

EDITA: Junta Nacional de Drogas  
Presidencia de la República Oriental del Uruguay  
Presidente Dr. Leonardo Costa Franco  
Secretaria General Dra. Raquel Magri

Basada en la Guía "*Drogas = + Información - Riesgos*" editada por el Plan Nacional de Drogas del Reino de España de los Autores: EDEX. Juan Carlos Melero y Jesús A. Pérez de Arrospeide. Según autorización otorgada por el Plan Nacional de Drogas de España a la Junta Nacional de Drogas del Uruguay.

La Junta Nacional de Drogas agradece especialmente al Delegado del Gobierno de España para el Plan Nacional de Drogas, Gonzalo Robles Orozco por la autorización concedida.

Las modificaciones y agregados realizados al texto fueron realizados por EL EQUIPO TÉCNICO ASESOR EN EL ÁREA DE PREVENCIÓN de la Junta Nacional de Drogas, con la especial participación de A.S. Ana Bertrán, Dra. Cecilia Dell'Ácqua, Dra. María Lorenzo y Losada, Dr. Alejandro Montesdeoca, Dr. Gabriel Rossi, Ps. Stella Garateguy, Ps. Gabriela Olivera, Soc. Héctor Suárez y el asesoramiento de la Dra. Raquel Peyraube.

Colaboración del Dr. Antonio Pascale.


Coordinación y apoyo: Gustavo Chaine, María Herrera, Gabriela Izaguirre, Hernán Merlino y Laurita Regueira

Creatividad y diseño: Sr. Miyagi



## Índice

▶	Presentación	4
+	Saber más para decidir	6
✖	Distintas relaciones con las drogas	8
👥	¿De qué drogas hablamos y a quiénes les interesan?	17
	Alcohol	17
	Tabaco	24
	Benzodiasepinas	29
	Cannabis	31
	Cocaína	37
	Pasta base	40
	Drogas de síntesis: éxtasis	43
	Anfetaminas	47
	Alucinógenos	50
	Solventes	53
?	¿Por qué se consumen y que se puede hacer?	60
👥	Situaciones y modos de consumo de especial riesgo	65
👥	¿Cómo actuar en presencia de problemas?	69
	Cuando los problemas los tiene uno mismo	69
	Cuando los problemas los tienen personas cercanas	71
📄	¿Dónde conseguir más información?	74



## Presentación

Entre los muchos aportes de la Estrategia llevada a cabo por la Junta Nacional de Drogas, el más significativo es, sin duda, haber situado a la prevención en un lugar central y prioritario respecto a todas las posibles medidas que cabe articular frente a las drogas. Impulsar una política centrada en la prevención exige que la misma esté sustentada en una información objetiva, veraz y rigurosa sobre este complejo fenómeno y requiere la conjunción de grandes esfuerzos y numerosas voluntades para llevarla a cabo.

Para llevar adelante una estrategia masiva de prevención en materia de drogas que tenga como objetivo evitar que aquellos que no usan drogas no lo comiencen a hacer y aquéllos que lo hacen reduzcan de manera significativa los riesgos y daños asociados al referido uso, es necesario ofrecer a la población en general y aquélla en situación de riesgo en particular, información amplia y sin tabúes sobre las drogas, sean éstas consideradas ilícitas por el sistema jurídico penal o lícitas.

La presente guía tiene por objeto presentar de la manera más clara posible un conjunto de mensajes, desde la óptica de diversas profesiones -de la medicina, psicología, educación, trabajo social y legal- que permita a sus lectores ampliar su conocimiento sobre el uso de las drogas, sus efectos, las consecuencias del abuso, los factores de riesgo y de protección, las consecuencias legales de su uso, y las respuestas que desde lo estatal y desde la sociedad civil se ofrecen en el Uruguay.

Brindar información a la ciudadanía es una condición necesaria, un imperativo ético especialmente desde lo estatal, pero, sabemos que esta información no es de por sí suficiente. Es necesario que la misma se complemente con una serie de estrategias que la Junta

Nacional de Drogas ha venido desarrollando y que complementa los esfuerzos que desde el sistema educativo público, lo sanitario, y desde lo policial se vienen desarrollando en el Uruguay de manera de prevenir el uso y el abuso de drogas.

Para que estas estrategias asumidas por la Junta Nacional de Drogas en su Plan Nacional puedan realmente ser efectivas, es necesario, adicionalmente, que la comunidad en general, y los padres, educadores, jóvenes, trabajadores, empleadores, trabajadores sociales en particular, participen y asuman sus roles como agentes de prevención. En tal sentido esta guía pretende ser una ayuda adicional para dicha generación de multiplicadores en prevención en el Uruguay.

Como dice el título de esta guía Drogas: más información menos riesgos, pretendemos a partir de esta publicación generar un espacio de reflexión que aporte a la comunidad, superando los mensajes equívocos o basados en meras creencias cuando hablamos de drogas en nuestra sociedad. Pretendemos que la ciudadanía asuma de manera seria el fenómeno de las drogas para que luego se pueda decidir ante este fenómeno desde un plano consciente y libre.

Agradecemos al Plan Nacional de Drogas de España quien autorizó a la Junta Nacional de Drogas a utilizar los textos de la guía que con el mismo nombre fue sin lugar a dudas un éxito en ese país, y a los técnicos nacionales de la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República quienes adaptaron el original a nuestra realidad. Asimismo, agradecemos los aportes que las diversas reparticiones públicas del Gobierno brindaron a esta publicación y en especial a las Organizaciones No Gubernamentales, a través de cuya experiencia y dedicación, he aprendido mucho sobre el fenómeno de las drogas.

Dr. Leonardo Costa  
Prosecretario de la Presidencia  
Presidente de la Junta Nacional de Drogas



## 6 saber más para decidir mejor

### ¿PODEMOS ACTUAR DE UN MODO MÁS INTELIGENTE EN RELACIÓN A LAS DROGAS?

Existen pocos asuntos tan rodeados de estereotipos y prejuicios como el consumo de drogas. Una conducta sobre la cual, aún cuando la mayoría de las personas se consideran bien informadas, en la práctica las "informaciones" de unos, muchas veces se contradicen fuertemente con las de otros.

En ocasiones parecería incluso que, aunque supuestamente se está hablando de lo mismo, en realidad se hace referencia a realidades distintas.

Hay quienes piensan que los consumidores de drogas son unos viciosos irresponsables, mientras que otros los ven como unos auténticos vividores; para algunos, son enfermos necesitados de tratamiento, mientras otros los consideran personas inmaduras que cambiarán con la edad. Algunas opiniones ven en las drogas una amenaza cierta de adicción, mientras otros ven en su uso el colmo de la libertad individual.

¿Cómo puede un mismo asunto provocar tantas y tan diferentes reacciones? ¿Cómo es posible que una misma conducta de droga a tan diversos y apasionados posicionamientos?

¿Es posible poner un poco de claridad y certeza sobre el tema? ¿Podemos acceder a conocimientos científicos que nos ayuden a formarnos una visión más realista del asunto? ¿Es posible una visión que nos ayude a tomar las decisiones más inteligentes?

## LA INFORMACIÓN ES PODER... PARA DECIDIR

Algunas personas tienen miedo a brindar información sobre el tema drogas. Como si disponer de una información adecuada sobre ellas fomentase su consumo. Sin embargo, la realidad es otra bien distinta. La información es un recurso indispensable para tomar decisiones inteligentes y autónomas ante cualquier desafío (el consumo de drogas, en este caso). Los riesgos reales proceden de la ignorancia. No hay elección libre sin un saber adecuado.

Una sociedad más culta, más informada y mejor formada sobre el consumo de drogas, será más capaz de convivir en un mundo en el que éstas existen, reduciendo el riesgo de establecer con ellas relaciones conflictivas.

## ¿QUÉ TAL SI DEJAMOS DE LADO LOS PREJUICIOS E INTENTAMOS ACERCARNOS A UN SABER MÁS CIENTÍFICO?

El fenómeno del consumo de drogas y adicciones es uno de los asuntos más complejos que vive la humanidad (por su relación con la química, la biología, la historia, la psicología, la filosofía, el arte...).

En las páginas que siguen nos proponemos presentar una información objetiva, científica, útil para construir un conocimiento más racional sobre las drogas; para crear una percepción que ayude a adoptar una actitud autónoma y consciente frente al tema.

Jóvenes, padres, madres, educadores, y todo aquel que desee disponer de un mayor saber encontrará en esta publicación algunas claves de reflexión útiles para adoptar actitudes más serenas y racionales ante el consumo de drogas. No nace con vocación de enciclopedia, sino de guía, de brújula capaz de orientar la toma de decisiones con relación a un asunto, el consumo de drogas, ante el que tarde o temprano toda persona tiene que tomar sus propias decisiones.



## 8 distintas relaciones con las drogas

### ¿QUÉ SON LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES?

El ser humano puede hacerse dependiente de una amplia diversidad de objetos y hasta de personas. Es así que se puede hablar de dependencia al juego, a la televisión, a Internet, al sexo, etc.. Esto significa que el fenómeno de las adicciones excede la situación de dependencia de las drogas, y en el mismo se entrelazan factores individuales, familiares, sociales, culturales, que contribuyen al establecimiento de vínculos adictivos. Prevenir, pues, implica actuar sobre todos los factores involucrados en la problemática.

### DEFINICIONES

Una primera definición de drogas psicoactivas realizada por la organización mundial de la Salud (OMS) nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga "Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida alterará la fisiología del organismo".

Según otra definición "Droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo" (Jaime Funes Arteaga).



Teniendo en cuenta estas definiciones, no es adecuado hablar de “la droga” como un fenómeno único y uniforme. Considerando que existen diversas sustancias, consumidas de distintas formas por diversas personas en diferentes contextos y que pueden dar lugar a variados tipos de situaciones más o menos problemáticas, resulta más apropiado referirse a LAS DROGAS.

## NO TODAS LAS DROGAS SON IGUALES

Como se dijo, las drogas no constituyen una realidad única, sino que están caracterizadas por una notable diversidad. Ya ha quedado atrás la mención a “la droga”, expresión que no solo no agrega información, sino que dificulta la comprensión global del fenómeno.

Para hacernos una idea más real del fenómeno, veamos, a modo de apunte, una clasificación de las diversas sustancias, atendiendo a su principal efecto sobre el cerebro humano.

De acuerdo con este criterio, el árbol de las drogas está formado por tres grandes ramas:

### Drogas depresoras del sistema nervioso central

Se trata de una familia de sustancias que tienen en común la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso de adormecimiento cerebral.

Las más importantes de este grupo son:

- Alcohol
- Opiáceos: heroína, morfina, metadona, propoxifeno, meperidina, etc.
- Tranquilizantes: pastillas para calmar la ansiedad
- Hipnóticos: pastillas para dormir
- Solventes (inhalantes): pegamentos, nafta, pinturas, etc.

## Drogas estimulantes del sistema nervioso central

Grupo de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir por ejemplo, desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas.

Entre estas drogas, podemos destacar por su relevancia las siguientes:

- Estimulantes mayores: anfetaminas y cocaína
- Estimulantes menores: nicotina
- Xantinas: cafeína, teobromina, etc.

## Drogas perturbadoras del sistema nervioso central

Sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, ilusiones etc.:

- LSD
- Hongos del género psilocibes
- Datura arborea (Floripón)
- Derivados del cannabis: marihuana, hachís, etc.
- Drogas de síntesis: éxtasis, Eva, etc.

## EL CONSUMO DE LAS DROGAS



Las drogas pueden consumirse por diversas vías:

- Fumada (como ocurre con el tabaco)
- Ingerida por vía oral (como el alcohol o las drogas de síntesis)
- Inhalada (como la cocaína y los pegamentos)
- Inyectada (como la cocaína y heroína)

Ya sea una u otra la vía elegida, el destino final de la sustancia siempre será el mismo: el cerebro del consumidor, al que llegará a través de la sangre. Una vez en su destino, cada sustancia producirá alteraciones específicas.

Aunque en general tendemos a ver todo consumo de drogas como la misma cosa, también aquí nos encontramos ante situaciones muy diferentes. Aprender a distinguir, nos ayudará a llamar a cada situación por su nombre, y atribuirle el significado que realmente le corresponde.

Ni todo consumidor de drogas es un “drogadicto”, ni todo consumo de drogas en el que no haya dependencia es por completo inofensivo.

Aunque las relaciones con las drogas sean tantas y tan diversas como consumidores, convengamos al menos en la necesidad de establecer tres tipos básicos: uso, abuso y dependencia.

Veámoslos con algún detalle.

### Uso

Entendemos por uso aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático.

En la práctica es muy difícil definir un consumo como “uso”, ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para otro observador.

Es preciso, entonces, afinar la mirada antes de valorar como “uso” una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia. Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que podrían estar dando cuenta de una dependencia.

Es preciso también tener en cuenta el entorno del sujeto: puede tratarse de un consumo de drogas que, además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros. Tal es el caso de un trabajador de la construcción que consume alcohol minutos antes de subir a un andamio, o bien de un trabajador del transporte que consumiendo la misma sustancia, pudiera causar un accidente de tránsito.

### Abuso

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer la aparición de alteraciones respiratorias. Por otra parte, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de problema cardíaco. Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso.

O sea que, más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Se ofrece aquí una pauta que puede ser útil para orientarnos inicialmente en cuanto a si se trata o no de un uso abusivo. Durante un período relativamente prolongado (un año), debería estar presente alguna de las siguientes manifestaciones:

- complicaciones físicas y/o psíquicas relacionadas con el uso de la sustancia
- utilización repetida de una sustancia que conduce a una incapacidad para cumplir con las obligaciones



- utilización repetida de sustancias en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro
- problemas judiciales ligados a la utilización de una sustancia
- problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de la sustancia

### Dependencia

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos definir la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. El consumo de drogas, que puedo haber comenzado como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Éste dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. Para poder hablar de dependencia es una condición imprescindible la presencia de un síndrome de abstinencia cuando se suprime el uso de la sustancia.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

### Dependencia física

En este caso, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad.

Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia que es característico de cada droga.

El concepto de dependencia física está muy asociado al de tolerancia que hemos visto. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente aún a dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando a la sustancia como medida de protección. Conviene aclarar

que no todas las drogas psicoactivas son capaces de generar dependencia física. La evidencia de este fenómeno es la instalación de un conjunto de síntomas y signos a nivel corporal como por ejemplo: temblores, diarrea, vómitos, dolores musculares, sudoración abundante, dolor de cabeza, fiebre entre otros.

### Dependencia psíquica

Esta se pone en manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o para librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

La dependencia física se puede superar tras un período de desintoxicación que, en función de cada droga, se prolonga durante un tiempo determinado.

Es más complejo desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere de cambios en la conducta y emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas.



### ACERCA DEL POLICONSUMO

Es frecuente que un consumidor habitual de drogas utilice más de una sustancia de abuso, aunque pueda señalar a una como la droga de elección. La pauta más habitual es el consumo combinado de diversas drogas. A menudo, se trata de consumos combinados a lo largo de un mismo período. Así, por ejemplo, hay personas que beben cantidades excesivas de alcohol a la vez que, fuman un paquete de cigarrillos, y consumen cocaína, todo ello en un mismo periodo de tiempo. Las combinaciones posibles son numerosas, tanto en cuanto a las sustancias consumidas, como en cuanto a la distribución en el tiempo, en los días de la semana (por ej.: alcohol de lunes a viernes y alcohol y cocaína los fines de semana). Esto significa que el policonsumo puede ser simultáneo o secuencial, alternado irregularmente, etc.

