jóvenes impulsivos, con baja tolerancia a la frustración, transgresores de la norma, buscadores de sensaciones y con una baja autoestima, y presentan escasas o nulas estrategias de afrontar los problemas más nimios de la vida cotidiana.

Los estudios de neuroimagen y neurobiología evidencian que hay un daño cerebral, que las respuestas emocionales son inapropiadas y que las funciones ejecutivas o capacitados de organización autosuficiente están alteradas. Señala que hay un sustrato anatómico claro en la adicción. Nuestro cerebro frente a estímulos positivos reacciona estimulando el córtex orbitofrontal, donde radica lo cognitivo, o el núcleo accumbens y la amígdala izquierda. En los pacientes esta estimulación no existe, pues les motiva más una raya de coca que jugar. En dichas áreas radica la capacidad de control inhibitorio que es la capacidad de decir «no».

Afirma que hay una evidencia científica del daño cerebral, que los trastornos adictivos tienen un sustrato biológico y que son una enfermedad crónica irreversible.

Se pregunta qué ocurrirá en el futuro con el cerebro de los adolescentes que se han iniciado tan precozmente en el consumo y, sobre todo, cómo vamos a tratar esos cerebros inmaduros que son más vulnerables a la acción de cualquier tóxico que produce inmediatas alteraciones cognitivas y emocionales, y que pueden concluir en el desarrollo de psicosis o esquizofrenias.

Se pronuncia en contra de la legalización del cannabis, como médico, porque hay un daño, un sustrato biológico y un daño cerebral muy claro, y no se puede legalizar algo que produce daño. No hay ningún tratamiento específico para tratar el síndrome de abstinencia de cannabis y de la cocaína. Es un tratamiento sintomático de la irritabilidad, la ansiedad, etc..

— El Dr. JULIO BOBES GARCÍA, miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo, es asimismo Presidente de Socidrogalcohol.

Debe partir de que hablamos del uso de sustancias que tienen cara B; no solamente tienen aspectos deseados, como es el caso de la estimulación, sino que hay cara B, en cuanto todas ellas acaban pasando al cerebro de una manera más o menos rápida y producen cambios en el comportamiento del individuo, cambios de su psicobiología, y, en muchas ocasiones, en la salud general, en la salud física del individuo y en la mayor parte de las veces, en ambos sistemas.

En los últimos años hemos congelado, en cierto modo, el fenómeno de la adicción a los opiáceos —a la heroína— y lo hemos hecho poniéndolos en tratamiento con metadona; no se han aireado, pero se mantiene una situación de «in pass» que aceptan ambas partes: los médicos los mantenemos con un opiáceo y los adictos se limitan a tomar la sustancia diariamente. Es decir, hay una cierta congelación del problema al que no hemos podido dar más contestación que el mantenimiento con metadona.

En cuanto al consumo de las otras drogas el cambio que se ha dado parece es a favor de la facilitación social, y el alejamiento de la conciencia de riesgo o peligro, pues se tiene sensación de cierta normalidad en los patrones de comportamiento.

Por otra parte, hay elementos sustanciales en lo social que han perdido enteros: por una parte la familia, porque se ha reducido transformándose en una familia nuclear y por otra parte la escuela, que ha perdido prestigio y capacidad de intervención sobre los jóvenes.

Hay una cierta confusión entre lo que se llama valores y competencias que en los adolescentes produce un daño muy importante.

España está muy bien anclada en cuanto a datos epidemiológicos indirectos pero es de los países que puede presumir de tener datos continuados muy por encima de lo que hay en la mayoría de los países europeos de cómo van las cosas.

Han ido creciendo todos los consumos de los que teóricamente declaran consumir cannabis los últimos

doce meses, los que consumen los últimos treinta días y los que declaran consumir alguna vez. Prácticamente los crecimientos son similares; es decir, en 1.994, la tasa de personas que consumían cannabis no llegaba al 20 por 100 de los jóvenes, sin embargo en la actualidad estamos en el 40 por 100.

En diez años los adolescentes han perdido miedo, perciben que los riesgos son menores que los que tenían sus coetáneos hace 10 años. En términos de predicción quiere decir que el fenómeno va a crecer más; si ahora creen que no tiene tanto riesgo como se pensaba en el pasado quiere decir que va a crecer más.

Con los derivados cocaínicos nos movemos con unos parámetros parecidos. La media de inicio en los últimos diez años se mantiene, pero los consumos afectados siguen creciendo y se han prácticamente duplicado, teniendo en cuenta que estamos hablando de escolares no de los adultos. Utilizando las encuestas escolares, que como saben se realizan cada dos años, si buscamos la percepción que ellos tienen respecto a estos diez años la percepción de producir bastantes o muchos problemas ha ido disminuyendo.

