

DROGAS Y ALCOHOL



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PRIMER CURSO DE CRIMINOLOGÍA

INDICE

<u>1. LAS DROGAS.</u>	Pág. 2
1.1 Definición.	Pág. 2
1.2 Clasificación.	Pág. 2
• Estimulantes.	
• Depresores.	
• Alucinógenos.	
• Cannabis.	
• Inhalables.	
• Drogas de diseño.	
• Drogas institucionalizadas.	
1.3 Tratamiento.	Pág. 14
1.4 Personalidad del drogodependiente.	Pág. 19
1.5 Diferencia entre adición y dependencia.	Pág. 21
<u>2. EL ALCOHOLISMO.</u>	Pág. 24
2.1 Definición.	Pág. 24
2.2 Clasificación.	Pág. 24
2.3 Tratamiento.	Pág. 25
2.4 Personalidad del alcohólico.	Pág. 26
<u>3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV.</u>	Pág. 26
<u>4. BIBLIOGRAFÍA.</u>	Pág. 28

1. LAS DROGAS.

1.1 Definición.

Existen muchas definiciones que tratan de explicar el término droga. La Real Academia de la Lengua dice que droga es “el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes”.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1969, nos dice: “se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este”.

En el año 1966, la Comisión Canadiense definió desde un puesto de vista farmacoclinico, como “una sustancia que por su composición química puede alterar la estructura o el funcionamiento de un organismo vivo; las psicotropas son las que alteran las percepciones sensoriales, el humor, la conciencia, la funciones psicológicas o el comportamiento”.

Polaino – Lorente (19982), nos la define como “cualquier sustancia que ingresada en el organismo es capaz de alterar ciertas funciones, producir dependencia física o psíquica, y que indistintamente de que tenga efectos terapéuticos o no, el consumidor la utiliza para otros fines”.

1.2 Clasificación.

Existen muchas clasificaciones de las drogas, son muchos los especialistas que utilizan la suya propia, desde Freixa 1982, que lo hace desde el punto de vista sociológico:

A. Institucionalizadas: Alcohol, té, café, tabaco y medicamentos dentro del marco curativo.

B. No institucionalizadas: cannabis, LSD, mescalina, heroína, cocaína....

Hasta la de T. Leary que lo hace en drogas duras y blandas según creen o no dependencia física, terminología no aceptada por la comunidad científica.

La O.M.S., clasifica las drogas en función del efecto que produce sobre la psique y el organismo del consumidor. La clasificación general es la siguiente:

1. Estimulantes: aceleran la actividad mental, pueden ser de tipo anfetamínico o cocaínico, y aquí se encuadran también el crack.
2. Depresores: retrasan la actividad mental, pueden ser de tipo:
 - Barbitúrico: barbital, fenobarbital.
 - No barbitúrico: hidrato de cloral.
 - Tranquilizantes o benzodiazepinas.
 - Opiáceos: codeína, metadona, morfina....
3. Cannábicos: todos los derivados de la cannabis indica sativa, también son depresoras pero por su importancia se han agrupado en un apartado independiente: grifa o marihuana, kifi, hachis y aceite de hachis.
4. Grupo alcohol: depresoras del sistema nervioso, y se dividen en bebidas fermentadas y destiladas.
5. Alucinógenos: provocan alucinaciones y existen un número elevado de ácidos entre los que sobresalen el LSD y la mescalina.
6. Inhalables: La sustancia que contiene: Xileno, tolueno, acetona, éter, óxido nítrico, nitrito de amilo.

Recientemente también ha aparecido una nueva denominación las llamadas "drogas de diseño".

ESTIMULANTES

Cocaína.- Las características fundamentales de esta droga es que para la obtención de la cocaína es necesario una infusión de hojas de coca precipitada con carbonato sódico y una posterior purificación para obtenerla en forma de polvo blanco cristalino, inoloro y de sabor amargo que entumece los labios y la lengua.

La cocaína se puede aspirar por la nariz (esnifarse), inyectarse por vía intravenosa o subcutánea, beberse en forma de vino cocainado o fumarse en la variedad de clorhidrato de cocaína.