Es así que en algunas ocasiones nos encontramos con personas que consumen diversas sustancias de manera habitual, aunque no realicen tantas mezclas en un período tan corto. Puede que en una noche consuman abusivamente alcohol y marihuana, mientras que otra noche sea la cocaína que acompañe al alcohol.

En todo caso, se trata de una pauta de consumo que multiplica los riesgos asociados a las diversas sustancias.

### LO QUE ES Y LO QUE PARECE

Realidad y percepción social no siempre coinciden con relación al fenómeno de las drogas. De hecho, en muchas ocasiones, por un lado van los consumos reales y las dificultades derivadas de ellos, y por otro va la imagen que la sociedad tiene del asunto. Es común escuchar que el consumo de drogas aumenta en una comunidad. Este razonamiento muchas veces se basa en la percepción del fenómeno que tiene dicha comunidad, aún cuando al estudiar los datos reales sobre el consumo en la misma demuestran que el consumo se encuentra estable. Como puede apreciarse, esta situación puede dar lugar a equívocos que terminen situando este asunto de las drogas en un plano alejado de la realidad.

Así, se puede pensar que “drogas” son sólo las sustancias que son consumidas por otros (aunque quien lo diga sea un adicto al tabaco). Se puede pensar también que las drogas son consumidas sólo por los jóvenes, cuando es evidente que existe un notable abuso de alcohol y otras drogas por parte de la sociedad adulta.

Es frecuente que se asocie el consumo de ciertas drogas a contextos y sujetos marginales considerándolo un uso indebido, mientras que se consideran dentro de la “normalidad” los abusos de otras sustancias por parte de amplísimos sectores en contextos de recreación. Es el caso de los consumos de fin de semana (con sustancias como el alcohol).



Para que una sociedad responda con madurez a la problemática del uso de drogas, es necesario que se reflexione sobre los siguientes elementos:

- No existe "la droga", sino diversas sustancias que al ser consumidas producen diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales, y distintos riesgos asociados.
- Los problemas relacionados con las drogas no están vinculados únicamente a las sustancias consumidas, sino a las circunstancias personales del consumidor y al entorno social en el que tienen lugar dichos consumos.
- También el alcohol y el tabaco son drogas, y de las que más se abusa, aunque sólo una parte de la sociedad las perciba como tales.
- Los más graves problemas de salud pública asociados al consumo de drogas, no son atribuibles a las sustancias generalmente percibidas como tales (drogas ilegales), sino a las que se consideran sustancias de consumo y comercialización libre (alcohol y tabaco). Resulta elocuente resaltar que la primera causa de muerte prevenible vinculada al consumo de drogas en el Uruguay tiene que ver con las enfermedades cardiovasculares producidas por el consumo de tabaco.
- No es acertada la tendencia a asociar cada droga con un único tipo de consumidor (por ejemplo, niño de la calle con pegamentos), sino que para las distintas sustancias hay una considerable variedad de usuarios, con los más diversos motivos para su consumo.
- Las situaciones de abuso son reversibles si el individuo y su entorno más próximo cuentan con el soporte personal y/o profesional adecuado.





## ¿de qué drogas hablamos y a quiénes les interesan? 17

### ALCOHOL ¿QUÉ ES?

El alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (accidentes de tránsito y laborales, violencia doméstica y social, problemas de salud, alcoholismo, etc.).

Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree; la euforia inicial que provoca se debe a la inhibición del autocontrol de la persona que lo consume.

Las bebidas alcohólicas se clasifican básicamente en dos grupos, en función de su proceso de elaboración:

- **Bebidas fermentadas:** Proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas, etc.). Son características de este grupo la cerveza, la sidra y el vino. Su graduación alcohólica oscila entre 4º y 12º. Su descubrimiento fue casual, como resultado de la putrefacción natural de frutas almacenadas.
- **Bebidas destiladas:** Resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el whiskey, vodka, la ginebra o el ron, y oscilan entre 40º y 50º. La destilación fue inventada en el siglo VII por los alquimistas árabes, de quienes procede el nombre de la sustancia, *al-kohl*.



# ALCOHOL

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

- La edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentra en fases de crecimiento y desarrollo, es especialmente nocivo).
- El peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal).
- El sexo (por factores fisiológicos, la susceptibilidad femenina es, en general, mayor que la masculina).
- La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación)
- La ingestión simultánea de comida, sobre todo de alimentos grasos, retarda la absorción, aunque una vez absorbidas las grasas también se absorberá el alcohol.
- La combinación con bebidas gaseosas (tónica, bebidas colas, etc.) aceleran la intoxicación.

### Efectos fisiológicos y psicológicos

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre):

- 0,5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos
- 1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos
- 1,5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores
- 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble
- 3 g/l: estado de apatía y somnolencia
- 4 g/l: coma
- 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor

Aumento de la probabilidad de que se produzcan los siguientes efectos:

- Sobre el embarazo: aborto espontáneo, parto prematuro.
- Efectos en el recién nacido: síndrome de alcohólico fetal, que produce retardo mental, malformaciones faciales típicas, trastornos del comportamiento y otras malformaciones (cardíacas, digestivas y otras)

## ¿QUÉ ES LA ALCOHOLEMIA?

La alcoholemia es la cantidad de alcohol que hay en la sangre después de consumir alcohol. Es proporcional a la cantidad ingerida y a la mayor o menor concentración en alcohol de la bebida que se toma.

Son necesarias varias horas para que el nivel de alcoholemia, después de beber, sea cero. Así por ejemplo 1 litro de vino tarda en eliminarse unas 5 horas, y 4 copas de licor unas 8 horas.

De ahí, que el que ha bebido debe saber esperar unas horas antes de tomar el volante para conducir o iniciar una actividad que exija concentración. Además, puede dar positivo, incluso después de varias horas del consumo, en los controles de alcohol efectuados por los agentes de tráfico.

La cifra de alcoholemia legalmente permitida en Uruguay para conducir vehículos es 0.8 gramos por litro de sangre.

## RIESGOS

- Todas las bebidas alcohólicas contienen alcohol etílico (etanol), que es el responsable de los efectos psicoactivos de estas bebidas.
- Lo que varía de una bebida a otra es la concentración de alcohol, que viene expresada en el grado alcohólico de cada una de ellas.
- El grado alcohólico representa la cantidad de alcohol que contiene 100 centímetros cúbicos (cc) de una bebida: por ejemplo, una bebida de 40° o 40% de alcohol, contiene 40 cc de alcohol puro.





- Dado que no todas las bebidas contienen la misma concentración de alcohol, para conocer cuánto se consume, se traducen las consumiciones a unidades de bebida estándar.
- Una unidad de bebida estándar es equivalente a 10 cc u 8 gr. de alcohol y corresponde a 1 vaso de vino, etc.
- A veces nos confundimos pensando que por beber una bebida de menos graduación alcohólica eliminamos los riesgos: una lata de cerveza (1/3 de litro) de 5% contiene casi la misma cantidad de alcohol que un vaso de whisky (40%). Esta afirmación, aunque a primera vista nos extraña, es indiscutible.
  - Si un litro de cerveza (5%) contiene 50 cc de alcohol, una lata (1/3 de litro) tiene 17 cc de alcohol (2 unidades).
  - Si un litro de whisky (40%) contiene 400 cc de alcohol, un whisky (50cc) tiene 20 cc de alcohol (2 unidades).

#### En el plano psicológico

Además de una intensa dependencia psicológica, sentida como necesidad apremiante de beber alcohol, el abuso regular puede provocar:

- Pérdida de memoria
- Dificultades cognitivas
- Demencia alcohólica

#### En el plano orgánico

El abuso crónico de alcohol está asociado a diversos problemas de salud:

- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías
- Tolerancia y dependencia física, con un síndrome de abstinencia que puede ser grave caracterizado por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardia e hipertensión, que puede desembocar en un *delirium tremens* si no se recibe tratamiento

adecuado. Cabe destacar que el alcohol es, junto con los barbitúricos, de las pocas drogas cuyo síndrome de abstinencia puede matar, a causa de la deshidratación y de cuadros cardiovasculares graves que produce.

## DATOS DE CONSUMO

Aunque se trata de la sustancia que genera más problemas sociales y de salud en Uruguay, es objeto de una gran tolerancia social. En estas condiciones, no es de extrañar los altos niveles de consumo y la precocidad de las edades de inicio. Impulsar la prevención desde edades tempranas y reducir la tolerancia hacia su uso, deben ser tareas urgentes para la familia, la escuela y el conjunto de la sociedad.

21

El alcohol es la droga más consumida en Uruguay.

Según la última Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas realizada en 2001 el 81.2% de las personas mayores de 12 años ha probado alcohol alguna vez en la vida y algo más de la mitad de la población lo ha hecho en los últimos 30 días, constituyéndose en la droga más consumida por los uruguayos.

Comparando los datos con los obtenidos en los estudios de 1994 y 1998 encontramos que se presenta un leve incremento respecto a 1998.

Casi 16 de cada 100 uruguayos declara un episodio de abuso de alcohol<sup>1</sup> en los últimos 30 días, siendo sensiblemente mayor el porcentaje entre los hombres (26%) frente a un 6.5% de las mujeres. También los menores de 30 años presentan mayores porcentajes de abuso en el consumo de alcohol en los últimos 30 días.

(1) - Se define como abuso el haber ingerido en alguna oportunidad en los últimos 30 días, dos litros de cerveza o más, un litro de vino o más o 4 medidas de whisky, caña, grapa o espinillar.

Consumo de alcohol - Uruguay 2001		
	12 a 65 años	12 a 29 años
Alguna vez en la vida	812%	77%
Últimos 12 meses	69.0%	68.7%
Últimos 30 días	515%	52.2%
Abuso últimos 30 días	15.9%	19.8%

Fuente - Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas

Evolución del consumo de alcohol - Uruguay 2001			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	89.7%	78.5%	80.6%
Últimos 12 meses	-	65.1%	69.4%
Últimos 30 días	-	46.3%	51.2%

Fuente - Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas

En cuanto a la población de Estudiantes de Enseñanza Media, cuyas edades oscilan entre los 13 y 17 años, encontramos que la mayoría de la población investigada ha experimentado con alcohol alguna vez en la vida. La evolución en la experimentación en el período de Enseñanza Media, para la población estudiada, nos muestra que ya en Segundo CB (alumnos cuya edad promedio es de 13 años), siete de cada diez estudiantes han experimentado con el alcohol y que al final del ciclo prácticamente la totalidad de los estudiantes ya lo ha hecho.

El alto nivel de experimentación con esta droga produce distribuciones no significativas, salvo un cierto rezago en la evolución del consumo de los jóvenes del Interior respecto a Montevideo y un menor porcentaje relativo de las mujeres respecto a los hombres. Sólo cabría precisar que la existencia de un 6% de abstemios totales al finalizar Enseñanza Media muestran que la misma es posible pero muy poco probable con las actuales pautas sociales.

Profundizaremos el análisis en el 56% de la muestra compuesta por estudiantes que declaran haber consumido en los últimos 30 días, los que definimos como consumidores actuales. El dato más significativo lo encontramos en la propia evolución del consumo en el período estudiado, ya que partimos de un 38.8% de bebedores habituales en 2 CB<sup>3</sup> para finalizar en un preocupante 75.7% en 3 BD<sup>2</sup>.



El salto más importante lo encontramos entre 2 CB Y 1 BD<sup>4</sup> (entre los 13 y los 15 años), donde se incorporan en ese período un 28% de bebedores habituales. Esto nos aporta un dato muy importante y es que la experimentación se da fundamentalmente antes de 2 CB, incluso antes de iniciar Secundaria, pero el consumo habitual se incrementa notoriamente en este período.

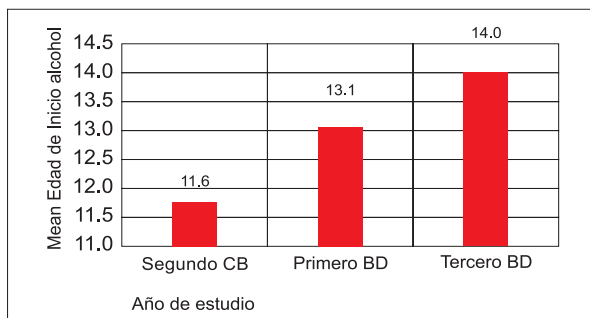
Al contrario de la experimentación, no se presentan diferencias en la evolución del consumo entre Montevideo y el Interior.

### Consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanza Media - Uruguay 2003

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
TOTAL	81.6%	70.3%	55.9%
Hombre	84.4%	74.1%	59.9%
Mujer	79.5%	67.3%	53.0%
Montevideo	84.7%	72.5%	55.2%
Interior	79.4%	68.7%	56.5%
2 CB (alumnos 13 años)	69.6%	54.4%	38.8%
1 BD (alumnos 15 años)	90.0%	80.4%	66.7%
3 BD (alumnos 17 años)	94.0%	87.5%	75.7%

Fuente - Primera Encuesta Nacional de Consumo de drogas en Enseñanza Media  
Secretaría Nacional de Drogas

Edad de Inicio alcohol estudiantes Enseñanza Media (por curso)



2 - Cuando nos referimos a 3er. año de Bachillerato Diversificado (3BD), corresponde al 6to. año de liceo antes de la reforma educativa.

3 - Cuando nos referimos a 2do. año de Ciclo Básico (2CB), corresponde al 2do. año de liceo antes de la reforma educativa.

4 - Cuando nos referimos a 1er. año de Bachillerato Diversificado (1BD), corresponde al 4to. año de liceo antes de la reforma educativa.

## TABACO ¿QUÉ ES?

El tabaco es una planta americana cuyo consumo aparece en grupos indígenas en forma habitual y en ceremonias, rituales dadas las propiedades alucinógenas que le atribuían. También era consumido, curiosamente, por los efectos supuestamente medicinales que se derivaban de la planta.

Se trata de una planta solanácea, la *Nicotiana tabacum*, de cuyas hojas se obtienen distintas labores destinadas al consumo humano (cigarrillos, cigarros puros, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc.).

El consumo de tabaco se fue generalizando por Europa, y llevado a todos los continentes por los marineros. Con los años, pasó de ser una sustancia consumida en ambientes de bajo estatus social a ser considerada una sustancia propia de gente con gustos exquisitos.

No constituyó un problema de salud pública hasta la invención, con la Revolución Industrial, de la máquina para elaborar cigarrillos. Con ella se sentaron las bases de un consumo masivo que en la actualidad es responsable de la muerte de muchas personas en el Uruguay y en el mundo entero.

La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

- Nicotina: sustancia estimulante del sistema nervioso central, responsable de los efectos psicoactivos de la sustancia y de la intensa dependencia física que el tabaco provoca.
- Alquitranes: sustancias probadamente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes, conviviendo con él en ambientes cerrados, se ven forzados a respirar el humo tóxico que este devuelve al ambiente.
- Irritantes: tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionada por el consumo de tabaco (faringitis, tos, mucosidad, etc.).



- Monóxido de carbono: sustancia que se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.