No hay ninguna duda de que el rendimiento académico está afectado por el uso y abuso de sustancias. Son repetidores de un curso al menos el 34 por 100 de la población escolarizada en 2004; o sea, un tercio de los jóvenes escolarizados en España tienen problemas de rendimiento académico, y esos problemas tienen como mínimo una asociación —que no es única— con el uso y abuso de sustancias.

Es muy difícil armonizar el derecho a la salud y el derecho a la libertad. En este caso, para los adolescentes, como son malos gestores de su riesgo de salud permiten ayudarles a regular esos riesgos con intervención externa. Esa gestión de riesgos debe estar en manos de las instituciones y de las políticas de prevención de salud.

— El Dr. JUAN ANTONIO ABELJÓN MERCHÁNES, Jefe del Centro de Salud Mental «Julián de Ajuaguerra» y responsable de dos centros de atención a pacientes toxicómanos, uno un centro ambulatorio, que atiende de forma sectorizada a la mitad de la población de Bilbao, y el otro una comunidad terapéutica que también es del Servicio Vasco de Salud, que atiende a los pacientes de la provincia de Vizcaya.

Cuando a un joven le proponen encuentro con las drogas, una parte relativamente importante, un 32 por 100, va a rechazar este encuentro. Sin embargo hay un 68 por 100 que dice sí y se pone en contacto con esa sustancia. La parte más importante de ese 68 por 100 va a utilizar drogas en contextos lúdicos, estimulantes del sistema nervioso central, pero va a hacer de esa puesta en contacto un uso meramente explorativo, de ver qué efectos causa y si interesa desarrollar o dejar. El resto, en torno a un 25 por 100 va a hacer un uso problemático, entendiendo aquel uso en el cual los efectos de las drogas se conectan con importantes necesidades personales, ya sea sociali-

zación, de dificultad para afrontar un proceso de autonomía, de dificultad para afrontar la sexualidad o el mundo de los efectos, dificultad para afrontar el mundo laboral con cierta capacidad personal, etc.. Ese uso problemático que siguen un 25 por 100 va a tener dos recorridos específicos, el 20 por 100 va a hacer de esa utilización una dependencia o hábito, es decir, la droga es un sostén para una adaptación inestable.

Solamente un 5 por 100, en este recorrido amplio cuando al sujeto se le pone en contacto con la sustancia, va a hacer una toxicomanía: el individuo vive desde, por y para el consumo de la sustancia, se levanta pensando en consumir, organiza su vida, trabajo y economía para conseguirla, organiza su vida familiar entorno a esa sustancia, pierde la vida familiar en torno a ella, etc.. No podemos ver a todas las personas que consumen drogas a través de las fajas del toxicómano porque entonces estableceríamos políticas asistenciales equivocadas, y fracasaríamos en nuestros intentos de ayuda. Esto no quiere decir que los problemas de esos recorridos puedan ser graves, pues muchas veces el uso explorativo tiene consecuencias fatales.

La percepción de riesgo, ha disminuido y ha aumentado la disponibilidad. No es solamente una situación española sino europea también. La prevalencia del consumo de cannabis ha aumentado de forma muy importante en los últimos diez años entre los escolares de 14 a 18 años y la percepción de riesgo ha disminuido y la disponibilidad ha aumentado muchos más.

Hasta un 30 por 100 del tiempo de nuestro equipo de trabajo se emplea en resolver problemas no al consumidor, sino a aquellos sistemas que están relacionados con el consumidor como puede ser el sistema familiar.

Muchas veces, para poder ayudar al consumidor, es necesario trabajar con el contexto. Si modificamos algunos de los parámetros del contexto esta modificación va a afectar directamente al consumidor.

Hoy las respuestas asistenciales han cambiado. En este momento caminamos hacia la complementariedad de los modelos de intervención con una respuesta profesionalizada.

Los aspectos positivos derivados en los cambios experimentados en la evolución de los modelos asistenciales son: en primer término, se ha producido un acercamiento a la realidad del consumo de drogas y a la persona del consumidor; en segundo lugar, se han mejorado los dispositivos dotándolos de mejores medios y profesionalizándolos, se ha creado un marco teórico, la evidencia científica; en tercer lugar, se ha cambiado hacia la buena práctica y se ha flexibilizado la intervención de tal manera que se adapta mucho mejor a los cambios; y, por último, se han especializado las intervenciones, de modo que se trabaja con adolescentes, con cocainómanos, con heroinómanos, con crónicos consumidores de alcohol, etc..

Los medicamentos son importantes, pero la excesiva tendencia hacia la medicalización es preocupante. Se ha relegado a segundo plano la intervención psicote-

rapéutica, es decir, aquellas intervenciones basadas en la palabra, que pretenden escuchar y proponer a través de la palabra con el usuario, con la familia, con los diferentes contextos en los que vive, una posibilidad de cambio. Asimismo hay una tendencia a la compartimentalización de las intervenciones por áreas.