La cantidad media que un toxicómano ingiere al cabo de un día puede oscilar entre los 5 y 10 gramos, siempre en varias tomas, porque una sola dosis de más de 0,5 gramos puede ser mortal.

Efectos y sintomatología: Es normal que en las primeras dosis se produzcan sensaciones desagradables: náuseas, debilidad, irritaciones e insomnio. H. Maier distingue tres fases en la embriaguez cocaínica:

1. Eufórica: se siente vigoroso, lucido y eficaz. Necesita estar en movimiento, pero pronto se apodera de él el cansancio, apareciendo apatía y angustia, que se elimina con una nueva toma.

2. Confusión y estado alucinatorio: la alucinación pasa de la vista al oído; sensación de frío, picazón, pinchazos en las puntas de los dedos. Siente como minúsculos parásitos le están devorando la piel. Labios, boca y garganta, pueden estar llenos de arena.

3. Somnolencia: Hay trastornos graves del comportamiento, agresivo y anti social. Sobre los 10 años de consumo se produce el derrumbe definitivo, su conciencia queda desestructurada, confusión permanente (Mainer 1982).

La perforación del tabique nasal, a causa de la acción local vasoconstrictora del polvo de cocaína es una lesión característica de estos toxicómanos.

Si se produce una intoxicación aguda esta se manifiesta con cefaleas, excitación, vértigo, marcha vacilante, temblor, convulsiones, dilatación anormal de la pupila con inmovilidad del iris, disnea, taquicardia, fiebre, trastorno de la respiración, cara pálida y descompuesta.

Crack.- Se fabrica mediante la transformación del clorhidrato de cocaína en base, calentando a presión normal hasta la ebullición una solución acuosa de dicha sustancia con una base (amoníaco, bicarbonato sódico) para alcalinizar y precipitar la base libre de cocaína. Se forma una sustancia grasa de color amarillo que se enfría vertiéndole agua fría o colocando el recipiente en un lugar frío, la pasta se endurece y se procede a secarla en un horno, presentando un aspecto de porcelana que triturada parece escamas de jabón.

En Estados Unidos se le llamaría "crack" por el ruido de sus cristales al romperse por el calor. Vaporiza a alta temperatura, se fuma pulverizado y

mezclado con tabaco, cannabis, PCP... en forma de cigarrillos, aunque también se puede fumar en pipa de agua.

Al fumar crack se produce un estado de intensa euforia que se manifiesta en sólo 4 ó 6 segundos y que dura de 3 a 10 minutos, a la vez que acarrea una fase de abatimiento muy intensa donde tiene lugar estados de irritabilidad y nerviosismo, asociados a sentimientos de tristeza y depresión, que conducen a la necesidad de volver a consumir la droga.

Efectos y sintomatología: Son los propios de la cocaína normal aumentados y agravados ya que fumada es un diez veces más potente. Son frecuentes las psicosis paranoides aguadas, crisis de angustia, depresión con frecuentes suicidios, alucinaciones táctiles y acusada irritabilidad con frecuente paso a acto agresivo.

Por sus efectos estimulantes del sistema nervioso central, aumenta, la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea y puede producir convulsiones y arritmias ventriculares.

Son frecuentes las anginas de pecho y los infartos de miocardio, así como las hemorragias cerebrales provocadas por la brusca y fuerte hipertensión. La anorexia extrema con todas sus consecuencias está siempre presente en los usuarios habituales.

Es difícil hablar de sobredosis ya que la dosis normal produce de hecho una "sobredosis instantánea aunque breve".

Anfetaminas.- La anfetamina es una amina de síntesis, cuyo efecto principal es la excitación del Sistema Nervioso Simpático y por ello provoca una vasoconstricción, aceleración del ritmo cardiaco y dilatación de los bronquios.

La característica de esta droga es que los productos puros de las anfetaminas se presentan en forma de polvo blanco, sin olor y con sabor amargo, que luego se transformará en comprimidos o capsulas de tamaños, formas y colores muy diferentes, también pueden encontrarse en ampollas.

Esta droga se ingiere oralmente y también puede ser inyectada.