## EFFECTOS

### Efectos psicológicos

El tabaco es consumido en busca de algunos efectos positivos, entre los que cabe citar los siguientes:

- Relajación
- Sensación de mayor concentración

### Efectos fisiológicos

Entre los más importantes efectos que provoca el consumo habitual de tabaco, podemos mencionar los siguientes:

- Disminución de la capacidad pulmonar
- Fatiga prematura
- Merma de los sentidos del gusto y el olfato
- Envejecimiento prematuro de la piel de la cara
- Mal aliento
- Color amarillento de dedos y dientes
- Tos y expectoraciones, sobre todo matutinas

## RIESGOS

El tabaquismo es considerado en la actualidad como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura. La investigación lo ha asociado con un número considerable de enfermedades, por lo que su reducción se ha convertido en uno de los principales desafíos para la salud pública.

### En el plano psicológico

- Dependencia psicológica
- Reacciones de ansiedad y depresión consecuentes a la dificultad para dejar el tabaco



### En el plano orgánico

De los múltiples riesgos sanitarios demostrados, podemos resaltar los siguientes:

- Faringitis y laringitis
- Dificultades respiratorias
- Tos y expectoraciones
- Úlcera gástrica
- Cáncer pulmonar
- Cáncer de boca, laringe, esófago, riñón y vejiga
- Bronquitis y enfisema pulmonar
- Cardiopatías: infartos de miocardio y angina de pecho

La dependencia del tabaco, es tanto psíquica como física y difícil de superar, aún cuando el fumador se encuentre motivado para ello. Cuando se deja de fumar es habitual la aparición de un síndrome de abstinencia cuyos síntomas más frecuentes son: ansiedad, irritabilidad, insomnio, dolor de cabeza, fatiga, aumento del apetito, dificultad de concentración, aumento de hasta el 10% del peso corporal sin aumentar las ingestas, etc. Este síndrome, que aparece a las pocas horas de terminar el último cigarrillo, puede prolongarse durante 7-15 días, pero el deseo de encender un cigarrillo puede mantenerse durante años.



### DATOS DE CONSUMO

El Tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos. El 52.2% de las personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y el 32.3% lo ha hecho en los últimos 30 días. Estos datos no presentan diferencias significativas con los obtenidos en 1998 manifestándose de esta manera una estabilización del consumo en la población general. De cada 10 personas que han experimentado con tabaco, casi siete de ellas ha continuado fumando ininterrumpidamente, presentándose una importante fidelización del consumo. Cuatro de cada diez fumadores declararon haber intentado dejar sin éxito, manifestándose de esta manera la dificultad en cortar la dependencia.

Aunque en la población general fuman habitualmente más hombres que mujeres, esta relación se invierte en los más jóvenes.

Consumo de tabaco - Uruguay 2001		
	12 a 65 años	12 a 29 años
Alguna vez en la vida	52.2%	44.5%
Últimos 12 meses	34.7%	34.32%
Últimos 30 días	32.3%	31.4%

Fuente - Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas

Evolución del consumo de tabaco - Uruguay 2001			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	57.6%	49.5%	52.2%
Últimos 12 meses	-	34.9%	34.7%
Últimos 30 días	-	32.5%	32.3%

Fuente- Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas

El estudio realizado en estudiantes de Enseñanza Media muestra que la prevalencia de vida hallada del 56 %, pasando del 44.8% observado en 2CB a un 67 % al finalizar el ciclo de Enseñanza Media. El consumo es sensiblemente superior en Montevideo que en el Interior tomado en conjunto. Una confirmación importante, es el hecho que los episodios de experimentación se dan fundamentalmente en Ciclo Básico, observándose un incremento no significativo entre 1BD y 3 BD.

En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza al 30.2 % de la población estudiada. Tomado por curso, se incrementa notoriamente entre 2CB y 1BD (entre los 13 y los 15 años), pasando del 21.3% al 36.9%, porcentaje que se estabiliza para los alumnos de 3 BD. Las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres, tanto en la experimentación como el consumo habitual, tendencia que aumenta por curso y que confirma la notoria feminización del consumo.

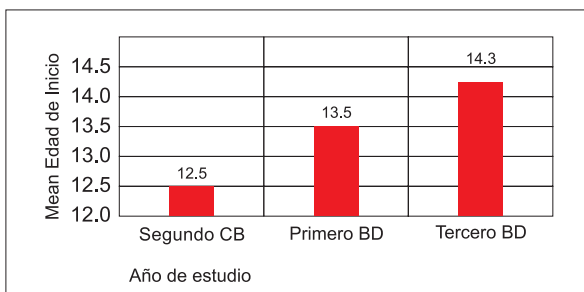


### Consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanza Media - Uruguay 2003

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
TOTAL	56.0%	40.8%	30.2%
Hombre	54.3%	36.9%	25.2%
Mujer	57.5%	44.1%	34.3%
Montevideo	61.6%	45.8%	34.8%
Interior.	51.9%	37.2%	26.9%
2 CB (alumnos 13 años)	44.8%	31.8%	21.3%
1 BD (alumnos 15 años)	64.0%	48.0%	36.9%
3 BD (alumnos 17 años)	67.0%	48.6%	38.9%

Fuente - Primera Encuesta Nacional de Consumo de drogas en Enseñanza Media - Secretaría Nacional de Drogas

La edad de inicio promedio para la población investigada es de 13.3 años, aunque a los 12 años ya el 20% de los experimentadores ya lo ha hecho. No se presentan diferencias significativas por sexo pero sí por curso, donde se obtiene que los alumnos de 2 CB son más precoces que los de 1 BD, y estos últimos a los de 3 CB. s reflejando una tendencia de aumento de la precocidad de consumo.



Son las drogas recetadas con mayor frecuencia en Occidente, esto es por su eficacia, la baja ocurrencia de efectos secundarios a dosis adecuadas, su relativamente bajo costo y amplio margen terapéutico. Las drogas legales y controladas dentro de las que se encuentran las BZP no se obtienen más que con la presentación de una receta expedida por el MSP. Por lo tanto los médicos y particularmente los médicos psiquiatras tienen una responsabilidad decisiva como agentes de prevención del surgimiento de hábitos referidos a la utilización de estas sustancias psicoactivas. Es importante que se advierta sobre las interacciones de las BZP y otras drogas depresoras del sistema nervioso central, Las BZP comparten en grados diversos propiedades comunes: ansiolíticas, miorelajantes, anticonvulsivantes y hipnosedativas.

Es importante entender que son solo parte de un plan global de tratamiento que si se prolonga debe ir acompañado de un abordaje psicoterapéutico.

La atención debe centrarse en la manipulación química de sí mismo, o sea la automedicación, hecho peligroso en que la seguridad de estas drogas es dudosa y puede llevar a la dependencia.

### EFFECTOS

Hay BZP en las que predomina la acción ansiolítica tales como: Diazepán, Alprazolán, Lorazepám, Clonazepam, Oxazepam, Bromazepam, Bentazepam, Clobazam y Clorazepato.

Producen un alivio de la ansiedad con menor depresión de los centros cardiovascular y respiratorio del que producen los barbitúricos.

Hay BZP en las que predomina la acción hipnótica: Flunitrazepán y Midazolán.

### USOS

Como ansiolíticos o hipnóticos los ya mencionados, como anticonvulsivantes y relajante muscular el diazepam.

# NZODIAZE

## RIESGOS

Intoxicación aguda: produce sedación somnolencia, diplopia (visión doble) disartria (dificultad para articular la palabra) y dificultades intelectuales. La sobredosis da un coma superficial parecido al sueño normal que revierte con maniobras médicas sencillas, no conociéndose una dosis mortal.

30

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Depende más del tiempo de uso que de la dosis.

Síntomas similares al de los barbitúricos o el etanol.

Síntomas Psíquicos: ansiedad, psicosis, agitación, confusión mental, alucinaciones y delirios.

Síntomas Físicos: Insomnio, cefaleas, espasmos musculares, anorexia, vómitos, temblores, hipotensión postural y debilidad. El síndrome de abstinencia grave presenta convulsiones y puede llevar al estado de Shock. Junto con el del alcohol es uno de los síndromes de abstinencia que puede llevar a la muerte.



## CANNABIS ¿QUÉ ES?

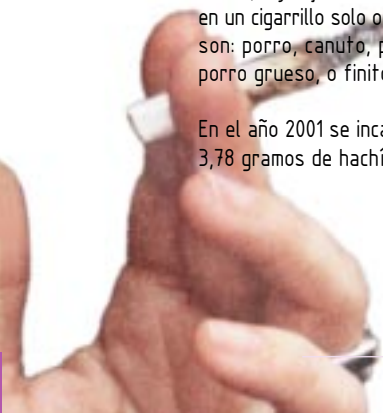
El cannabis es una planta con cuya resina, flores y hojas se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (marihuana y hachís) y más utilizadas entre las drogas ilegales. Su consumo, como el de la mayoría de las drogas de origen botánico, ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales, siendo usada con fines religiosos, medicinales y lúdicos. También se ha utilizado tradicionalmente para la elaboración de fibras textiles. Con el avance del cristianismo, su uso quedó restringido a determinadas zonas de Asia y África.

La planta es conocida en botánica como *Cannabis sativa*, y sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos: el *tetrahidrocannabinol*, cuyas siglas son *THC*.

En los últimos tiempos se ha generado una gran confusión en torno al uso terapéutico de los derivados del cannabis. Se ha pretendido, en ocasiones, relacionar la posible capacidad terapéutica de uno de los 60 cannabinoides activos que contiene la marihuana, con la supuesta bondad de su consumo. Sin embargo, nada tiene que ver la investigación médica sobre estos temas (aún en fase inicial) con los consumos recreativos.

Sus derivados son la marihuana y el hachís. En Uruguay se consume principalmente la marihuana, se elabora a partir de la trituration de flores, hojas y tallos secos. Ambos preparados se consumen fumados en un cigarrillo solo o con tabaco, cuyas denominaciones más usuales son: porro, canuto, petardo, faso; vela o caño, para designar un porro grueso, o finito para aludir a un porro de menor tamaño.

En el año 2001 se incautaron en Uruguay 1.155,617 Kg de marihuana, 3,78 gramos de hachís y 124 plantas de cannabis.



## EFFECTOS

Al consumirse fumado, es fácilmente absorbido por los pulmones, por lo que llega al cerebro con rapidez pocos minutos después del consumo, empiezan a manifestarse sus efectos, que pueden durar entre 2 y 3 horas.

### Efectos psicológicos

Los efectos buscados por el consumidor pueden presentarse solos o bien intercalarse con respuestas indeseadas. Los efectos más frecuentes son:

- Relajación
- Desinhibición
- Hilaridad
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo
- Somnolencia
- Alteraciones sensoriales
- Dificultad en el ejercicio de funciones complejas:
  - Expresarse con claridad
  - Memoria inmediata
  - Capacidad de concentración
  - Procesos de aprendizaje

### Efectos fisiológicos

Tras el consumo de cannabis pueden darse diversas reacciones orgánicas, las más frecuentes de las cuales son las siguientes:

- Aumento del apetito
- Sequedad de la boca
- Ojos brillantes y enrojecidos
- Taquicardia
- Sudoración
- Somnolencia
- Descoordinación de movimientos





Los riesgos asociados al consumo de derivados del cannabis se explican tanto por las peculiaridades de su principal principio activo, el THC, como por el hecho de que se consuma habitualmente fumado.

### En el plano psicológico

El THC es particularmente soluble en grasa, por lo que, como ya se dijo, tiende a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, como es el caso del cerebro. Tiene una vida media de una semana, por lo que a los siete días de su consumo aún se mantiene sin eliminar el 50% del principio activo, favoreciendo su acumulación cuando el consumo es regular. Como consecuencia de este proceso existen algunos riesgos a considerar:

- El consumo diario de marihuana puede alterar el funcionamiento psicológico del usuario, entorpeciendo sus funciones superiores relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria. Por eso que si se consumen antes de una clase u otra actividad de formación, se evidenciarán estos efectos.
- Otro tanto cabe decir de la ejecución de tareas complejas que requieran lucidez mental y coordinación psicomotora, como pueden ser conducir un vehículo, tomar decisiones etc.
- Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad.
- En personas predispuestas, puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos.

### En el plano orgánico

En primer lugar, hay que tener en cuenta que los derivados del cannabis se consumen fumados, con una pauta de inhalación profunda, sin filtro, y con retención pulmonar del humo. Es así que su uso habitual parecería reforzar los riesgos asociados al consumo de tabaco, favoreciendo la aparición de alteraciones de diversa naturaleza.

Entre las principales consecuencias de su uso, hay que citar:

- Respiratorias: tos crónica, cáncer de pulmón y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas.
- Cardiovasculares: empeoramiento de síntomas en personas que padecen hipertensión o insuficiencia cardíaca.
- Sistema endocrino: altera las hormonas responsables del sistema reproductor y de la maduración sexual.
- Sistema inmunitario: el uso crónico del cannabis reduce la actividad de este sistema.

### DATOS DE CONSUMO

La marihuana es la droga ilegal más consumida en el Uruguay. Según los datos consignados por la última Encuesta Nacional de Prevalencia, 5 de cada 100 uruguayos han experimentado con esta droga, duplicándose este porcentaje en la población de 12 a 29 años.

El consumo de los últimos 30 días es declarado por 5 de cada mil personas en la población general, duplicándose también este porcentaje en los jóvenes entre 12 y 29 años.

En cuanto a la tendencia del consumo, se registra un incremento respecto a los datos obtenidos en 1998 en la experimentación, no así en el consumo reciente. El consumo, experimental y fundamentalmente habitual, es predominantemente masculino.

#### Consumo de marihuana - Uruguay 2001

	12 a 65 años	12 a 29 años
Alguna vez en la vida	5,3%	10,0%
Últimos 12 meses	14%	3,6%
Últimos 30 días	0,5%	10%

Fuente- Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas



Evolución del consumo de marihuana - Uruguay 2001			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	4.2%	3.9%	5.3%
Últimos 12 meses	0.7%	1.2%	1.4%
Últimos 30 días	0.6%	0.8%	0.5%

Fuente - Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
Secretaría Nacional de Drogas

En el estudio realizado en los Estudiantes de Enseñanza Media surge, que tomada la población estudiada en su conjunto, la experimentación con marihuana alcanza casi al 12% de los jóvenes, siendo entonces la droga ilegal más consumida por los estudiantes. Este consumo presenta muy importantes diferencias por área geográfica y año en curso. En Montevideo, la experimentación alcanza al 17.7 frente a un 7.4% del Interior del país. Analizado por curso, en Montevideo en 3CB la experimentación alcanza a 3 de cada 10 jóvenes, mientras en el Interior esto ocurre en 1 de cada 10.

Se presenta a nivel de experimentación un consumo algo superior en los hombres, que se manifiesta más claramente a partir de 1BD.

El consumo en los últimos 12 meses es de un 8% de los jóvenes y el actual, medido como el consumo en los últimos 30 días, es declarado por algo más del 4% de la población estudiada, presentando también en este caso, importantes diferencias por área geográfica, siendo más del doble el consumo en Montevideo que en el Interior. Controlado por curso, observamos que al finalizar Secundaria, un 6.2% declara haber consumido en el último mes, alcanzando al 13% en los alumnos de Montevideo. Desde el punto de vista de la evolución del consumo, se incrementa drásticamente entre 1 BD y 3 BD, (entre los 15 y los 17 años).