Recuerda tres conclusiones, de un investigador americano, muy interesantes. Primera, los consumidores de drogas que acuden a un programa de tratamiento mejoran su pronóstico frente a los que no acuden a ningún programa. Segunda, los consumidores de droga que acuden a un programa de tratamiento con una oferta múltiple de recursos, mejoran su pronóstico frente a los que acuden a un programa de tratamiento con una única oferta terapéutica, aunque sea la mejor. Tercera, los consumidores de drogas que acuden a un programa de tratamiento en el cual se consigue involucrar a la familia mejoran su pronóstico frente a los que acuden a un programa de tratamiento en el que no se consigue involucrar a las familias.

— Don MARTÍN FRANCISCO BARRIUSO ALONSO, Presidente de la Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC), expone las demandas pendientes de la FAC sobre la Ley de Seguridad Ciudadana y su abusiva aplicación, sobre las políticas de reducción de riesgos y sobre la regulación del cultivo de cannabis dirigido al uso personal.

Indica que la Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC) es una federación de quince asociaciones, formada por personas usuarias, cultivadora y estudiosas del cannabis. No representa, subraya, a una asociación pro cannabis; no hacen apología ni fomentan el consumo, menos aun entre adolescentes; sólo defienden sus legítimos derechos como adultos.

Afirma que es cierto que existe un problema creciente por aumento en el número de casos de consumo inadecuado de cannabis, especialmente por parte de adolescentes y preadolescentes, lo que existen son motivos innegables para la preocupación. Ahora bien, también cree que se está exagerando (incluso manipulando algunos de los datos sobre el fenómeno y sobre sus consecuencias futuras).

Se habla una y otra vez de que los jóvenes no tienen conciencia del riesgo que conlleva el consumo, pero también en este caso denuncia que hay una utilización incorrecta de los datos sociológicos pues la inmensa mayoría de los jóvenes españoles considera que hay un elevado riesgo en el uso habitual de estas sustancias; los jóvenes tienen una elevada percepción de riesgo, pero distinguen las diferentes sustancias y, sobre todo, son conscientes de la diferencia entre consumo esporádico y habitual.

Aunque cree que se exageran las dimensiones de los problemas relacionados con el uso de cannabis (alteraciones en la memoria, en la capacidad de concentración y aprendizaje, trastornos mentales, problemas respira-

torios, etc.) coinciden en que esos problemas existen y que, en su mayoría, tienen relación directa con la edad; por tanto, los esfuerzos de interdicción deberían ir orientados, a impedir el consumo entre menores de 16 años —mejor si fuera entre menores de 18 años— y los esfuerzos preventivos a reducir el consumo entre adolescentes.

Pero apuesta por un cambio en las políticas prohibicionistas, que están en vigor en España desde hace un poco más de 40 años, para frenar el consumo y la tenencia del cannabis por adultos. E incluso señala que debe recordarse las consecuencias positivas del consumo responsable de algunas porque responden a lo que parece haber sido una necesidad de los seres humanos desde siempre: alterar nuestra conciencia, percepción o estado de ánimo. La prohibición no reduce sino que hace aumentar los problemas relacionados con el consumo de drogas. La ilegalidad contribuye a hacer el consumo más atractivo para muchos, especialmente para ciertos jóvenes.

Apuesta, en fin, por la creación de clubes o sociedades de personas consumidoras donde, de conformidad con la jurisprudencia sobre el consumo compartido, personas adultas previamente usuarias, puedan obtener cannabis producido en circuito cerrado sin fines comerciales. Este tipo de establecimientos podría ayudar a reducir la disponibilidad de cannabis para los más jóvenes contribuyendo a limitar los riesgos, así como la normalización social del consumo.

— El Dr. ÁLVARO IRUÍN, es Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), efectúa una comparación entre los datos de 1997 y de 2005, para concluir que la cocaína aparece como el estimulante preferido por muchos jóvenes europeos; el consumo de anfetaminas y éxtasis está en aumento; el cannabis sigue siendo la droga más popular en Europa, y las politoxicomanías, es decir, el policonsumo es una cuestión fundamental.

Denuncia que hay una importante disminución de la percepción de riesgo en relación con el consumo de las drogas, sobre todo del cannabis, y un incremento de la percepción de la accesibilidad; es decir, parece que es más fácil conseguir. Pero, hay un aumento de los daños sobre la salud, que han variado en su formato: antes se medía el impacto en forma de mortalidad, morbilidad y urgencias psiquiátricas, generadas normalmente por el consumo de heroína o derivados, y ahora están apareciendo otros tipos de problemas de salud asociados.