Efectos y sintomatología: Las anfetaminas estimulan el Sistema Nervioso Central, aumenten la vigilia y la coordinación; aparentemente facilitan el trabajo muscular e intelectual, hacen desaparecer la sensación de fatiga sin

anularla, disminuyen la sensación de sueño y de hambre, provocan insomnio y aumentan el trabajo muscular.

Por otra parte, producen locuacidad y euforia, mayor fuerza de contracción cardíaca, aumento de la presión arterial y disminución de peso.

La intoxicación leve presenta un cuadro semejante a una borrachera con agitación psicomotriz, verborrea, insomnio y dilatación anormal de la pupila. En la grave, frecuente en los niños tratados por disfunción cerebral mínima y en los que suelen aparecer conductas autodestructivas, se presentan los siguientes síntomas: taquicardia, hipertensión, arritmias cardíacas, colapso circulatorio, enrojecimiento de la piel y sudoración intensa, náuseas, vómitos, excitabilidad, labios secos, mal aliento, picazón en la nariz, alucinaciones, cefalea intensa, confusión mental, convulsiones y coma, puede producirse la muerte por parálisis bulbar.

Se desarrolla rápidamente tolerancia con aumento de la dosis y la dependencia psicológica se produce antes que la física.

Éxtasis.- Pertenece al grupo de los derivados anfetamínicos, popularmente se la denomina éxtasis o “droga del amor”. Fue sintetizado por primera vez con el objetivo de utilizarlo como anoréxico.

Se presenta en forma de pastillas o capsulas de diversos colores, por lo que su administración es oral.

Efectos y sintomatología: Tiene efectos estimulante y alucinógenos, similar al de la mezcalina. La acción del éxtasis comienza a las dos horas de haberse ingerido.

A dosis pequeñas da lugar a una mayor actividad motriz un incremento de la percepción sensorial, analgesia, euforia o temor, alucinaciones, náuseas, vómitos, rigidez en la mandíbula, congestión facial, hipertensión y alteraciones del equilibrio y la coordinación. Con dosis más elevadas sobre vienen rigidez muscular, convulsiones y la muerte.

Otros efectos son reacciones alérgicas consecuentes a la primera ingesta de la droga y degradación estructural del cerebro que puede ocasionar una psicosis. El éxtasis provoca gran dependencia psíquica y un síndrome de abstinencia que incluye fatiga, depresión y trastornos del sueño.

DEPRESORES

Barbitúricos.- Pueden definirse como drogas del grupo de los hipnóticos que actúan sobre los lóbulos frontales del cerebro. Su uso médico más corriente es para tratar el insomnio, como calmante de la tensión y la epilepsia. Se puede presentar en capsulas de diferentes colores y en líquido de sabor amargo y sin olor.

Sus formas de uso son oralmente o inyectado. Son muy peligrosos cuando se toman conjuntamente con bebidas alcohólicas, pues la acción depresiva de uno multiplica los efectos depresivos del otro.

Efectos y sintomatología: Consumiéndose en dosis normales bajo control médico, moderan la acción de los nervios y del sistema muscular, incluso el músculo cardiaco. También moderan la acción del corazón, la respiración y rebajan la alta presión de la sangre.

Pequeñas cantidades producen un estado de relajación y sociabilidad, pero también reducen el sentido de viveza y disminuyen las reacciones musculares. A medida que aumente el consumo, la persona se siente pesada, triste y melancólica, habla con dificultad y llega a un sueño profundo.

La intoxicación aguda pasa por la siguiente fase:

- a) Sopor intenso con normalidad de reflejos corneal y tendinoso.
- b) Confusión mental o embriaguez con dislalias. A veces vómitos y vértigos. Puede haber excitación y confusión mental. Somnolencia, taquicardia, hipertermia y pulso anormal.
- c) Cianosis, lividez, hipotermia, pulso pequeño y frecuente, trastornos de la respiración, puede llegarse a la muerte por parálisis del centro respiratorio.

Los síntomas de la abstinencia se tornan severos a las 24 horas, puede desarrollar convulsiones, delirios y alucinaciones.