### Consumo de marihuana en estudiantes de Enseñanza Media - Uruguay 2003

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
TOTAL	11.9	8.4	4.3
Hombre	14.1	9.1	4.8
Mujer	10.2	6.7	3.8
Montevideo	17.7	12.6	6.6
Interior	7.4	4.3	2.5
2 CB (alumnos 13 años)	6.0	4.0	2.1
1 BD (alumnos 15 años)	16.3	10.4	5.7
3 BD (alumnos 17 años)	18.3	11.8	6.8

Fuente - Primera Encuesta Nacional de Consumo de drogas en Enseñanza Media - Secretaría Nacional de Drogas

La edad promedio de inicio con la marihuana, para la población estudiada, es de 14.9 años, no presentándose diferencias significativas por área geográfica ni por sexo. Si bien el promedio de la edad de inicio aumenta según aumenta el curso, el rango notoriamente predominante de inicio es entre los 13 y los 15 años para todos los cursos, presentándose una muy leve tendencia de precocidad en el consumo. Las diferencias importantes de la edad de inicio por cursos es producto de la importante incorporación de experimentadores entre 2 CB y 3 BD.



## COCAÍNA ¿QUÉ ES?

La cocaína procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxilon coca*. Se cultiva, fundamentalmente, en los países del altiplano andino (Bolivia, Colombia y Perú).

Tampoco la coca es un hallazgo reciente. En las zonas en las que se cultiva, existe desde hace siglos un consumo tradicional consistente en mascar las hojas procedentes de la planta, para liberar así su principio activo y obtener sus beneficios. Las cantidades absorbidas de este modo son muy reducidas, por lo que apenas se registran consecuencias adversas asociadas a esta forma secular de consumo que aún hoy se mantiene.

Las culturas indígenas de los países productores usaban la coca con carácter ritual y por sus propiedades "energéticas", que les permitían realizar trabajos físicos de excepcional dureza sin sucumbir al cansancio. Las carencias alimenticias eran, asimismo, subsanadas gracias a los efectos inhibidores del apetito que tiene la coca. Si este uso tradicional hubiera sido el único modo de consumir la coca, probablemente esta sustancia no tendría cabida en una publicación como ésta. Sin embargo, desde que se consiguiera aislar su principio activo a finales del siglo XIX, aparecieron otras formas de uso con un mayor potencial para causar problemas al consumidor.

Durante los primeros años del siglo XX, el principio activo de la coca se utilizó como compuesto en la elaboración de tónicos para vinos y para bebidas colas.

Las hojas de coca, sometidas a diversos procesos de elaboración química, dan lugar a distintos derivados:

- Clorhidrato de cocaína: conocida popularmente como cocaína, merca, frula.
- Sulfato de Cocaína (Pasta de coca: también conocida como basuko, pitilo, lata.
- Cocaína Base (Crack) conocida por "voca, piedra"

El clorhidrato de cocaína es el producto final del procesamiento químico de las hojas de coca. Es un polvo blanco que en contacto con la mucosa bucal produce un leve efecto anestésico. Entre los usuarios

es conocida como "merca, frula, blanca, entre" otras. Es una forma de cocaína ácida, lo que le otorga la capacidad de ser soluble en agua y por lo tanto ser utilizada por vía intravenosa.

Se consume fundamentalmente por inspiración nasal del polvo colocado a modo de línea, o raya sobre una superficie dura donde es inspirado a través de un billete enrollado, o un canuto (snifar, jalar, tomar). Otra vía de ingreso es la vía intravenosa. Esta forma de cocaína no puede ser fumada dado que cuando se calienta, se desnaturaliza y no produce efectos.

La pasta base de cocaína (pasta base o sulfato de cocaína) surge a partir de diversos procesos de elaboración química, en los cuales las hojas de coca maceradas sufren el agregado de una mezcla de solventes como kerosene, ácido sulfúrico y amoníaco. Se trata de un producto intermediario al clorhidrato de cocaína. Es una forma de cocaína alcalina o básica y posee punto de volatilización bajo por lo cual tiene la propiedad de ser fumada.

Tiene la apariencia de un polvo blanco, amarillento o amarronado dependiendo de la sustancia con la que ha sido mezclada. Entre los usuarios es conocida como "pasta", "base", "piedra", "roca", "lata" entre otras. La PBC se fuma en diversos dispositivos, pipas manufacturadas con casi cualquier material (lata, inhalador, bombita de luz etc. a las que se les coloca en el fondo tabaco quemado que tiene la función de encender y mantener el calor para la volatilización; en ocasiones se fuma mezclada con tabaco ("mono") o marihuana ("marciano").

## EFFECTOS

La cocaína es una droga psicoestimulante, que como ya se dijo consumida preferentemente por inhalación, también conocida entre los usuarios como "blanca", "merca", "frula" entre otras. Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro, provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo.



### Efectos psicológicos

Los más habituales son los siguientes:

- Euforia
- Locuacidad
- Aumento de la sociabilidad
- Aceleración mental
- Hiperactividad
- Deseo sexual aumentado

En consumidores crónicos, a medida que desaparecen estos efectos sobreviene un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo.

### Efectos fisiológicos

Los más habituales son los siguientes:

- Disminución de la fatiga
- Reducción del sueño
- Inhibición del apetito
- Aumento de la presión arterial

## RIESGOS

### En el plano psicológico

Estamos en condiciones de afirmar que tanto el consumo frecuente durante varios años de cantidades moderadas y aparentemente sin consecuencias, así como los usos de mayores dosis en menos tiempo tienden a causar:

- Importantes trastornos psíquicos, similares a los provocados por las anfetaminas, tales como ideas paranoides y depresión, trastornos del sueño.
- Dependencia psíquica, siendo ésta una de las más intensas entre las provocadas por las drogas.
- La supresión del consumo tras un período prolongado, da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, letargia, etc.



### En el plano orgánico

Tanto por su actividad cerebral como por la vía habitual de administración, el consumo crónico de cocaína puede causar:

- Pérdida de apetito
- Insomnio
- Perforación del tabique nasal
- Patología respiratoria: sinusitis e irritación de la mucosa nasal
- Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales
- Cardiopatía isquémica

También el consumo esporádico no controlado puede ocasionar consecuencias adversas al consumidor.

## EFFECTOS PASTA BASE

Al ser fumada la sustancia desde los pulmones alcanza rápidamente el cerebro, provocando su efecto psicoestimulante a pocos segundos del consumo; el inicio es más rápido que para la cocaína esnifada, pero a su vez la caída del efecto ocurre más rápidamente (dura pocos minutos), presentando un poder adictivo mucho mayor.

Los efectos de la PBC dependen de diversos factores tales como tipo de preparación, dosis, frecuencia y forma de consumo, impurezas y adulteraciones, motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva), entre otros.

### Efectos psicológicos

El consumo de PBC puede sistematizarse en 4 etapas:

- Euforia
- Disforia
- Consumo ininterrumpido
- Psicosis y alucinaciones



- Euforia

Tras el consumo de PBC se producen efectos psicológicos como:

- disminución de las inhibiciones
- euforia, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, hipervigilancia, aceleración de los procesos del pensamiento.

Se acompañan de efectos fisiológicos:

- disminución del apetito, fatiga y sueño.
- aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura corporal y frecuencia respiratoria.

- Disforia

Al caer en pocos minutos su efecto estimulante, aparecen elementos de la esfera psíquica como:

- angustia
- ansiedad
- deseo incontrolable por seguir consumiendo
- inseguridad
- depresión
- apatía
- indiferencia sexual

- Consumo ininterrumpido

Patrón de consumo para evitar la etapa de disforia.

## RIESGOS

### En el plano psicológico

- Tras varios días o semanas de fumar con frecuencia pueden aparecer graves trastornos psíquicos, tales como agitación, ideas paranoides, agresividad y alucinaciones visuales, táctiles, auditivas y olfatorias ( 4° etapa).
- Dependencia psíquica muy intensa.
- Tras la reducción o supresión del consumo puede aparecer un síndrome de abstinencia caracterizado por una profunda depresión, con letargia, irritabilidad e ideación suicida.
- El consumo crónico de PBC se relaciona además con la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas, de tipo déficit de memoria, disminución de la atención, desinterés laboral y académico,

comportamiento antisocial; estudios recientes revelan que los solventes utilizados en su elaboración estarían relacionados con dichas alteraciones.

#### En el plano físico

42

- Al igual que el clorhidrato de cocaína, por la actividad cerebral del alcaloide el consumo de PBC puede causar:
  - Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica.
  - Convulsiones.
  - Riesgo de infartos/ hemorragias cerebrales.
- Accidentes que pueden producirse cuando el usuario presenta elementos psicóticos.
- Otros efectos son: pérdida de peso, palidez, prurito, insomnio.
- Por la forma de consumo:
  - Existe riesgo de adquirir enfermedades infecciosas transmisibles, tales como VIH-SIDA, hepatitis B y C (por compartir la lata o pipa).
  - Quemaduras graves de labios, cara y manos.
  - Enfermedades respiratorias.

## DROGAS DE SÍNTESIS: ÉXTASIS ¿QUÉ SON?

Es el término científico para referirse a una serie de sustancias que, aunque existentes hace décadas, se popularizaron a finales del siglo XX bajo la equívoca denominación de "drogas de diseño". Se trata de sustancias producidas por síntesis química (sin componentes naturales, a diferencia con el hachís o el tabaco), en laboratorios clandestinos.

Generalmente se trata de compuestos anfetamínicos a los que se añade algún componente con efectos alucinógenos de potencia variable. Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos. Sobre su superficie se graban diversos dibujos que sirven como elemento de identificación.

En algunos casos se trata del redescubrimiento con fines recreativos de sustancias abandonadas por la investigación farmacéutica por sus efectos secundarios. Es el caso del éxtasis, descubierto en 1912 por la industria farmacéutica mientras buscaba un fármaco inhibidor del apetito, y abandonada por sus efectos psicoactivos.

Aunque son varias las sustancias que entran en esta denominación, vamos a referirnos a la más usual, la conocida como éxtasis o MDMA. Junto con otras sustancias de la misma familia química (Eva, píldora del amor, etc.), contribuyó a popularizar la química psicoactiva, abriendo un camino por el que después se colaron otras sustancias: ketamina, GHB, etc., las cuales, a pesar del tratamiento mediático recibido, no parecen estar teniendo especial arraigo en nuestro país.

El éxtasis fue investigado en la década de los cincuenta a la búsqueda de un fármaco que facilitara la desinhibición. Posteriormente, en plena ebullición de los movimientos contraculturales y psicodélicos, fue objeto de experimentación por algunos psicólogos y psiquiatras norteamericanos que hipotetizaban su capacidad para levantar algunas de las represiones de sus pacientes.

La década de los ochenta conoce un cierto auge de ésta y otras sustancias con las que comparte parentesco químico, de la mano de la música house. Estados Unidos (Detroit, Chicago, etc.), Australia y Europa (Reino Unido, Holanda y Alemania en un primer momento, para extenderse después a prácticamente toda la Unión Europea), conocen desde mediados de los ochenta la irrupción del consumo de estas

drogas que, con la entrada en el siglo XXI, parecen haber frenado su penetración, e incluso estar retrocediendo en algunos lugares.

Cada droga tiene su mitología. En el caso de las drogas de síntesis, durante años se divulgó la idea de que sus consumidores se abstenían del consumo de otras drogas, limitándose a acompañar sus pastillas con cantidades generosas de agua.

Una conducta que pudo ser cierta en los primeros momentos de uso elitista, pero que desapareció a medida que el consumo de pastillas se popularizó. Investigaciones españolas y europeas muestran cómo los consumidores de estas drogas tienen un perfil psicoactivo alto, entendiendo por tal el hábito de consumir de manera combinada diversas sustancias, además de las pastillas, entre las que alcohol, tabaco, y en no pocas ocasiones, cocaína, están presentes.

En el año 2001 se incautaron en Uruguay 20 unidades de éxtasis.

## EFFECTOS

Dan lugar a una experiencia mixta entre la estimulación y la percepción alterada, por lo que se las ha comparado con una mezcla de anfetaminas y un alucinógeno llamado mescalina. Al consumirse en forma de pastillas, su absorción por el aparato digestivo para ser distribuido al torrente sanguíneo, es más lenta que en el caso de otras vías de administración.

### Efectos psicológicos

Cuando comenzó a derivarse al mercado negro, se planteó comercializarla con el nombre de empathy, finalmente desechado por cuestiones de mercadotecnia.

En todo caso, es una muestra de cuáles son sus principales efectos:

- Sociabilidad
- Empatía
- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Desinhibición
- Deseo sexual aumentado



- Locuacidad
- Inquietud
- Confusión
- Agobio

#### Efectos fisiológicos

Los efectos más frecuentes de estas drogas son los siguientes:

- Taquicardia, arritmia e hipertensión
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Contracción de la mandíbula
- Temblores
- Deshidratación
- Aumento de la temperatura corporal (hipertermia)

#### RIESGOS

Casi todas las drogas son presentadas en el momento de su comercialización como compuestos completamente inofensivos, como ocurrió en el caso del tabaco. Tras un período de consumo, esta apariencia de inocuidad hay que matizarla para dar cabida a datos inicialmente inexistentes. Es también el caso del éxtasis, defendido por sus promotores como sustancia sin ningún tipo de riesgo.

La investigación, aún incipiente, permite presentar algunos riesgos a tener en cuenta:

#### En el plano psicológico

Los riesgos más severos en este campo son:

- Crisis de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Alteraciones psicóticas



## En el plano orgánico

Riesgos asociados al consumo de éxtasis en los ambientes congestionados en los que a menudo tiene lugar, y bajo las condiciones de baile intenso a las que se asocia:

- Aumento severo de la temperatura corporal (hipertermia maligna)
- Arritmia
- Convulsiones
- Insuficiencia renal
- Rabdomiólisis
- Coagulopatía
- Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales
- Insuficiencia hepática

Mientras no existieron investigaciones científicas, se trató de presentar el éxtasis como droga limpia e inocua. Sin embargo, los daños producidos en algunos consumidores, y los estudios realizados desde finales de los 90, revelan riesgos sobre la salud y específicamente sobre el sistema nervioso, de imprevisibles consecuencias.

Se investiga actualmente la capacidad del éxtasis para provocar en humanos la neurotoxicidad detectada en animales de laboratorio, existiendo evidencias respecto a su impacto negativo sobre la memoria.



## ANFETAMINAS ¿QUÉ SON?

Son psicoestimulantes producidos sintéticamente en laboratorios químicos a partir del siglo XIX. Fueron objeto de distintos usos, entre los que cabe destacar su profusa utilización en los conflictos bélicos del siglo XX para vencer el cansancio de los soldados y mejorar su entrega durante las batallas.

Aunque pueden presentarse de otro modo, su consumo habitual se lleva a cabo bajo la forma de pastillas o comprimidos, y a menudo son una de las sustancias con las que se cortan (mezclan) las drogas de síntesis.

Hasta que finalmente se reguló su venta en farmacias, el consumo de anfetaminas fue considerable en nuestro país, particularmente entre los diversos colectivos que las utilizaban para permanecer despiertos y activos durante prolongados períodos de tiempo, o bien como en el tratamiento farmacológico para adelgazar. Estas aplicaciones fueron siendo abandonadas por la repercusión de su uso y los efectos secundarios indeseables que producen.

Su consumo esporádico y en contextos muy determinados, hicieron de ellas unas sustancias muy toleradas durante años en nuestro país.