La tasa de mortalidad, ha disminuido, puesto que la heroína se ha reducido, pero para el resto de los problemas que no son heroína los tratamientos no son tan eficaces como lo fue la metadona en su momento a la hora de intervenir directamente y sustituir una sustancia por otra. Además, está el impacto que el consumo de drogas tiene a nivel social, y también en el ámbito delictivo y en el uso de la violencia en distintas formas.

La edad de inicio en el consumo de tóxicos coincide con el período adolescente, y el período adolescente es una etapa en la que la aparición de trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, psicosis afectivas, trastornos de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, ansiedad, ciclotimia, etc.) es más predominante. No bastan, pues, actuaciones puntuales.

Desde el punto de vista de una unidad de hospitalización que trata los cuadros de psicosis que no han ido bien con ningún tratamiento —psicosis refractarias—, encontramos que del total de pacientes que han ingresado, un porcentaje en torno al 70 por 100 tenía un consumo asociado de tóxicos.

Señala que desde el punto de vista psiquiátrico, el tabaco no presenta problemas de deliriums, de psicosis o trastornos del ánimo, simplemente podríamos tener un cuadro de dependencia o un cuadro de abstinencia. Pero todos los demás consumos, los de cannabis o cocaína, etc., sí pueden generar trastornos psiquiátricos. El trastorno psicótico, que es el paradigma de la enfermedad psiquiátrica crónica y grave, puede ser generada por todas las sustancias, excepto por la nicotina y por la cafeína, si bien hay un factor determinante cual es la vulnerabilidad del individuo, y lógicamente, la magnitud del consumo.

— El Dr. BARTOLOMÉ PÉREZ GÁLVEZ, afirma que hay que diferenciar la nocividad en cuanto a los adolescentes y en cuanto a los adultos, y ello tanto a nivel biológico como psicológico.

En cuanto a la nocividad, destacaría lo que como psiquiatra le preocupa más, y que es común a todas las sustancias: la afectación del lóbulo frontal, del lóbulo ejecutivo, del lóbulo con el que vamos a razonar, con el que vamos a actuar. Si no lo tenemos madurado, evidentemente, va a imposibilitar una maduración correcta. Si está madurado va a hacer daño de todos modos, y no va a hacer una remisión completa de ese daño. El grave error es pensar que si una persona deja de consumir se va a solucionar el problema.

En cuanto a los efectos individuales, expone que la cocaína va a provocar una desregulación a nivel de neurotransmisores, fundamentalmente de la dopamina, aunque va a hacer desde un déficit, manifestado en estados depresivos, generalmente en la abstinencia, a un exceso, manifestado en estado psicótico de tipo paranoide, que se ve en la intoxicación mientras una persona es dependiente. Destaca que hoy el cocainómano está siendo atendido en urgencias, fundamentalmente en los servicios de cardiología y de neurología, y ello porque el daño agudo que está generando en forma de infartos agudos de miocardio, de accidentes cerebrovasculares, independientemente de toda la esfera psiquiátrica que puede llevar desde un extremo de depresión a un extremo de psicosis. Con las meta-anfetaminas, las llamadas drogas de diseño, éxtasis y similares, ocurre exactamente igual, independientemente de que qui-

zás tienen más poder, más casuísticas de intoxicaciones agudas y muchas de ellas con causa de muerte.

El cannabis no es puerta de entrada de nada. La puerta de entrada es aquella sustancia que tenemos más a mano: el alcohol o el tabaco; luego el cannabis, las drogas de diseño, todo tipo de pastillas, la cocaína, según vayamos teniendo acceso a esas sustancias. No obstante, es cierto que la persona que consume cannabis tiene una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias.

Los consumidores de cannabis, según diversos estudios, presentan más prevalencia de psicosis, de trastornos psicóticos, pero no sólo, pues también hay simplemente síntomas psicóticos. Este riesgo se incrementa cuando el consumo es más precoz y cuando hay más frecuencia de consumo.

Insiste en que uno de los principales factores de incremento de consumo de estas sustancias es la disminución de la percepción del riesgo. A su juicio esa percepción se debe, sobre todo, a personas que tienen acceso a los medios de comunicación. Si este discurso social sigue siendo el que es, concluye, el consumo seguirá subiendo.

IV. CONCLUSIONES DE LA PONENCIA

La Comisión agradece la colaboración que al trabajo de la Ponencia han prestado todos los comparecientes. Las intervenciones de los expertos y representantes de distintas entidades que han comparecido, han sido ilustrativas y han aportado elementos de juicio para el debate en la Ponencia, planteando cuestiones importantes.

Antes de entrar a reseñar las conclusiones a que ha llegado la Ponencia, ésta considera necesario hacer una reflexión sobre los jóvenes y la relación que éstos establecen con el consumo de drogas.