Tranquilizantes o benzodiacepinas.- Son drogas depresoras cuyo uso como medicamento se ha extendido, como medida para reducir estados transitorios de ansiedad. En ocasiones se utilizan como relajantes musculares y como anti convulsionantes. Cuando su uso es indiscriminado se crea un estado de fármaco dependencia en el cual las dosis ingeridas son mucho mayores a las terapéuticas, la persona no puede vivir sin esa droga y la situación escapa del

control médico. Se presentan en comprimidos de diversos tamaños y colores y en ampollas.

Los síntomas del uso de grandes dosis son muy parecidos a los que se observan con el consumo de barbitúricos. Con una sobredosis, puede llegar a producirse el coma, la insuficiencia respiratoria y muerte.

Los datos de intoxicación aguda son: somnolencia, movimientos rápidos de los ojos (involuntarios), visión doble, borrosa, pupilas muy pequeñas, debilidad muscular, zumbido de oídos, confusión mental, falta de coordinación, convulsiones, excitación, agresividad, disminución de la tensión arterial, shock, coma y depresión respiratoria que puede llevar a la muerte.

Los tranquilizantes provocan dependencia psíquica y física.

P.C.P.- Es un poderoso analgésico, sólo usado en veterinaria. Es un polvo blanco en su forma pura, la droga que se ofrece en la calle puede contener una amplia variedad de impurezas y aparecer de muy distintas tonalidades de color, en forma de polvo, comprimidos, cápsulas.....

El consumo ilícito se hace por ingestión aunque en la actualidad se usa la vía pulmonar mezclándola con hojas troceadas (orégano, menta...), para hacer cigarrillos que se fuman. Es frecuente que se utilicen para adulterar otras drogas, o mezclándola para elevar los efectos de otras menos potentes (grifa).

El P.C.P., actúa sobre el sistema nervioso central; puede estimular o deprimir, según la cantidad tomada. Los efectos aparecen en un periodo de uno a cinco minutos y proporcionan un estado de euforia-embriaguez, durante 4 ó 6 horas.

Los consumidores habituales tienen problemas de memoria y dificultades orales, desordenes del carácter, depresión, ansiedad y conducta violenta. Se evidencia una pérdida de orientación, tendencia a un nudismo parcial y caminar de modo particular (no pisar las rayas de los pavimentos que las tengan).

Opiáceos (opio).- El opio se obtiene de la adormidera, es una planta de cultivo anual que produce flores con cuatro pétalos de color blanco, rosa, rojo o morado.

Mediante incisiones practicadas en la capsula de color verde del tamaño de una nuez, se obtiene un látex blanco que al contacto con el aire se torna pardo y se endurece, recogién dose y guardándose en recipientes que se exponen al sol con el fin de que pierda algo de agua, tomando un color aun más oscuro. El opio así obtenido se puede mezclar con tabaco para fumar y con alimentos. El olor del opio es muy parecido al amoniaco y su sabor es muy amargo.

El opio, en forma de pan de opio, en un principio se comía mezclado con alimentos. Posteriormente, en el siglo XVIII comienza a fumarse purificado. Con fines médicos se ha utilizado en forma de polvo e infusiones, estas reciben el nombre de laúdano.

Efectos y sintomatología: Al principio sensaciones agradables, pero si el fumador del opio se excede pronto aparece una adaptación de su organismo a dicha sustancia y la conciencia queda deteriorada y sólo percibe ausencia de toda percepción. Se sumergen en una especie de somnolencia agradable por espacio de unas cinco horas, olvidándose del mundo que le rodea.

El abuso prolongado lleva al fumador a un periodo final de estupidez, delgadez extrema, y a veces la muerte.

1. *Morfina.*- En su forma pura es un polvo cristalino blanco, muy suave al tacto, su olor es ligeramente ácido y el sabor amargo.

Se usa inyectada y oralmente.

Efectos y sintomatología: La morfina es un euforizante narcoanalgésico, es decir, aumenta el tono emocional, suaviza o elimina la sensación de dolor y distorsiona la percepción. Es un estupefaciente muy peligroso, ya que pasa muy fácilmente a la sangre y se deposita en los tejidos. Estimula la zona medular de las glándulas suprarrenales para que segregue adrenalina. Tiene un gran poder depresor sobre los centros nerviosos de la respiración y la tos.