Han comenzado a ser objeto de un consumo recreativo en combinación con otros psicoestimulantes y alcohol.

En la actualidad, las anfetaminas con destino al mercado negro se producen en laboratorios químicos clandestinos. Una de las anfetaminas más frecuente en el mundo de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido en la jerga de consumo como speed (del inglés velocidad). Generalmente se presenta en forma de polvo, y se consume por inhalación, como la cocaína, con la que comparte los riesgos asociados a esta vía de administración (daños sobre la mucosa nasal). También puede presentarse, como el resto de las anfetaminas, en forma de comprimido.



## EFECTOS

Los efectos provocados por el consumo de anfetaminas recuerdan en gran medida a los producidos por la cocaína.

### Efectos psicológicos

Entre los más frecuentes se encuentran:

- Agitación
- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Verborrea
- Alerta y vigilancia constantes



### Efectos fisiológicos

Los efectos sobre el organismo del consumidor son, en esencia:

- Falta de apetito, y adelgazamiento
- Taquicardia
- Insomnio
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Contracción sostenida de la mandíbula

## RIESGOS

### En el plano psicológico

Su consumo crónico puede dar lugar a:

- Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones, siendo la más característica y de presentación bastante frecuente en el uso crónico, la visualización y sensación en la piel de abultamientos de insectos y gusanos que llevan a la persona a rascarse y lastimarse en el afán de sacarlos. También puede verse el uso crónico de cocaína.
- Depresión reactiva
- Delirios paranoides
- Intensa dependencia psicológica





### En el plano orgánico



Tras un consumo prolongado, además de un intenso agotamiento puede dar lugar a las siguientes alteraciones:

- Colapso circulatorio
- Trastornos digestivos. La gastritis es bastante frecuente y suele presentarse a poco de haber comenzado su consumo.
- Las consecuencias adversas vinculadas al uso de dosis importantes son similares a las de la cocaína.



## ALUCINÓGENOS ¿QUÉ SON?

50

Las drogas alucinógenas integran lo que hemos llamado sustancias perturbadoras del sistema nervioso central. Se trata de drogas que, al llegar al cerebro, provocan alteraciones en su funcionamiento neuroquímico (o neurobioquímico) que afectan particularmente a la manera de percibir la realidad, pudiendo dar lugar a trastornos sensoriales severos e incluso auténticas alucinaciones.

La modificación de la conciencia que provocan era considerada por parte de distintas civilizaciones como una vía efectiva para entrar en contacto con la divinidad, y de ahí su relevancia en rituales de corte sagrado.

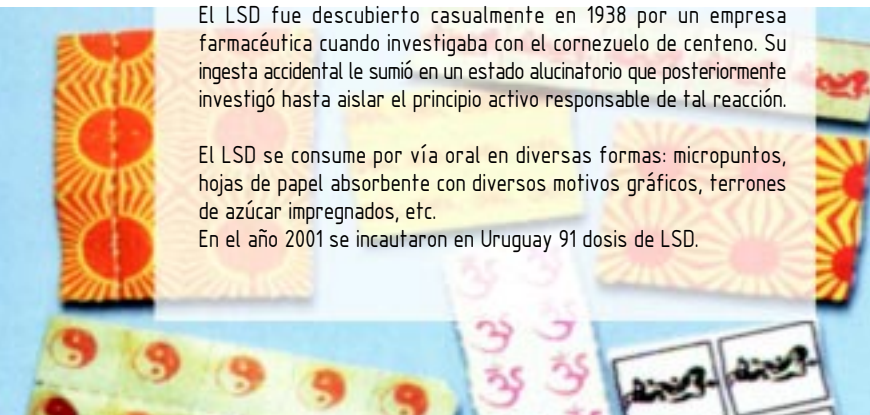
Existen una gran diversidad de sustancias alucinógenas y la mayoría de ellas proceden de plantas. Tal es el caso de los hongos como el Psilocibes (hongo de la bosta, cucumelo) y otras sustancias que se consumen bajo forma de infusiones y tes como el Floripón (Dotura Brumasia).

En Uruguay no son drogas muy comunes, no obstante ello, el alucinógeno más utilizado es la dietilamida del ácido lisérgico, LSD (conocido en el argot de la calle como ácido *tripa* -del ingles trip: viaje-). En los años 60 se hizo un importante consumo y promoción por parte de algunos gurus de la contracultura norteamericana.

El LSD fue descubierto casualmente en 1938 por un empresa farmacéutica cuando investigaba con el cornezuelo de centeno. Su ingesta accidental le sumió en un estado alucinatorio que posteriormente investigó hasta aislar el principio activo responsable de tal reacción.

El LSD se consume por vía oral en diversas formas: micropuntos, hojas de papel absorbente con diversos motivos gráficos, terrones de azúcar impregnados, etc.

En el año 2001 se incautaron en Uruguay 91 dosis de LSD.



## EFFECTOS

Una de las características principales del LSD es su potente efecto a dosis mínimas. A la media hora de su consumo, empiezan a manifestarse sus efectos que duran alrededor de ocho horas.

### Efectos psicológicos

Podría decirse que el consumo de alucinógenos disloca el funcionamiento del cerebro humano, diluyendo los límites entre el sujeto y la realidad. Las principales manifestaciones de este proceso son las siguientes:

- Alteración de la percepción, incluyendo la propia auto imagen
- Hipersensibilidad sensorial
- Deformación de la percepción del tiempo y el espacio
- Alucinaciones que suelen tener ciertas características según el alucinógeno que se considere
- Ideas delirantes
- Euforia
- Confusión mental
- Verborrea
- Hiperactividad
- Experiencia mística



### Efectos fisiológicos

Tras su consumo, el usuario experimenta los siguientes efectos:

- Taquicardia
- Hipertermia
- Hipotensión
- Dilatación de la pupila
- Descoordinación motora





En el plano psicológico

Las consecuencias más severas del consumo de LSD pueden ser:

- Reacciones de pánico (*bad trip*: mal viaje)
- Intentos de suicidio
- Reacciones psicóticas
- Reparaciones espontáneas de la experiencia alucinógena sin consumo de la sustancia (*flash-back*)

En el plano orgánico

Dado lo esporádico de su consumo, no existen pruebas de daños físicos, siendo en la esfera psicológica donde se manifiesta la mayor probabilidad de consecuencias adversas. Quizás la repercusión física más importante a considerar sean aquellos traumatismos derivados de los accidentes que se producen durante el efecto alucinógeno. Son frecuentes las caídas desde alturas de donde los usuarios se tiran alucinando con vuelos y zambullidas.



Constituyen un numeroso grupo de sustancias que son gaseosas o que desprenden a temperatura ambiente vapores que se difunden rápidamente. Son muy bien absorbidas a través del pulmón, de ahí su denominación de sustancias inhalantes o inhalables. Si bien muchas sustancias responden a estas características las más utilizadas con fines recreativos o de abuso son los hidrocarburos derivados del petróleo.

En nuestro medio el uso de estas sustancias se da con mayor frecuencia en niños y adolescentes de los sectores marginales. Los solventes más utilizados son los que forman parte de pegamentos, nafta, pinturas, etc.

### EFFECTOS

Son sustancias con efecto depresor del Sistema Nervioso Central. Producen distintos grados de depresión de la conciencia que van progresivamente desde la somnolencia, la confusión mental, el estupor hasta el grado máximo que es el coma. Esto siempre es precedido de una etapa de euforia. Con frecuencia se presentan alucinaciones.

#### Efectos psicológicos

Incluiremos aquí la afectación de las funciones psíquicas. Estos efectos son de instalación rápida e intensa y semejan un estado de embriaguez. Se presenta sensación de euforia, disociación del medio ambiente y sensación de flotar.

#### Efectos orgánicos

A los efectos psicológicos se asocian trastornos de la articulación de la palabra y visión borrosa. Esto se acompaña de elementos irritativos digestivos y respiratorios como náuseas, vómitos, tos y broncoespasmo. A nivel cardiovascular existe el riesgo de que ocurran trastornos del ritmo cardíaco y paro.

El uso de solventes en forma crónica o durante periodos prolongados lleva a alteraciones de distintos órganos y sistemas. Se presenta frecuentemente irritación a nivel de las fosas nasales, boca, conjuntiva ocular y piel. Se asocian irritación de vías respiratorias superiores y digestivas.

Según el solvente involucrado en el producto se puede presentar: daño cerebral (provocando trastornos de la conciencia, del crecimiento y del aprendizaje), así como daño en riñón, hígado, sangre y corazón.

### DATOS DE CONSUMO - OTRAS DROGAS ILEGALES

La tercera encuesta de prevalencia realizada en 2001 relevó información sobre consumo de otras drogas ilegales como ser inhalables, alucinógenos, heroína y éxtasis.

Los resultados obtenidos muestran una disminución en relación a los dos estudios anteriores en la experimentación con inhalables. La experimentación con alucinógenos mantiene los porcentajes obtenidos en los dos estudios de referencia aunque disminuye con respecto al consumo más reciente.

Aunque con un porcentaje marginal aparece el éxtasis como droga experimentada, no registrándose casos de consumo de heroína.

Tanto en la experimentación como así también en aquellas drogas que presentan consumos recientes, el perfil predominante de los consumidores es de personas menores de 30 años.



Consumo de sustancias ilegales – Uruguay 2001									
	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	1994	1998	2001	1994	1998	2001	1994	1998	2001
Inhalables	0.5%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%
Alucinógenos	0.6%	0.5%	0.6%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%
Heroína	*	0.1%	0.0%	*	0.0%	0.0%	*	0.0%	0.0%
Éxtasis	*	*	0.1%	*	*	0.0%	*	*	0.0%

Fuente - Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas  
 Secretaría Nacional de Drogas  
 \* Sin datos

Entre los estudiantes de Enseñanza Media el consumo declarado de otras drogas ilegales que no sean la marihuana o cocaína anteriormente analizadas es marginal, dando cuenta que el consumo de estas otras drogas no son un fenómeno que se manifieste en este segmento, por lo menos en esta etapa. Dentro de este consumo marginal, los inhalantes y los alucinógenos son de las drogas indagadas las más experimentadas. Mientras el consumo de pasta base se presenta también marginal en este segmento de jóvenes.

Analizando el perfil de los experimentadores en conjunto, las diferencias halladas son similares a las ya encontradas cuando analizamos el consumo de marihuana

Consumo de sustancias ilegales en estudiantes de Enseñanza Media Uruguay 2003				
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Edad de inicio
Solventes	2.7	14	0.5	13.97
Hashís	1.0	0.3	0.2	14.70
Alucinógenos	1.7	0.7	0.2	14.91
Heroína	0.5	0.3	0.2	13.89
Opio	0.6	0.2	0.1	13.95
Morfina	0.5	0.2	0.1	13.94
Pasta Base	1.2	0.7	0.2	15.13
Crack	0.8	0.3	0.2	14.77
Éxtasis y otras metanfetaminas	0.9	0.3	0.1	15.00

### ¿QUE DICE LA LEY RESPECTO DE LAS DROGAS?

Las leyes que se aplican en materia de la producción, comercialización y consumo de drogas en el Uruguay, son:

- 1) Decreto-Ley 14.294 de 1974, conocido como Ley de Drogas.
- 2) Ley 17.016 de 1998, (que modifica parcialmente la Ley de Drogas e incluye normas sobre lavado de dinero).
- 3) Ley 16.579 de 1994, que aprueba la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas (Convención de Viena de 1988).

La Convención de Viena de 1988, que es el la base de la legislación internacional en materia de drogas, obliga a los países parte, a castigar como delitos la producción y la comercialización de la marihuana, cocaína, heroína y otros opiáceos y las drogas de síntesis.

### PLANTACION, CULTIVO, COSECHA Y COMERCIALIZACION DE SUSTANCIAS

La Ley de Drogas prohíbe la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse estupefacientes u otras sustancias que determinen dependencia física o psíquica, con excepción -según los casos- de los que se realicen con exclusivos fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos de utilización médica. Las plantaciones o cultivos, en tal caso, deben ser autorizados previamente por el Ministerio de Salud Pública y quedan bajo su control directo. Toda plantación no autorizada debe ser inmediatamente destruida con intervención del Juez Penal.

Con respecto a los psicofármacos, la ley prevé que solamente pueden ser utilizados con fines terapéuticos o de investigación científica. No pueden ser vendidos, entregados o suministrados sin la previa presentación de la receta médica, odontológica o veterinaria original, estando únicamente autorizadas para su comercialización al público las farmacias e instituciones de asistencia médica.



Es delito la producción y la comercialización de estas sustancias en violación de lo establecido por las leyes y se castiga con penas que van desde los veinte meses de prisión hasta los diez años de penitenciaría.

Cuando estos delitos se cometen con la participación de una asociación o de un grupo delictivo u organizado o mediante el recurso a la violación o el empleo de armas o con utilización de menores de edad o incapaces, la pena será aumentada hasta la mitad.

Según el artículo 60 de la ley, además, son circunstancias agravantes especiales de los delitos de narcotráfico:

- 1) Que alguna de la o las víctimas de los delitos fuera menor de dieciocho años o incapaz.
- 2) Cuando la sustancia fuere suministrada o aplicada sin el consentimiento de la víctima.
- 3) Cuando el delito se cometiera mediante el ejercicio abusivo, fraudulento o ilegal de una profesión sanitaria.
- 4) Cuando el delito se cometiera en el interior o a la entrada de un establecimiento de enseñanza o sanitario, o de hospitales, cárceles, sedes e instalaciones de instituciones deportivas, culturales o sociales o de un recinto o lugar donde se realicen espectáculos o reuniones de carácter público cualquiera sea su finalidad.
- 5) Cuando del hecho resultaran lesiones o la muerte de la víctima.

#### EL CONSUMO Y TENENCIA DE DROGAS

El *consumo* y la *tenencia* para el consumo propio no es delito. La ley de drogas (con el texto dado por la Ley 17.016) dice expresamente que no será penado el que tuviera en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal. La valoración de qué se considera una cantidad razonable es determinada por el juez a su criterio.

Sin embargo, la Ley de Drogas establece que la persona que es encontrada consumiendo estupefacientes o usando indebidamente psicofármacos, debe ser llevado ante el Juez para que disponga su examen por un médico de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías y por el médico forense a los efectos de que éstos determinen si se trata de un adicto, en cuyo caso el Juez debe imponer el tratamiento de dicha persona.

#### VINCULACIÓN DE LAS DROGAS CON OTROS DELITOS

La ley penal establece como agravantes de diferentes delitos (lo cual implica un aumento de la pena) el hecho de ser cometidos bajo los efectos del consumo de drogas ilícitas.

Por ejemplo:

Es una agravante de los delitos en general el haberlos cometidos bajo la influencia de estupefacientes o sustancias psicotrópicas (art. 47 literal 16 bis) del Código Penal.

Es una agravante del hurto que el sujeto lleve consigo armas o narcóticos, aún cuando no hiciera uso de ellos (art. 341 del Código Penal, modificado por el art. 65 de la Ley No. 17.243).

Asimismo, se tipifica del delito de suministro de bebidas alcohólicas, por el cual se prohíbe el expendio o suministro de bebidas alcohólicas o su ofrecimiento a cualquier persona entre las 0 y 6 horas de la mañana, en aquellos locales que no cuentan con la habilitación otorgada por la autoridad competente para que en los mismos se puedan consumir bebidas alcohólicas. Los infractores estarán sujetos al pago de una multa que la reglamentación que oscila entre las 100 UR y las 1.000 UR (entre cien y mil unidades reajustables), considerando la gravedad de la infracción y los antecedentes del infractor.