Los jóvenes españoles no son ajenos a la sociedad en la que viven. Los consumos juveniles no pueden ser analizados sin considerar el contexto socio— cultural en el que se producen. Nuestros jóvenes son distintos a los que lo fueron en los años ochenta y viven en una sociedad diferente. Se trata de una generación libre, abierta, bien preparada que tiene la oportunidad de manejarse en una pluralidad de trayectorias.

El consumo de drogas es un problema que alcanza a toda la sociedad, tanto la española como la europea, no sólo a los jóvenes. Además, hay que dejar claro que no todos los jóvenes son consumidores de drogas, bien al contrario es mayoritario el sector de los que no consumen.

A título de ejemplo, podríamos citar que la tasa de prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en el último año entre los estudiantes de 14 a 18 años, según los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004, se traduciría, en términos absolutos, en aproximadamente unos 160.000 jóvenes frente a más de 2.100.000 que no lo hacen.

La Comisión considera que, sin perder de vista la importancia de incrementar los esfuerzos dirigidos a la reducción de los consumos, no puede caerse en la estigmatización de todos nuestros jóvenes sino que debe ponerse de relieve la actitud positiva que mantiene la mayoría, rompiendo el binomio juventud-drogas que parece estar instalado en los medios y en la percepción social del problema.

Tras esta primera reflexión, la Comisión establece conclusiones que atañen en primer lugar a la descripción del problema objeto de estudio:

1. Cambio en los patrones de consumo y en las sustancias consumidas.

En la actualidad, se ha operado un cambio radical en los patrones y perfiles de consumidores. El patrón heroína, unido al estereotipo del adicto conflictivo, ha desaparecido. Los consumos de drogas aparecen imbricados en la sociedad, con apariencia de normalidad.

Los consumidores son, en general, personas integradas que estudian, trabajan y que, en principio, no presentan conflictividad social. El nuevo patrón de consumo de la sociedad, de alguna forma más visible entre los jóvenes, está ligado a la nueva cultura del ocio, a los consumos recreativos que en la mayoría de los casos no están asociados a una única sustancia. La conducta habitual es la del policonsumo en el que aparecen asociadas sustancias como el cannabis, el alcohol, el tabaco, las denominadas drogas de síntesis y la cocaína.

2. Descenso de la percepción de riesgo y mayor accesibilidad.

El descenso del consumo de heroína y la mejora de los programas de atención y tratamiento a estos consumidores ha llevado a la población, en general, a tener una menor percepción social de los riesgos derivados del consumo de drogas.

Especialmente entre los más jóvenes la percepción del riesgo asociado al consumo es baja. A esto se une que los jóvenes tienen una mayor accesibilidad a las drogas, opinión compartida por los jóvenes europeos que reconocen que la droga es muy accesible en su entorno.

La Comisión considera que es un factor importante a considerar la tendencia a la baja de los precios de las distintas sustancias que se constata en todos los países europeos.

3. Inicio del consumo.

En los últimos años el inicio en el consumo de drogas ha sido cada vez a edades más tempranas, sobre todo en el caso de las drogas más extendidas, así en el caso del tabaco es de 13,2 años, 13,7 años para el alcohol y 14,7 años para el cannabis, si bien es cierto que

parece que se ha estabilizado el descenso de la edad de inicio.

Se ha banalizado el consumo de algunas sustancias, en especial del cannabis, llegando a hacerse afirmaciones sobre sus efectos totalmente alejadas de la realidad, pero en todo caso nunca se puede confundir a los jóvenes minimizando el riesgo de su uso, apoyándose en las aplicaciones terapéuticas de esta sustancia.

Se debe hacer todo lo posible para retrasar la edad de inicio en el consumo de cualquier droga, incluidas las aceptadas socialmente como el alcohol y el tabaco.

Los consumos a edades muy tempranas favorecen la aparición más rápida de problemas sociales, laborales y sanitarios, tanto psíquicos como orgánicos.

4. El tiempo de ocio.

El consumo de drogas se sitúa en un escenario totalmente distinto al de hace unos años. En estos momentos es un consumo relacionado con el tiempo de ocio, es decir con el entretenimiento y con un espacio también temporal, el fin de semana.

Se constata que en muchos casos el consumo de alcohol u otras sustancias es elegido como modo para relacionarse y comunicarse entre los jóvenes. Así estas sustancias actuarían como mediadores de la relación entre los jóvenes. Parece que los programas de ocio alternativo, la extensión de las políticas que contrarrestan estilos de vida de riesgo asociados a los consumos de droga no han llegado lo suficiente a nuestros jóvenes.

El consumo abusivo de algunas sustancias en fin de semana, entre ellas el alcohol, lleva aparejadas consecuencias de otro tipo como pueden ser los accidentes de tráfico, las prácticas sexuales de riesgo y las conductas antisociales.