Crea gran dependencia física y psíquica, algunos de los síntomas son: letargia, euforia, pupilas contraídas, marcas y abscesos en los lugares inyectados.

El síndrome de abstinencia se manifiesta con: desasosiego, sudoración, dilatación pupilar y piloerección, posteriormente siguen dolores, contracción muscular vómitos, diarreas, insomnio, elevación de la presión arterial y perdida acusada de peso.

2. *Heroína*.- Se obtiene mediante la transformación de la morfina. Actualmente es una de las drogas más peligrosas que existen y su uso está alcanzando cotas alarmantes.

La heroína en forma pura es un polvo cristalino, se puede considerar inodoro, aunque tiene un ligero olor a vinagre, de color blanco, tan fino que desaparece cuando se frota contra la piel y sabor muy amargo.

Se usa ingerida en forma de comprimidos, aspirada por la nariz, fumada, aunque generalmente se inyecta después de disuelta en agua y calentada.

Efectos y sintomatología: son iguales que los de la morfina pero más graves y con síndrome de abstinencia más violento.

Los síntomas más evidentes son: contracción de las pupilas, somnolencia, enrojecimiento, huellas de pinchazos en los brazos y hematomas.

Las enfermedades que suelen aparecer acompañando a las intoxicaciones son: infecciones hepáticas, úlceras supuradas, flebitis pertinaces, padecimientos cardiovasculares y renales, pérdida de los dientes, enfermedades respiratorias crónicas y tuberculosis.

ALUCINÓGENOS.

Son sustancias que provocan una distorsión en la percepción de objetos y de las sensaciones; producen confusión pero sin mermar en el individuo la capacidad de comunicar su experiencia.

Dietilamida del ácido lisérgico (L.S.D. 25).- Es un polvo cristalino sin sabor ni olor y muy soluble en agua. Se puede presentar en las más variadas formas: papel secante, tinta, terrones de azúcar, píldoras de diferentes formas y coloridos....

Se usa oralmente, disuelto en dulces, azúcar, galletas, estampillas, ropas...y puede ser inyectado. Suele consumirse en grupo y siempre uno de los integrantes, denominado "guía", se abstiene para de esta forma tener cuidado de los demás y evitar que ocurra algún accidente mientras dura el efecto de la droga.

Efectos y sintomatología: la ingestión de LSD 25 viene acompañada de fenómenos neurovegetativos: náuseas, erupciones, palidez, exudaciones, taquicardia... Estos malestares alcanzan su máxima agudeza en la media hora

que sigue a la ingestión del producto y tienen una duración aproximada de diez minutos.

En el plano psíquico se produce una desorganización de la conciencia; al principio la actividad intelectual, aparentemente se incrementa la palabrería es abundante y se aprecia una fuga de ideas. Se conserva una noción correcta de la situación, pero declara que se haya fuera de si mismo, que planea su alrededor. Su estado de ánimo cambia frecuentemente, pasa de la euforia y de la ansiedad a la impulsividad de forma repentina. Su comportamiento está caracterizado por la inercia, el descenso de la iniciativa y la falta de reacción.

Son frecuentes las tentativas de suicidio y las reacciones paranoicas entre los consumidores habituales, uno de sus graves peligros es el sentimiento de omnipotencia que tiene el sujeto que le hace creer que es capaz de volar, para un tren en marcha o cualquier otro hecho similar. Con el LSD 25 aparece un fenómeno conocido con el nombre de "flashback" que es la reaparición de algunas de las sensaciones experimentadas al tomar el ácido días o incluso mese después de la última ingestión.

CANNABIS.

Los preparados cannábicos son los siguientes: grifa o marihuana, hachís, ganja y aceite de hachís.

Existen tres formas de consumir los derivados cannábicos: fumarlos en cigarrillos, pipas o arguilas. Beberlos en maceraciones acuosas de hojas; se las suele mezclar con soluciones o jarabes perfumados y con alcoholes anisados. Comerlos en forma de dulces, confituras, hojaldres, combinándolos con almendras, avellanas, canela...