Sin perjuicio de ello el Código Penal prevé que la embriaguez, o la intoxicación por “estupefacientes”, cuando fueran totales y estuvieran determinadas por fuerza mayor o caso fortuito, es decir por razones ajenas a la voluntad de la persona, son causas de inimputabilidad, esto es, de no penalización.

#### INCAUTACION DE DROGAS Y OTROS BIENES

La droga ilegal que se incauta en un procedimiento judicial es destruida.

Con respecto a los bienes utilizados por los traficantes de drogas para cometer los delitos (por ejemplo, un automóvil), la Ley 17.016 establece que el Juez debe disponer su decomiso, esto es, la transferencia de su propiedad al Estado, el que puede retenerlos para uso oficial o venderlos y transferir el dinero resultante a entidades dedicadas a la prevención del uso indebido de drogas, el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores problemáticos o a cualquier organismo público que haya participado en la incautación de dichos bienes.





## ¿A QUÉ SE LLAMA FACTORES DE RIESGO?

Hablar de causas del consumo de drogas resulta cuando menos aventurado. A la diversidad de factores conocidos, se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del inicio en el consumo. En cada caso concreto se da una combinación original de factores que explica su experiencia particular.

Siendo la adolescencia la etapa de la vida, en la que es más frecuente el inicio del consumo hablaremos de las condiciones (factores de riesgo) que favorecen este proceso en dicha etapa:

- **Curiosidad por experimentar:** una característica natural y deseable de la adolescencia, que es preciso, no obstante, educar, para que se convierta en una fuente de maduración y para impedir que se concentre en situaciones de riesgo.
- **Presión del grupo de iguales:** tendencia a la homogeneidad dentro del grupo que, al igual que facilita la adopción de determinadas señas de identidad (forma de vestir, música, etc.), tiene un papel de primer orden en el inicio en el consumo de drogas.
- **Búsqueda de placer:** el consumo de drogas ha estado siempre vinculado al deseo de desconectar de las exigencias más agobiantes de la realidad, en un intento de disfrutar al máximo del tiempo de ocio. Cuando durante la infancia y la adolescencia no se aprenden otras formas de diversión las drogas pueden ocupar un lugar importante.

- Control familiar inconsistente: cuando las normas familiares son excesivamente rígidas, relajadas o variables, se hace difícil la interiorización por los niños y los adolescentes de unas pautas de comportamiento claras, por lo que su socialización fuera de la familia se vería afectada. No es el control lo que previene sino la adecuación, consistencia, coherencia y sentido de las reglas y acciones que lo encuadran.
- Disponibilidad de drogas: si en el medio en que el adolescente vive su tiempo de ocio existe una presencia notable de drogas, el inicio en el consumo resulta favorecido.

No son, evidentemente, los únicos factores de riesgo, pero son algunos de los más relevantes, y, sobre todo, son factores sobre los que se puede actuar preventivamente.

### ¿EXISTEN TAMBIÉN FACTORES DE PROTECCIÓN?

Se han identificado un número amplio de factores que disminuyen la probabilidad de iniciarse en consumos de drogas. Algunos están relacionados con características del propio individuo, y de su medio familiar, social y cultural. Otros, se vinculan a cambios culturales y legislativos de nuestra sociedad (generalizar la prevención en la escuela, cumplir rigurosamente las leyes que prohíben su venta a menores, etc.).

En relación a dichos factores, son conocidos enfoques exitosos y variadas propuestas que persiguen algunos de los objetivos siguientes en niños y adolescentes (cuanto antes mejor):

- Canalizar positivamente la curiosidad del individuo, a fin de que mantenga la exploración y desafíos del entorno, y que al mismo tiempo, se desinterese por conductas y situaciones de riesgo.

Es lo que se pretende, por ejemplo, con las campañas informativas que, mediante diversos soportes (folletos, internet, etc.), buscan transmitir a los jóvenes una información adecuada sobre los riesgos asociados al consumo de drogas. Iniciativas orientadas a compensar con argumentos racionales



el impulso de la curiosidad, favoreciendo una toma de decisiones más libre ante la previsible oferta de drogas de la que tarde o temprano serán objeto.

- Promover la educación en valores y actitudes de aprecio, respeto y responsabilidad para con la salud propia y la de la comunidad.

Es el objeto, por ejemplo, de los diversos programas preventivos existentes en Uruguay en las escuelas: tratar de despertar en el alumnado la conciencia de que la salud no depende del azar, sino que está en gran medida condicionada por las decisiones que cada persona adopta.

- Desarrollar habilidades sociales que les ayuden a comportarse con una razonable autonomía en la relación con los otros, a neutralizar positivamente las presiones por parte del grupo de amigos hacia el consumo de drogas y, en su caso, a cambiar el propio paisaje grupal.

De nuevo la escuela y la familia comparten múltiples iniciativas orientadas a entrenar a niños y adolescentes en esas pautas asertivas de relación que les ayuden a respetar a los demás y reclamar para si mismos igual consideración.

- Promover una vivencia rica y diversa del tiempo libre, que ayude a encontrar satisfacciones que no comprometan su desarrollo, y a construir modos positivos de disfrutar el ocio, a partir de las posibilidades del territorio que habita.
- Favorecer un ejercicio razonable de la autoridad parental (pues no es sólo del padre, sino de los padres) que permita a los niños y adolescentes interiorizar unas normas aceptables de convivencia, y tomar decisiones crecientemente responsables, aun cuando actúan movidos por la curiosidad y el placer.
- Reducir la presencia de las drogas en los escenarios sociales por los que transitan.

A mayor facilidad de acceso a las drogas, mayor consumo, mayor abuso y mayores dificultades derivadas. De ahí la importancia de que las drogas no sean una realidad permanente en los territorios de niños y adolescentes. La reducción de la oferta no ha demostrado que pueda operar de manera eficaz de manera aislada. Esto significa que no se trata exclusivamente de disminuir la disponibilidad de drogas y permanecer tranquilos de que nada ocurrirá si no hay sustancias en el medio. Se trata de articular este control de la oferta de sustancias con las otras medidas de promoción de la calidad de vida y de un desarrollo de las personas apto para la vida autónoma en el encuentro con los demás. Se refiere a los demás factores antes mencionados, sobre los que es recomendable se estructure y organice la educación.

### ¿ES POSIBLE PREVENIR?

Es la adolescencia uno de los momentos claves en el momento en el que puede tener lugar el inicio en el consumo de drogas. La adolescencia es un tiempo de descubrimientos, de exploración. Un tiempo en el que la infancia va quedando atrás y se abre un horizonte aparentemente ilimitado de posibilidades.

La mayor parte de los consumos de drogas iniciados durante esta etapa, no serán más que una experimentación pasajera, abandonada tras unos pocos episodios en que el adolescente, inevitablemente curioso, se pone a prueba. En otros casos, puede dar paso a consumos que se constituirían eventualmente en problemáticos.

Si se desea promover hábitos más saludables de vida, padres y madres, educadores y, en general todo adulto que pretenda ser confiable y creíble para los jóvenes, pueden o deberían plantearse estimular los factores de protección y reducir los factores de riesgo como el objetivo preventivo más racional y con probabilidades de éxito frente a cualquier joven. Es una tarea que deberá necesariamente alejarse del miedo negador o paralizante y de la inútil amenaza, para situarse en el plano de la comunicación eficaz (porque comunicaciones son todas).

- Con relación con la vida familiar, una combinación equilibrada de amor y disciplina es mostrada por todas las investigaciones como el estilo educativo con capacidad preventiva. Niños y adolescentes, como cualquier persona a lo largo de su vida, necesitan saberse queridos, aunque su socialización positiva requiere también del establecimiento de límites. Los límites constituyen un marco de referencia para ellos que les permitirá aprender a interiorizar los valores y las normas por las que se rige la vida social en la que poco a poco irán adentrándose.
- Es en este clima de respeto y exigencia en el que la comunicación entre padres e hijos encontrará su propio tiempo y su particular estilo. Una comunicación estable, en la que es importante hablar también de las drogas.

Una comunicación serena y reflexiva, que permita sortear malentendidos e interpretaciones exageradas de la realidad, eventos que instaurarían, quizás definitivamente, el fantasma de la desconfianza.



Como hemos ido analizado en los capítulos anteriores, una conducta que permitiría eludir los riesgos asociados a las drogas sería la de no consumirlas. Sin embargo, una buena parte de los jóvenes, deciden experimentar con ellas y aún intentar mantener un patrón de uso estable. En tales casos las personas que decidieran consumirlas deberían tener en cuenta algunas situaciones y ciertas formas de consumo que pueden multiplicar los riesgos, complicando la vida del consumidor, la de su entorno o la de ambos.

Conocer el modo en que determinadas formas de consumo de drogas pueden impactar sobre nuestras vidas, e incluso sobre las vidas de las personas con las que convivimos, resulta especialmente relevante a la hora de adoptar una decisión ante el consumo.

Sin pretensión de ser exhaustivos, vamos a detenernos someramente en algunos de estos riesgos en los que no siempre se repara, riesgos que pueden estar relacionados con las drogas mismas y sus efectos, con cómo se las consumen y la situación en que se encuentra el consumidor, con sus características personales, y con las respuestas que el medio da al consumo.

### DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS SUSTANCIAS

#### Mezclar drogas

El policonsumo, esto es, el consumo de múltiples drogas, aumenta el riesgo, provocando problemas de diversa naturaleza. El abuso de alcohol, aún los fines de semana es, por ejemplo, una conducta clara de riesgo para la salud y la seguridad de las personas. Pero si quien practica esta conducta, combina el consumo de alcohol con otras



drogas por ejemplo cocaína, los riesgos se multiplican de manera imprevisible. Por lo tanto, si se ha decidido consumir drogas, legales o ilegales, debe evitarse la mezcla. Se entiende por mezcla, no sólo el consumo simultáneo y en un mismo acto, sino también sucesivo, o sea una y después otra como ocurre frecuentemente con el alcohol y la cocaína.

Consumir drogas mientras se toman fármacos indicados por médicos

Otro tanto cabe decir de la combinación de drogas y ciertos medicamentos. En efecto, el riesgo asociado al consumo de drogas puede verse incrementado de forma imprevisible si lo hacemos al mismo tiempo que el consumo de fármacos (aunque hayan sido prescritos por el médico). El modo en que las diversas sustancias interactúan en nuestro organismo escapa a nuestro control, y puede provocar reacciones especialmente negativas.

#### DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CONTEXTO EN EL QUE SE CONSUMEN

Consumir drogas en situaciones que requieren lucidez

Cuando el consumo de drogas tiene lugar mientras se ejecutan otras conductas que requieren precisión, lucidez, claridad mental, coordinación psicomotriz, los riesgos obviamente se multiplican. Es el caso, por ejemplo, del manejo de autos u otros vehículos, o maquinaria. También es el caso de estar bajo efectos de drogas en situaciones de aprendizaje y memorización, pues durante el efecto de las drogas, la temporización y memoria están entorpecidas aunque se tenga la sensación de ser capaz de un alto rendimiento y una buena percepción.



Consumir drogas durante el embarazo

Aunque pueda considerarse como algo ya de sobra conocido, no está de más recordar que cualquier droga que una mujer consuma durante el período de embarazo, está siendo simultáneamente consumida por el feto, con un impacto negativo sobre su maduración de consecuencias impredecibles, pero sin duda de alto riesgo para el feto. Los impactos en el feto de algunas de las drogas son ya conocidos: partos prematuros, bajo peso al nacer, retardo, malformaciones, síndrome de abstinencia al nacer, entre otros.

## DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SITUACIÓN DEL SUJETO

### Consumir drogas en situaciones de enfermedad

Cuando el organismo de una persona se encuentra sometido a la debilidad ocasionada por una enfermedad, el impacto de las drogas puede verse incrementado. Un ejemplo sería el de una persona que fuma 20 cigarrillos diarios mientras padece una bronquitis aguda. Apliquemos esta misma evidencia a cualquier otra droga.

### Consumir drogas en momentos de sufrimiento psíquico

También es sumamente peligroso consumir drogas cuando una persona se encuentra en un estado emocional alterado, experimentando ansiedad o formas más o menos intensas de tristeza. El riesgo de activar procesos de dependencia psicológica es, en estas situaciones, especialmente delicado.

## CUANTO MÁS, PEOR

Ni qué decir de la combinación de estas situaciones pues se aumentan los riesgos hasta un punto imposible de calcular. Supongamos el caso de una mujer que mezcla marihuana y alcohol, mientras consume fármacos, estando en su quinto mes de embarazo y se pone a conducir.



## RESPUESTAS QUE EL MEDIO DA AL CONSUMO

Obviamente no es lo mismo consumir acompañado de alguien que no dudará en detenernos si nos ve consumiendo excesivamente, en peligro, o dispuestos a asumir conductas que ponen en peligro a terceros. Tampoco será igual si frente a un mal viaje, a una sobredosis o a un efecto no esperado, nuestro acompañante sabe o no sabe maniobras de reanimación no improvisadas o derivadas de la creencia popular, y si es capaz o no de asumir la responsabilidad de llevarnos a pedir ayuda a un centro asistencial.

# ¿cómo actuar en presencia de problemas?






## cuando los problemas los tiene uno mismo

69

Existe una tendencia bastante extendida entre los consumidores de drogas a negar, o al menos minimizar, la presencia de problemas, la mayoría de las veces, incluso contra toda evidencia. En este asunto, una de las frases más repetidas es aquella de "yo lo controlo". Es frecuente que el usuario intente explicar y explicarse a sí mismo, la evidencia como una circunstancia aleatoria, de excepción, y olvida que las excepciones tienden a repetirse casi como una regla. Es importante comprender que es penoso asumir que el consumo ha escapado al control. Dependiendo de la actitud que se tenga frente al consumo problemático es que se acortará o prolongará el camino de las dificultades que se instalan cuando terminó la "luna de miel" con las sustancias. Debe saberse que la mayoría de los usuarios al principio pensaron "a mí no me va a pasar" y aceptar que ya está pasando puede ser como para cualquiera que hizo profecías categóricas, muy doloroso. Se sugiere a los usuarios que se asuman frente a sí mismos una actitud de firmeza considerada y cálida en la que se acepta que es una circunstancia que puede ocurrir en el curso de la vida de las personas y de la que también es posible salir si se actúa sin culpa ni vergüenza, sino con eficacia.

Si los usuarios y su entorno aprenden a relativizar sus certezas se contribuirá a reaccionar a tiempo ante consumos de drogas que puedan acabar siendo problemáticos. Algunos datos nos pueden poner sobre la pista de una posible pérdida de control respecto a las drogas:

- Los dos o tres cigarrillos que uno dijo sería suficiente, van poco a poco camino de la docena o a más.
- Alguien desea dejar el tabaco y, tras comprobar que le cuesta más de lo que imaginaba, empieza a elaborar todo tipo de excusas para justificar un consumo del que empieza a desconfiar.