Por otra parte, la Comisión, oídas las exposiciones de los comparecientes, ha llegado a las siguientes conclusiones en relación con los distintos ámbitos de actuación frente a los consumos de drogas entre los jóvenes:

1. Más y mejor información.

Se debe transmitir a los jóvenes, así como a toda la sociedad, más información, pero sobre todo se han de tomar medidas para que esa información sea veraz, adecuada y basada en la evidencia científica. Información clara y suficiente sobre el riesgo del consumo de drogas, alejada de cualquier moralina y del alarmismo inútil, que permita a los jóvenes tomar decisiones responsables que favorezcan su desarrollo personal y su libertad a la hora de elegir como quieren vivir su vida.

A este respecto, las nuevas tecnologías de la información están siendo vía principal de obtención de información sobre drogas, hecho que, sin embargo, no parece sea asumido plenamente por las Administraciones implicadas.

La información debe ser adaptada a los diferentes tramos de edad a los que va dirigida, teniendo en cuenta que los comportamientos y gustos de los jóvenes son distintos según la edad y también son diferentes los tipos de consumo.

2. La familia.

La familia continúa ocupando el papel central como primer núcleo de socialización de la persona. El concepto de familia ha evolucionado en los últimos años. Han aparecido nuevas formas de familia, y por tanto ha variado el rol de padres y madres. Los jóvenes otorgan valor a las relaciones familiares.

Por tanto, la familia debe ser entendida en un sentido amplio y sobre todo teniendo en cuenta las nuevas formas de familia que existen actualmente en nuestra sociedad.

El papel preventivo de la familia resulta fundamental y es el primero y principal factor de protección frente a los consumos de drogas. El diálogo, el acercamiento a los jóvenes y a su entorno, la responsabilidad junto con la colaboración con instituciones como la escuela o las Administraciones pueden convertir a la familia en el agente preventivo de primer orden, para lo que es necesario que las familias estén formadas e informadas.

3. La escuela.

La escuela, junto con la familia, es el espacio más importante de formación, donde también se transmiten los valores y las actitudes que van a permitir a los individuos tomar decisiones de forma libre, consciente y responsable. El papel del profesorado es básico para la formación de los niños y adolescentes, y, por lo tanto lo es también para la prevención. Las Administraciones deben facilitar esta labor, poniendo a su disposición el material y la información, así como la formación necesaria para que puedan llevar a cabo este cometido.

Los programas en educación para la salud con material específico sobre drogas y drogodependencia, en los centros de enseñanza primaria y secundaria, contribuyen a entender y tratar el problema de forma transversal y no sólo de modo puntual.

Dado que la formación es un continuo, los programas de prevención no deben limitarse a las enseñanzas obligatorias, sino que la promoción de hábitos de vida saludables y la prevención de drogodependencias deben incorporarse a todos los ciclos formativos. Además, los centros educativos pueden participar activamente en programas de prevención selectiva, alertando del riesgo de la ecuación consumo-fracaso escolar, superando el ámbito de la prevención universal.

4. Atención Integral.

La atención a los problemas de salud, entendido este término en su sentido más amplio, ocasionados por el

consumo de drogas debe integrarse en el Sistema Nacional de Salud desde la prevención, la asistencia, y la reducción de daños y la integración social y laboral.

La atención integral a las personas con problemas de drogodependencias debe abordarse desde el principio de cooperación y coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Servicios Sociales.

Debe garantizarse el acceso de los drogodependientes a la asistencia sanitaria de los daños sobrevenidos que precisan, sin discriminación, y considerando la adicción como una enfermedad.

Debe consolidarse y reforzarse el papel de los servicios de atención primaria en la detección e intervención precoz en la atención a las drogodependencias. Hay que incrementar las acciones de formación específica de los profesionales de la salud en los problemas derivados de la drogodependencia, en la atención primaria de salud, y especialmente en los servicios de urgencias y en la atención especializada.

5. Implicación de la sociedad civil.

La lucha contra el consumo de drogas por jóvenes y adolescentes requiere la implicación de toda la sociedad. La familia, la escuela o las Administraciones por sí solas no pueden enfrentarse a este problema.

La solución tiene que provenir del conjunto de la sociedad en todos sus ámbitos y, en esta línea, el Foro «La sociedad ante las drogas» es una iniciativa que otorga a la sociedad civil un papel relevante a la hora de presentar propuestas que contribuyan a la sensibilización social ante el problema de las drogas y a la de buscar entre todos, y desde diferentes perspectivas, soluciones para un problema que, en definitiva, es de toda la sociedad.

6. Los medios de comunicación.

La participación e implicación positiva de los medios de comunicación social es imprescindible si se pretende la eficacia de las políticas de drogodependencias. Los medios de comunicación deben abandonar los tópicos, las simplificaciones y resaltar más los valores positivos de los jóvenes. La información que se transmite en los medios de comunicación social parece, a menudo basada en estereotipos nacidos de situaciones alejadas de la realidad actual.