Efectos y sintomatología: los efectos comienzan de forma inmediata, a los treinta minutos alcanza su máxima potencia, que dura dos o tres horas.

Subsisten en el organismo almacenado en tejidos adiposos como el hígado, cerebro, médula y glándulas suprarrenales, y sólo lentamente es excretado en la orina y material fecal.

A nivel orgánico se ha podido detectar: aumento del ritmo cardiaco, disminución de la presión arterial, somnolencia, broncodilatación y broncoirritación, sudoración, taquicardia, sequedad de boca y sed, aumento

brusco de apetito, leve disminución de la temperatura corporal y relajación muscular.

En los consumidores habituales se ha demostrado el acrecentamiento de agentes cancerígenos a nivel pulmonar, alteraciones en los espermatozoides y cambios en el ciclo menstrual.

La embriaguez cannábica presenta las siguientes fases:

* Excitación eufórica: euforia, hablar rápido, risas, sensación de bienestar, desinhibición, descenso de la autocrítica y tendencia a la sociabilidad.

* Exaltación sensorial y afectiva: dependiendo de dosis hábito se produce una desorientación, exaltación sensorial, sentidos del oído, gusto y tacto se agudizan, los colores se ven más vivos, alucinaciones, sueños estrambóticos y fantasías.

En dosis muy altas, aparecen ideas paranoides, inquietud general, despersonalización y alucinaciones en episodios parecidos a los síndromes psicóticos.

INHALABLES.

Entre los líquidos más utilizados con la finalidad de alterar la mente se encuentran: las lacas de uñas, los disolventes, quitamanchas, pinturas, pegamentos, gasolina de coches, barnices, aerosoles, en suma, todo lo que contiene acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina.

La forma de uso es verter el líquido en bolsas de papel o plástico y aspirar los gases que se desprenden introduciendo la cabeza dentro, por lo que se corre el riesgo de asfixia y pérdida de conocimiento.

Efectos y sintomatología: los vapores aspirados atraviesan el sistema pulmonar, llegan a la sangre y posteriormente al cerebro. Son sustancias depresoras del sistema nervioso, aunque a veces no aparece depresión y si efectos irritativos y convulsivos. La intoxicación es semejante a la del alcohol.

DROGAS DE DISEÑO.

Pueden definirse como “sustancias químicas, sintetizadas en laboratorios a partir de fármacos legalizados o de drogas específicamente prohibidas” (ESTEBAN 1993).

El fin perseguido es obtener una sustancia cuyos efectos sean semejantes, aunque más intensos, a los de otros compuestos no legales cuya producción u/o obtención acarea serias dificultades. Son compuestos de fácil fabricación, siendo a veces diseñadas por medio de un ordenador y con bajo coste.

Entre las drogas de diseño más utilizadas encontramos al grupo de las anfetaminas y dentro de ellas: el éxtasis, MDA, MDE o Eva, el STP, DOM, PMA y DON DIEGO DE DIA.

DROGAS INSTITUCIONALIZADAS.

Café: el principio activo es la cafeína que a su vez se encuentra en otras plantas como el guaraná, cacao, nuez de cola y las hojas del té. Es un estimulante síquico y psicomotor.

Efectos y sintomatología: excita el sistema nervioso, afecta a los músculos y provoca contracciones cardiacas, rebaja la tensión arterial, estimula el intestino, contrae las fibras uterinas y excita las vías urinarias, provoca insomnio y activación intelectual y posteriormente agotamiento cerebral que exige un aumento de la dosis o el reposo.

En los niños consumidores se aprecian terrores nocturnos y trastornos digestivos, alteraciones respiratorias y enflaquecimiento.

El té: los efectos y sintomatología son: provoca reacciones orgánicas similares a las del café, sólo que su alto contenido en tanino añade además el peligro de generar un estreñimiento pertinaz.

Tabaco: su principio activo es la nicotina. En farmacología se la considera como un veneno nervioso, de efectos tan fuertes que una sola gota en la sangre produce la muerte instantánea.