- 
- 
- 
- Las salidas con los amigos terminan siempre en borrachera.
  - Son cada vez más frecuentes las mañanas de resaca con amnesia.
  - En la vida cotidiana de una persona hay cada vez un mayor consumo de sustancias o pasa más tiempo del día hablando del tema, pensando en procurar sustancias o situaciones de consumo.
  - Elige preferentemente actividades y personas que consumen o evita actividades y personas con las que el consumo no sería posible.
  - A pesar de estar embarazada, una mujer se siente incapaz de renunciar a una sustancia probadamente tóxicas para su feto.
  - Se empieza a tener la sensación de que uno se maneja peor en sus tareas cotidianas (estudios, trabajo, etc.), y de vez en cuando cruza la mente la idea, rápidamente descartada, de si esto no tendrá algo que ver con el consumo de drogas.
  - Se está pendiente de confirmar, demostrar o evaluar la capacidad de autocontrol.
  - Se ha pensado alguna vez en dejar de consumir por un tiempo, o haber hecho intentos que no resultaron.
  - Comenzar a pensar que tal vez se tenga un problema con las sustancias y que tal vez sería necesario consultar por ayuda.

Establecer relaciones no problemáticas con las drogas tiene mucho que ver con:

- aceptar que son sustancias que tienen sus riesgos
- aceptar que el control no siempre es fácil de sostener
- estar dispuesto a aceptar que un uso de una sustancia se está tornando problemático, sin por eso sentirse derrotado o avergonzado
- asumir lo más rápidamente posible cambios en las conductas y estilos de vida que impidan su intensificación
- estar dispuesto a consultar una opinión, a pedir y recibir información

Situaciones ante las que ponerse en guardia para valorar si el autocontrol que se afirma tener no empieza a ser un mito.

Establecer relaciones con las drogas tiene mucho que ver con no adentrarse en consumos que pueden acabar resultando problemáticos. Pero tiene también mucha relación con saber detectar a tiempo estos

consumos e introducir cambios en el estilo de vida que impidan su intensificación.

En Uruguay existen centros específicos de tratamiento y rehabilitación públicos y privados. En estos centros, así como en instituciones públicas y privadas de salud, existen profesionales de las drogodependencias (psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, educadores, etc.) que pueden ayudar a las personas interesadas en revertir consumos problemáticos de drogas. En tal sentido en el capítulo siguiente incluye una guía de donde obtener más información.

### CUANDO LOS PROBLEMAS LOS TIENEN PERSONAS CERCANAS

A veces es difícil reconocer situaciones de riesgo en los demás, y ver la creciente importancia del consumo de drogas en el estilo de vida de amigos o familiares, que haga pensar si no se está en presencia de un consumo problemático. En estos casos, hablar con alguien formado en el tema, podría resultar beneficioso.

En ocasiones, cuando uno toma conciencia la gravedad de la situación obliga a actuar con rapidez, porque la salud e incluso la vida del consumidor de drogas pueden estar en riesgo. En estos casos es imprescindible ponerse en contacto, a la mayor brevedad, con centros especializados de atención y tratamiento.

Algunas de las situaciones más frecuentes de este tipo de urgencias con relación con las drogas son:

#### Alcohol

- Intoxicación aguda: estado de somnolencia profunda en el que el sujeto está amodorrado, incapaz de articular palabra o coordinar movimientos.
- Coma etílico: sobredosis de alcohol que puede incluso amenazar la vida del consumidor.
- Síndrome de abstinencia grave: cuadro de confusión, sudoración profusa, agitación, alucinaciones y eventuales convulsiones.





### Alucinógenos

Intoxicación aguda: "mal viaje", caracterizado por inquietud, desorientación, alucinaciones, pensamientos paranoides que pueden llegar al pánico, etc.

### Anfetaminas y Cocaína

- Intoxicación aguda: sudoración, taquicardia y otras arritmias, infarto desasosiego, agitación, hiperactividad e ideación persecutoria. Pueden presentarse desde temblores hasta convulsiones.
- Trastorno delirante: sentimientos delirantes de ser perseguido y controlado, con alucinaciones, hiperexcitación y angustia.
- Depresión reactiva: la supresión brusca del consumo puede provocar en usuarios habituales un cuadro caracterizado por sueño y depresión, con posible aparición de ideas de suicidio y un penoso sentimiento de dolor moral.

### Solventes

Intoxicación aguda. Se presentan distintos trastornos de la conciencia que van desde la somnolencia, obnubilación, confusión mental y coma. El coma es calmo y con flacidez muscular. Pueden presentarse alucinaciones. Las causas de muerte son los trastornos del ritmo y paro cardíaco. Otra causa de muerte vinculada a la técnica utilizada para el consumo es la asfixia.

### Éxtasis

Golpe de calor: fatiga, desorientación, calambres, agitación, pérdida de conocimiento, aumento de la temperatura corporal. Puede provocar el coma y la muerte por parada respiratoria.

### Marihuana

Las urgencias más frecuentes están vinculadas a cuadros psiquiátricos como las reacciones agudas de pánico, ansiedad y cuadros afectivos. Hay otras situaciones en las que, tenemos más tiempo para actuar y





es preferible si se quiere acortar el camino hacia la ayuda y no incurrir en acciones intempestivas que podrían generar más retraso.

En tal sentido, a continuación se señalan algunas cuestiones a tener en cuenta para hablar con una persona cercana a nosotros:

- Defenderse a pensar primero, sobre cómo nos hubiera gustado que nos hablaran a nosotros mismos en una situación similar. Pensar en que el objetivo no es calmarnos o descargar nuestro miedo. Se trata de comprender qué pasó, qué hicimos mal o canalizar nuestros sentimientos de fracaso, culpa y rabia.
- Muchas veces las situaciones llevan ya mucho tiempo repitiéndose y no se han logrado grandes resultados. Es el momento de cambiar el libreto porque obviamente, por más que nos parezca adecuado no es está siendo eficaz.
- Buscar un momento para hablar y prepararnos internamente para eso, tratando de alejarse de las pasiones y de las actitudes melodramáticas o que generan culpa, pues no son muy bien toleradas por los usuarios problemáticos de drogas.
- No se recomienda ninguna actitud violenta, de censura o recriminación, como tampoco el famoso "yo te dije", que no aporta nada más que reconfirmación para el que censura, pero no ayuda al que lo recibe.
- Establecer una comunicación con firmeza cálida en la que quede claro que:
  - el objetivo no es discutir por la razón de lo que sucede o no sucede,
  - el espíritu que anima el encuentro es definir lo qué es lo más conveniente a hacer asumiendo una actitud de responsabilidad compartida para la búsqueda de una salida,
  - establecer que lo que se propone tiene que ver con que esa persona es importante para uno,
  - establecer qué es lo que no se permitirá que ocurra.
- No esperar una respuesta favorable inmediata, pues puede llevar algún tiempo asumir la situación (algunos días).



## ¿dónde conseguir más información?

### JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Edificio Libertad / Luis A. De Herrera 3350, 2° Piso.

Tel.: (5982) 487 2110 ints. 1241 / 1225 / 1226 / 1240 / 1246

Fax: (5982) 487 5368

Sitio Web: [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy) / e-mail: [jnd@presidencia.gub.uy](mailto:jnd@presidencia.gub.uy)  
Montevideo – Uruguay

### INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EN PREVENCIÓN / En Montevideo

#### Públicas

- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DEL INAME

Gral. Flores 3214

Tel.: 203 7195 / 203 0289

Equipo interdisciplinario que realizan trabajo de Prevención, asesoramiento, asistencia y rehabilitación derivación a Centros Comunitarios. Población general menores de 18 Años.

- PROGRAMA DE SALUD (INJU)

18 de Julio 1865

Tel.: 408 1142 int. 135

e-mail: [inju@mec.gub.uy](mailto:inju@mec.gub.uy)

Equipo de psicólogos que trabajan en prevención realizando actividades en Montevideo e Interior.

(Servicio gratuito)

#### Privadas

- CENTRO JUVENIL EL PUENTE – FORO JUVENIL

Dirección: Maldonado 1260

Tel.: 903 0029

Fax: 902 7300

e-mail: [info@forojuvenil.org.uy](mailto:info@forojuvenil.org.uy)

Institución decana en el trabajo de prevención del uso indebido de drogas. Cuenta con varios programas de trabajos comunitarios y con jóvenes en distintos lugares del país. Realizan charlas cursos talleres a demanda.

- CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (CAPS)

Elías Regules s/n y Canadá

Las Piedras – Canelones

Telfax: 364 6767

e-mail: [saludparatodos@adinet.com.uy](mailto:saludparatodos@adinet.com.uy)

Desarrollan programas de prevención con usuarios de la institución.

- **ENCARE**

Lorenzo Pérez 3166 apto 101

Telfax: 708 1845

e-mail: encare@adinet.com.uy

La institución realiza tareas de prevención. Organización de cursos, talleres, trabajo comunitario y en el sistema educativo.

- **FUNDACION MANANTIALES**

Bulevar Artigas 1141 esq. Canelones

Tel: 402 8639 / 400 3400

e-mail: funman@netgate.com.uy

La Institución realiza actividades de prevención fuera del establecimiento a demanda. Convenio con INAME.

- **GRUPO DE CAVIA, ASOCIACION DELTA**

Luis V. Cavia 3035 Ap. 2

Telefax: 707 8815 / 901 6967

e-mail: delta@chasque.net

Tratamiento interdisciplinario orientado a la abstinencia en base a tratamiento médico y psicofarmacológico, psicoterapia individual y grupal, terapia familiar, prevención de la recaída, grupos de padres y técnicas corporales. Cuenta con Programa de Capacitación para la Prevención en el Sistema Educativo; Grupos de entrenamiento para Padres en Habilidades para la Vida, y en Reducción del Daño: Programa de Acompañamiento de Usuarios en activo.

- **INSTITUTO DE EDUCACIÓN POPULAR "EL ABROJO"**

Soriano 1153

Tel.: 903 0144

Fax: 902 4415

e-mail: elabrojo@adinet.com.uy

Equipo interdisciplinario de sólida formación en trabajos comunitarios, con niños y jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social. Desde su iniciación ha desarrollado varios programas de reinserción social y de prevención del uso indebido de drogas en Montevideo. Realizan talleres, charlas, cursos de prevención incluidos análisis institucional a demanda fuera del local.

- **INSTITUTO DE INVESTIGACION Y DESARROLLO - IDES**

San José 1238

Telfax: 900 8166

e-mail: ides@adinet.com.uy

Equipo interdisciplinario que desarrolla actividades de prevención fundamentalmente relacionadas a SIDA (VIH) y drogas. Trabajo comunitario y trabajo con jóvenes en Montevideo e interior. También realizan talleres cursos charlas a demanda.

- **INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO (IIN-OEA)**

División de Prevención de Farmacodependencia.  
8 de octubre 2904

Tel.: 487 2150

Fax: 487 3242

e-mail: iinfar@redfacil.com.uy

Elaboración y edición de materiales de prevención. Talleres, charlas, cursos a demanda.

- **OPTAR**

Melitón Gonzalez 1245 / 102

Tel.: 623 0455 / 710 2095

e-mail: aplada@optar.org

Realizan talleres, charlas, cursos de prevención a demanda. Capacitación en cursos de Postgrado en conjunto con IIN.

● **SOCIEDAD SAN FRANCISCO DE SALES MOVIMIENTO TACURU**

Programas de rehabilitación y de reinserción social para niños y jóvenes en situación de extrema pobreza. Cuenta con un programa de prevención del uso indebido de drogas para niños y jóvenes de 8 a 14 años. Equipo interdisciplinario cristiano.

**QUE TRABAJAN EN REHABILITACION Y TRATAMIENTO**

Públicas:

● **CENTRO NACIONAL DE DESINTOXICACIÓN**  
Carlos A. Lopez S/N

Lugar especializado para tratamiento específico de desintoxicación. Para pacientes consumidores de pasta base con intoxicación crónica y consumo severo de la misma. Para pacientes de sexo masculino mayores de 18 años.

● **DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DEL INAME**

Gral. Flores 3214

Tel.: 203 7195 / 203 0289

Horario de atención: lunes a viernes de 12:30 a 17:30 hs.

Equipo interdisciplinario. El departamento ofrece: atención de consultas, atención integral mediante derivaciones a instituciones con convenio con el INAME y atención conjunta con estas instituciones, seguimiento de casos.

● **HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

8 de octubre 3050

Tel.: 487 6666 / 487 2307

Equipo interdisciplinario en formación.

● **POLICLINICA DE FARMACODEPENDENCIA DEL HOSPITAL MACIEL**

25 de Mayo 174

Tel.: 915 0467

Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:00 hs.

Equipo interdisciplinario. Diagnóstico psiquiátrico, psicológico y social. La policlínica ofrece:

Consulta, rehabilitación y tratamiento, Apoyo familiar, terapias de apoyo, seguimientos y educación. El equipo realiza actividades de prevención fuera del establecimiento, a demanda. (Servicio gratuito). Posibilidades limitadas de internación en sala compartida con salud mental.

● **POLICLINICA DE TOXICOLOGIA DEL HOSPITAL POLICIAL**

Hospital Policial - Bvar. José Batlle y Ordoñez y José Pedro Varela.

Telefax: 506 9056

Horario de atención: lunes y jueves de 13 a 18 hs.

Equipo interdisciplinario (Médico toxicólogo) que brinda atención a usuarios de drogas de la familia policial.

● **PROGRAMA DE USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA.**

DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA

Hospital de Clínicas / 7º piso

Horario de atención: Martes de 14:00 a 18:00 hs. / Consultas telefónicas las 24 horas del día.

(Servicio gratuito)

Tel.: 1722 o 480 4000

Telfax: 487 0300

Equipo interdisciplinario completo. La policlínica ofrece: consulta con diagnóstico toxicológico, psiquiátrico,

psicológico y social, rehabilitación y tratamiento en forma ambulatoria, grupo de padres, apoyo familiar y seguimiento social.

Por estar inmerso en la Facultad de Medicina / Hospital de Clínicas ofrece seguimiento médico de los usuarios que no tienen cobertura sanitaria mutual. El equipo realiza tareas de prevención fuera del establecimiento, a demanda. Se aceptan todos los pacientes que en razón de su problemática no requieran internación ya que el servicio no cuenta con estas posibilidades aún.

#### Privadas:

- ALETHEIA

Juan Cabal 2532

Tel.: 481 6590

e-mail: aletheia@adinet.com.uy

Orientación individual y tratamiento

- ASOCIACION CRISTIANA URUGUAYA DE PROFESIONALES DE LA SALUD (ACUPS)

Dirección: Bvard. Batlle y Ordoñez 5003

Tel.: 355 6830

Fax: 312 0621

e-mail: acups@chascue.apc.org

Equipo interdisciplinario que ofrece tratamiento ambulatorio a usuarios de drogas. También prevención, difusión de información, ayuda social.

- CASTALIA

Bvar. Artigas 2702 Ap. 701

Tel.: 480 6210

e-mail: castadic@adinet.com.uy

Investigación y formación de psicoterapeutas institucionales. Auspicio trabajos de prevención familiar y comunitaria en el área de la salud.

- CENTRO IZCALI

Juan D. Jackson 919

Tel.: 400 5479

e-mail: izcali@adinet.com.uy

Tratamiento Residencial a adictos a sustancias psicoactivas.

Convenio con M.S.P.

- COMUNIDAD CONVIVIR

Rivera 3114 / Ap. 701

Tel.: 622 5934

Equipo con formación específicamente psicoanalítica, que brinda atención a usuarios de drogas en forma ambulatoria.