Los medios de comunicación deberían ser agentes preventivos al incorporar mensajes en positivo en las obras de ficción de cine y televisión dirigidas a los más jóvenes, y, sobre todo, evitar que lleguen a los jóvenes mensajes contradictorios.

7. El papel de la Administración, las asociaciones y las organizaciones no gubernamentales.

Es obligado hacer un reconocimiento tanto a la Administración del Estado, como a las Comunidades

Autónomas y a las Corporaciones locales, así como a las asociaciones y a las organizaciones no gubernamentales, por el trabajo que llevan realizando a lo largo de muchos años, trabajo realizado desde todos los ámbitos como la prevención, la asistencia, la reducción de daños o la reinserción de los drogodependientes.

Desde el Plan Nacional sobre Drogas se han impulsado estas políticas, liderando y coordinando las estrategias consensuadas y apoyando financieramente los planes autonómicos y municipales.

Las Corporaciones locales como entidad más cercana al ciudadano deben tener un papel relevante sobre todo en el diseño de las políticas y estrategias de prevención.

8. Abordaje de las estrategias desde la perspectiva de género.

El Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008 hace suya la perspectiva de género. Las circunstancias tradicionales que afectan discriminatoriamente al papel social de la mujer, se ven agravadas cuando aparece la relación con la drogodependencia, bien por padecerla las mujeres afectadas o por estar presente en sus familias.

La Comisión considera relevante la necesidad de colaborar con asociaciones de mujeres especializadas en este tema y la realización de acciones conjuntas con el Instituto de la Mujer.

Asimismo es necesario mejorar e implementar las actuaciones dirigidas a mujeres a todos los niveles, preventivo, asistencial y de inserción social.

V. RECOMENDACIONES

A la vista de comunicaciones de los expertos, la Comisión ha dejado formuladas en el apartado anterior las conclusiones que considera más importantes sobre el objeto de la Ponencia. A estas conclusiones, añade las recomendaciones que entiende oportunas para colaborar en la consecución de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas y del Plan de Acción 2005-2008.

Ante todo, y con carácter previo, la Comisión considera importante destacar que las Administraciones deberían formular los programas dirigidos a los jóvenes atendiendo a su específica problemática, favoreciendo la participación de las organizaciones juveniles. En definitiva, se trata de potenciar un acercamiento a los jóvenes para contar con los jóvenes para diseñar programas cuyos objetivos se acerquen a su visión del problema y a las necesidades que consideran como propias.

Las recomendaciones de la Comisión son las siguientes:

Primera:

La Comisión recomienda a las Administraciones implicadas en el Plan Nacional sobre Drogas que deben

reforzar las acciones de sensibilización social, trasladando al conjunto de la sociedad y especialmente a los jóvenes mensajes veraces, claros y comprensibles, que promuevan hábitos de vida saludables, muestren los problemas de salud que causa el uso de drogas y contribuyan a aumentar la percepción del riesgo asociado al mismo, sin alarmismos innecesarios.

Es necesaria la implicación en la prevención y la sensibilización de los organismos y áreas de juventud de las distintas Administraciones, Instituto de la Juventud, Organismos de Juventud de las Comunidades Autónomas, Áreas de Juventud y Concejalías de Juventud de Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos, a través de los diferentes servicios y de las asociaciones juveniles y redes de trabajo con jóvenes existentes en este ámbito.

La Administración Local debe tener una implicación mayor, y para ello es necesario que cuente con los recursos adecuados que le permitan llevar a cabo labores de prevención y de intervención temprana.

Segunda:

Independientemente de la meritoria labor que en la lucha contra el narcotráfico realizan los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, la Comisión recomienda que el Ministerio del Interior continúe y refuerce la línea iniciada con la puesta en marcha de los Planes Operativos en los entornos de los centros educativos y en los espacios de ocio, dirigidos contra el tráfico minorista y el consumo en público de drogas ilegales, contribuyendo de esta manera a la disminución de la accesibilidad a las drogas percibida entre los jóvenes.

Tercera:

Las Administraciones y entidades implicadas en el Plan Nacional sobre Drogas deben procurar una mayor y mejor información sobre las drogas, basada en criterios de veracidad y evidencia científica.

La Comisión aconseja continuar la línea iniciada por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas con la publicación de los Informes de su Comisión Clínica sobre las características y efectos sobre la salud de las distintas sustancias. Esta información ha de llegar a todos los centros escolares, asociaciones de madres y padres, y a todas las asociaciones o colectivos implicados.

La Comisión entiende, además, que las Administraciones deben aumentar su presencia en la red de Internet y utilizar las posibilidades que las nuevas tecnologías ofrecen para los programas de sensibilización y de prevención, por ser estos entornos los más cercanos y próximos a los jóvenes.