- COMUNIDAD TERAPEUTICA

DESPERTAR

Ruta 36, Km. 46 (Paso Garúa, Depto Canelones)

Tel.: 099 188916

e-mail: proyectodespertar@hotmail.com

Comunidad Terapéutica de pequeñas dimensiones y ambiente familiar y con capacidad de internación. Aceptan pacientes con comorbilidad psiquiátrica si estos están medicados y con seguimiento por psiquiatra tratante. Equipo interdisciplinario, con psicóloga, asistente social y técnicos especializados en diferentes áreas necesarias o recomendables en la reinserción social.

- DIANOVA URUGUAY

Av. Gral. Rondeau 2435 / Camino de los Pirinchos 1257

Tel.: 203 6093

Telefax: 204 2064

e-mail: dianovas@montevideo.com.uy

Tratamiento residencial de usuarios de drogas en todas las etapas del consumo. El tratamiento/internación tiene lugar en la casa ubicada en: Camino de los Pirinchos 1257 - Melilla.

- ENCARE

Lorenzo Pérez 3166 Ap. 101

Telfax: 708 1845

e-mail: encare@adinet.com.uy

Equipo interdisciplinario que brinda atención ambulatoria a usuarios de drogas de todas las edades.

- FUNDACION JELLINEK

Benito Blanco 643 / Ap. 802

Tel: 711 4417

Equipo interdisciplinario (incluye consejeros) que brinda atención a usuarios de drogas en forma ambulatoria, usando como modelo los doce pasos de AA y Modelo Minnesota. Priorizando la atención de abusadores de alcohol.

Se aceptan pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

- FUNDACION MANANTIALES

Bulevar Artigas 1141 esq. Canelones

Tel: 402 8639 / 400 3400

e-mail: funman@netgate.com.uy

Funciona con modalidad de Comunidad Terapéutica con capacidad de internación en su casa de Instrucciones y La Galera - Toledo. En el local de Bulevar Artigas

funcionan los siguientes servicios: Centro diurno de 09:00 a 18:00 hs.; Reinserción social de 09:00 a 18:00 hs.; Ambulatorios 1 y 2 los días martes y viernes. Equipo compuesto de psicólogos, terapeutas familiares, consejeros y psiquiatra consultante.

- GRUPO DE CAVIA, ASOCIACION DELTA

Luis V. Cavia 3035 Ap. 2

Telefax: 707 8815 / 901 6967

e-mail: delta@chasque.net

Tratamiento interdisciplinario orientado a la abstinencia en base a tratamiento médico y psicofarmacológico, psicoterapia individual y grupal, terapia familiar, prevención de la recaída, grupos de padres y técnicas corporales. Cuenta con Programa de Capacitación para la Prevención en el Sistema Educativo; Grupos de entrenamiento para Padres en Habilidades para la Vida, y en Reducción del Daño; Programa de Acompañamiento de Usuarios en activo.

- RD Café

Calle 24 esquina 27

(042) 44 95 14

tel. 0800 0404

Punta del Este, Maldonado

Atención de las Urgencias socio-sanitarias vinculadas al Uso Problemático de Drogas, servicio de asistencia ambulatoria o internación parcial no hospitalaria; asesoramiento permanente para el manejo de cuadros de sobredosis a hospitales y centros de salud.

- GRUPO COCUE

Melo - Cerro Largo  
Maña 411 / MELO - Cerro Largo  
Tel.: 0642 5021

Montevideo

Tel.: 408 7929 / 622 7822

e-mail: grupococue@hotmail.com

Tratamiento ambulatorio y actividades de prevención con pacientes y familias con trastornos psiquiátricos y adicciones.

- HERMES

Asturias 1383

Tel.: 613 7300

e-mail: centrohermes@hotmail.com

Tratamiento de adolescentes de alto riesgo y de su familia

- INSTITUTO URUGUAYO DE LA FAMILIA I.U.DE.FA.

Leyenda Patria 3124 Ap. 301

Tel.: 711 4076

Fax: 304 6192

Equipo integrado por Psiquiatras y Psicólogos (Supervisores) que cuenta con varios programas de rehabilitación incluido uno para usuarios de drogas.

- PROGRAMA KEIROS

Paulier 1428

Ciudad de la Costa: Av. Becú y Giannattasio Km 21.5 M36 S21

Tel.: 203 6317 / 696 5894 / 099 194010

e-mail: asbo@adinet.com.uy

Orientación, Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, promoción de salud y tratamiento ambulatorio

- PROYECTO RENACER

Pablo de María 1362

Tel: 099 696320

Comunidad Terapéutica con capacidad de internación en sus residencias de:

Departamento de Florida Ruta 5 Km. 93

Tel.: (0352) 9530

Minas en Casa de la Juventud junto a la Parroquia Catedral, 099 841328; y en el Centro Pastoral Juan Pablo II; Gallinal y General Flores en la ciudad de Florida.

También funcionan en el Departamento de Lavalleja.

#### GRUPOS DE AUTOAYUDA

- ALCOHOLICOS ANÓNIMOS

Avda. Gral. Rondeau 1509

Tel.: 902 2822

Fax: 908 6814

e-mail: aauly@chasque.apc.org

- NARCOTICOS ANÓNIMOS

Tel: 901.32.82

Dir. 18 de Julio 1044 (Galerías DIRI)

e-mail:

na\_region\_uruguay@yahooogroups.com

## JUNTAS DEPARTAMENTALES DE DROGAS DEL INTERIOR DEL PAÍS

La Junta Nacional de Drogas, a partir de su Plan Nacional, diseña una estrategia de descentralización, promoviendo la creación de Juntas Departamentales y Locales de Drogas, o Comisiones de trabajo, en todo el país.

A través de una Red Nacional de trabajo, la Junta Nacional de Drogas, coordina, apoya y asesora, a los distintos Equipos Técnicos del país. Información, capacitación de Recursos Humanos, investigación y evaluación, son algunos de los ejes de trabajo de esta Red Nacional.

Esto posibilita que la ciudadanía uruguaya, cuente en la actualidad con Instituciones y Equipos de trabajo departamentales de referencia en la prevención de los consumos problemáticos de drogas. En la nómina siguiente, se pueden encontrar los datos de cada una de las Juntas Departamentales, Locales o Comisiones de trabajo en todo el país.

### • Artigas

Junta Departamental de Drogas de Artigas  
Misiones 489

Tel.: (077) 25858

Fax.: (077) 23223

e-mail: secima@adinet.com.uy

### • Bella Unión

Junta Local de Bella Unión

Tel.: (0779) 5380

Tel.: (0779) 2100

e-mail: subel@adinet.com.uy

### • Canelones

Junta Departamental de Drogas de Canelones  
Dr. Luis Alberto de Herrera 473 Ciudad de Canelones

Tel.: (033) 23610

e-mail: jddc@adinet.com.uy

### • Cerro Largo

Comisión Departamental de Cerro Largo  
Jefatura de Policía

Calle del Pilar N° 718

Telfax: (064)26311

e-mail: humcarriv@hotmail.com

### • Colonia

Junta Departamental de Drogas de Colonia  
Rivadavia s/n, Colonia del Sacramento

Tel.: (052) 2 39 19 int. 9

e-mail: juntacol@adinet.com.uy

Juntas Locales de Drogas en el Interior del Departamento:

- Junta Local de Nueva Palmira

Tel.: (0544) 6628 / 6047

- Junta Local de Carmelo

Tel.: (0542) 3407 / 2034 / 3804

- Junta Local Colonia Miguelete

Tel.: (0575) 2012

- Junta Local Ombúes de Lavalle

Tel.: (0576)-2006

- Junta Local Florencio Sánchez

Tel.: (0536) 8334 / 9038

- Junta Local Conchillas

Tel.: (0577) 2049

- Junta Local Tarariras

Tel.: (0574) 2028

- Junta Local Juan Lacaze

Tel.: (0586) 5010 / 2025



- Junta Local Rosario

Tel.: (055) 22024

- Junta Local Nueva Helvecia

Tel.: (055) 44060

- Junta Local Cufre

Tel.: (0550) 2044

- Junta Local La Paz C.P.

Tel.: (055) 88318

- Junta Local Colonia Valdense

Tel.: (055) 88793

- Durazno

Comisión Departamental de Durazno  
Artigas 463

Tel.: (036) 22630

Fax: (036) 24778

e-mail: famaluaagus@hotmail.com

- Flores

Junta Departamental de Drogas de Flores  
Santísima Trinidad 597 Trinidad

Tel.: (0364)2553 / 3865

Fax: (0364) 2553

e-mail: jdeflores@adinet.com.uy

- Lavalleja

Junta Departamental de Drogas de Lavalleja  
Oficina de Deporte y Juventud

Telfax: (044) 21198

e-mail: juna@adinet.com.uy

- Maldonado

Dirección Departamental de Salud

Tel.: (042) 484250

Fax: (042) 48 42 50

e-mail: dirdema@adinet.com.uy

- Paysandú

- Jefatura de Policía:

Gral. Leandro Gómez N° 1039

Tel.: (072) 22611

Of. de Prensa y R.R. P.P.

e-mail: jppprensa@adinet.com.uy

- Dirección Departamental de Salud  
Montecaseros 520

Tel.: (072) 30629

Fax: (072) 31502

e-mail: saludpdu@adinet.com.uy

- Río Negro

Junta Departamental de Drogas  
Sec. de la Juventud de la I. M. de Río Negro  
Ex cine Stell, 18 de julio 1173

Tel.: (056) 28188

Telfax: (056) 222223

e-mail: imrndj@adinet.com.uy

Junta Local de Drogas de Young  
Casa de la Cultura de la I. M. de Río Negro  
Dr. Cevallos 3410

Tel.: (0567) 2836/5531

Telfax (0567)2744

E-mail: omjyoung@adinet.com.uy

- Rivera

Junta Departamental de Drogas de Rivera  
Agraciada 570/piso 3

Tel.: (062) 85807

Fax.: (062) 28414

- Rocha  
UDIMA (Intendencia Municipal de Rocha)  
Gral. Artigas 176  
Tel.: (0472) 9850  
e-mail: udina@internet.com.uy

- Salto  
Junta Departamental de Drogas de Salto  
Uruguay 315  
Tel.: (073) 29960  
Fax.: (073) 299602

- San José  
Intendencia Municipal de san José  
Asamblea 496  
Prensa y Relaciones Públicas  
Tel.: (034) 22103  
Fax: (034) 26352  
e-mail:  
juntadrogassan jose@adinet.com.uy

Centro de Atención Familiar  
Ciganda 443  
Tel.: (034) 28403

- Soriano  
Secretaría de Promoción y Desarrollo  
de la IMS  
Tel.: (053) 22289  
Fax: 053-24550  
e-mail: isoriano@adinet.com.uy

- Tacuarembó  
Junta Departamental de Drogas de  
Tacuarembó  
Wilson Ferreira Aldunate 213  
e-mail: jddftbo@hotmail.com

- Policlínica de adolescentes  
Centro de Salud  
Hospital Tacuarembó  
Tel.: (063) 26442  
Atención a adolescentes los jueves  
de 13.30 a 17.30 horas

- Centro de Salud Mental - Policlínica  
Hospital Tacuarembó  
Tel.: (063) 23812 int. 220  
Atención a consumidores y familiares  
de lunes a viernes de 14 a 18 horas

- Grupo Cuenta Conmigo  
Casa Diocesana  
Flores 185  
Tel.: (063) 20578  
Grupo de apoyo y autoayuda a familiares  
de consumidores; reuniones Martes 18  
horas

- Alcohólicos Anónimos  
Grupo Reencuentro  
Academia Betania  
Plaza de la Cruz  
Reuniones Martes y Viernes 20 horas

- Treinta y Tres  
- Oficina de la Juventud  
Edificio Atenas  
Simón del Pino 1132 piso 1  
Tel.: (0452) 2247  
- Intendencia Municipal  
Manuel Lavalleja 1130  
Telfax: (0452) 2162  
e-mail: omj@adinet.com.uy

## AGREMIACIONES

- **FUCOT**  
Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas  
Blvr. Arigas 2702 / Ap. 701  
Tel: 203 6591  
e-mail: fucot@adinet.com.uy
- **PIOD**  
Plenario Interinstitucional de Organizaciones No Gubernamentales que Trabajan en la Problemática de la Drogodependencia  
Lorenzo Pérez 3166 / Ap. 101  
Telfax: 708 1845

## CENTROS DE CESACION TABAQUICA

- **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS**  
Tuidal Rivera 2309 piso 1  
Tel.: 402 3383 / 1920 int. 2486
- **ATENCIÓN INDIVIDUAL**  
Psicoterapia psicoanalítica y gestáltica para la cesación tabáquica  
Solano Antuña 2629  
Tel.: 710 4235 / 712 4502
- **CASMU**  
Programa de Atención de Usuarios de Drogas de CASMU  
Policlínico CASMU  
Av. 8 de Octubre 3300 piso 1 Sector "B"  
Tel.: 487 5333 / 487 5337 / int. 2321 y 2317

- **CENTRO PSICOLÓGICO - MA-PA**  
Grupos de autoayuda para la cesación tabáquica.  
18 de julio 1235  
Tel.: 900 1616.

- **CIAT - Facultad de Medicina**  
Cátedra de Toxicología  
Policlínica de Farmacodependencia  
Cesación de Tabaquismo  
Tel.: 1722 / 487 0300

- **COMEFLO**  
Cooperativa Médica de Florida  
Departamento de Neumopediatría

- **COMEPA**  
Cooperativa Médica de Paysandú  
Unidad de Detección y Seguimiento Riesgo Vascular

- **COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER**  
Departamento de Capacitación Técnico Profesional  
Brandzen 1961 / P. 12 Ap. 01  
Tel.: 402 0807 / 402 0809  
Fax: 402 0810

- **CRAMI**  
Servicio de Neumología - APS  
Las Piedras, Canelones

- **FACULTAD DE MEDICINA CLINICA MEDICA A**  
Grupo Universitario de abandono del Tabaquismo - GUAT  
Hospital de Clínicas / Piso 11  
Telfax: 480 5901

● FACULTAD DE MEDICINA  
CATEDRA DE NEUMOLOGIA  
Hospital Maciel  
Tel.: 915 0467

● GRUPO ANTITABAQUISMO  
Francisco Vidiella 2388 A.  
Tel.: 480 4888 / 480 1078  
e-mail: wilkzek@adinet.com.uy  
Tratamiento grupal de adultos  
fumadores.

● IGLESIA ADVENTISTA DEL 7º DÍA  
Grupos de autoayuda para la cesación  
tabáquica.  
Av. Italia 2360  
Tel. 480 0851

● INSTITUTO ASISTENCIAL COLECTIVO  
Manuel Oribe 523  
Treinta y Tres

● PREVENTUS  
Tratamiento del Tabaquismo – Medicina  
Humana  
Clinica del Sol  
José Martí 3114  
Tel.: 707 4800

● PROGRAMA ANTI TABACO  
Mario Cassinoni 1147  
Tel.: 408 7221

● PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN  
TABÁQUICA  
Dpto. de Medicina Preventiva de Ancap  
Paraguay y B. Lavalleja 7º Piso  
Tel.: 902 0608 / 902 3892 / 902 4192 int.  
2541

● STOP TABACO  
Primer Programa Integral para dejar y  
mantenerse sin fumar  
W. Ferreira Aldunate 1294/607  
Tel.: 099628630  
Clínica Humateca  
Canelones 2267  
Tel.: 400 2794 / 401 9347