Cuarta:

La Comisión considera que, junto a la difusión de una mejor y mayor información sobre las drogas, es

necesario hacer hincapié en la formación en drogodependencias de todos los agentes implicados, información en cuanto a qué es una dependencia, cómo se llega a ella y cuáles son las consecuencias de padecer esa dependencia.

De este modo, la Comisión entiende necesario reforzar los programas de formación en drogodependencias dirigidos a padres y madres, profesorado de los distintos ciclos educativos, profesionales de los medios de comunicación y empresarios del ocio, así como los dirigidos específicamente a los profesionales de la salud y de los servicios sociales.

Quinta:

La Comisión entiende que deben reforzarse los instrumentos de apoyo a las familias, proporcionándoles información, facilitando la formación de padres y madres, apoyando la colaboración de las familias con los centros educativos y favoreciendo su participación en los programas de prevención dirigidos a los jóvenes.

Es necesario que las familias tengan información en todo momento de a donde pueden recurrir cuando se encuentren con un problema de consumo de sus hijos.

Sexta:

La Comisión considera que debe proporcionarse al profesorado de los centros educativos la formación necesaria para que puedan incorporar, transversalmente, la prevención de las drogodependencias en su labor académica y favorecer la implicación de las familias en este proceso. Asimismo considera que deben reforzarse los programas de prevención escolar, que han de ser incorporados en todos los niveles y centros educativos. Y, en fin, la Comisión entiende que deben adoptarse las medidas necesarias para que los centros educativos sean efectivamente espacios libres de drogas, ya sean éstas legales o ilegales.

Séptima:

La Comisión considera medida adecuada el favorecimiento de acuerdos de autorregulación con los empresarios de ocio, para evitar la oferta de drogas en este tipo de establecimientos y fomentar la formación en drogodependencias de los profesionales del sector.

Las Corporaciones locales deben aumentar la oferta de programas de ocio alternativo, teniendo en cuenta la opinión de los jóvenes, ajustándose a las necesidades y gustos de los jóvenes actuales, proporcionándoles ofertas atractivas.

Octava:

La Comisión considera importante la implantación de programas de promoción de la salud a edades muy

tempranas. Por otra parte, debe apoyarse a los grupos de iguales como medio de implicar a los adolescentes en actividades recreativas libres de drogas.

Novena:

La Comisión considera que deben reforzarse los programas de formación en drogodependencias dirigidos a los profesionales de la salud. Además, considera que la atención de salud debe incorporar la prevención de drogodependencias en los servicios ofrecidos a la comunidad y fomentar su colaboración con los centros educativos y las familias en esta tarea.

El Sistema Nacional de Salud debe asumir la asistencia al drogodependiente en términos de igualdad y equidad con el resto de pacientes.

La Comisión considera, también, que debe procurarse un proceso de adaptación de los centros de atención a las drogodependencias a los nuevos patrones de consumo y perfiles de consumidores.

Décima:

La Comisión apoya la creación de foros sociales ante las drogas y considera importante el que se generen en todos los ámbitos territoriales por considerarlos un vehículo importante de colaboración y cooperación de todos los agentes implicados.

La Comisión apoya y reconoce la labor efectuada por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones, solicitando un incremento de la colaboración con las Administraciones responsables de estas entidades.

Undécima:

La Comisión considera que los medios de comunicación social deben implicarse en la prevención de drogodependencias, cumpliendo los acuerdos y códigos éticos allá donde existieran y la adopción de los mismos, para procurar una información veraz y ajustada a la realidad social de los consumos, evitando la

estigmatización de los jóvenes y abandonando el binomio jóvenes-drogas y sumándose a la difusión de los mensajes de adopción de hábitos de vida saludables.

La información que trasladen los medios de comunicación tiene que ser veraz y basada en evidencias científicas.

Duodécima:

La Comisión considera que, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, deben reforzarse los mecanismos de cooperación y colaboración entre las Administraciones responsables y de éstas con las organizaciones no gubernamentales y otras entidades que trabajan en el sector.

Asimismo, considera que esta cooperación y colaboración debe extenderse al ámbito laboral, a través de la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el ámbito laboral y de las correspondientes Comisiones Autonómicas. Por último, recomienda reforzar la cooperación y coordinación con la Fiscalía Especial Antidroga.

Decimotercera:

La Comisión reclama de las Administraciones Públicas la puesta en marcha de programas especiales que atiendan la especificidad de la problemática de la mujer en relación con las drogodependencias, profundizando en el abordaje de estrategias formuladas desde la perspectiva de género.

Decimocuarta:

La Comisión considera que todas las campañas o acciones que se realicen tienen que ser evaluadas a efectos de poder comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.

Palacio del Congreso de los Diputados, 22 de febrero de 2007.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**