Efectos y sintomatología: a nivel somático son: peligro de trombosis, trastornos intestinales, faringitis crónica, palpitaciones, hipertensión arterial, angina de pecho, infarto de miocardio y arteriosclerosis.

En el campo intelectual crea en el sujeto un estado de necesidad y su acción es nociva sobre la atención, memoria y orientación.

La intoxicación aguda presenta los siguientes síntomas: salivación, vómitos, diarreas, frialdad cutánea y palpitaciones, dolor abdominal, sensación de desfallecimiento, convulsiones, hiperglucemia, trastornos auditivos, confusión mental, cefaleas y colapso.

1.3. Tratamiento.

1. Preventivos.

La educación sobre las drogas tiene que ser un proceso continuo, cuyo objetivo sea conocer las motivaciones que inducen a recurrir a ellas y buscar otras soluciones para vencer las dificultades que presenta la vida diaria.

Una educación preventiva será más eficaz si:

- a. Se imparte en el contexto social, económico y cultural adecuado.
- b. Forma parte de la estructura global de la enseñanza académica, social y cultural.
- c. Promueve un estilo de vida sano y sin drogas en vez de insistir en el rechazo del consumo.
- d. Las personas la reciben antes de estar expuestos a su influencia.
- e. No contienen elementos que susciten curiosidad o deseo de experimentar, antes bien, indica claramente las consecuencias desfavorables y perjudiciales y hace hincapié en los efectos positivos de actividades alternativas.
- f. No contiene datos que puedan allanar el acceso a drogas ilícitas.

La ley general de sanidad de nuestro país contempla la prevención en dos niveles de atención primaria integrado por los centros de salud, bajo la responsabilidad de los médicos de familia y el nivel de la medicina especializada, hospitales, especialistas,...

Una perspectiva sanitaria que ponga en marcha medidas preventivas debe diferenciar las formas de consumo de la droga, ya que estas pueden ser:

Experimental: el consumidor usa la sustancia por curiosidad o por presión social pero sin continuar posteriormente su uso.

Ocasional: existe un consumo intermitente del tóxico, sin desarrollar dependencia, con intención placentera, de relajación emocional...

Habitual: existe repetidamente consumo dentro de o considerado situación de riesgo, llegando a desarrollar dependencia, y generalmente el consumidor presenta problemas de personalidad o alteración psíquica.

Las intervenciones preventivas, tanto para las formas experimentales y ocasionales de consumo, son fundamentalmente educativas, tanto para la población general como para los grupos de riesgo, tales como niños, adolescentes o adultos jóvenes en su entorno habitual. Los contenidos de tales intervenciones deben incluir:

- Conocimientos sobre diversas características de esta sustancia.
- Conocimientos de parámetros orientadores de un consumo prudente.

Estas intervenciones preventivas, cuando van dirigidas al consumidor habitual, deben unirse a otro tipo de intervenciones terapéuticas, debido a la existencia de dependencia.

Las intervenciones terapéuticas sobre cualquier tipo de dependencia, según MEDINA (1989), incluye los siguientes pasos.

1. Supresión de la droga, con desintoxicación de sus efectos y eventual tratamiento médico del síndrome de abstinencia.
2. Crear conciencia de la naturaleza y significados de la dependencia y tolerancia, tanto en le enfermo como en la familia y entorno social inmediato.
3. Abstención indefinida de las drogas.

Finalmente destacar que las drogas son constantes en la existencia del ser humano y su persistencia indica de alguna manera que cumplen funciones psicológicas y sociales muy importantes, es por ello por lo que ningún programa preventivo realista debe plantearse la abolición del consumo, sino sólo su control dentro de los límites aceptables para las circunstancias de vida de los usuarios.

2. Curativos.

Es la eliminación de la droga del sistema de un drogodependiente, a la vez que un punto de contacto para motivar al paciente para ingresar en un programa de rehabilitación.- Se puede realizar de cualquiera de las tres formas siguientes:

A. Con sustancias que tengan tolerancia cruzada con la que ingiere el adicto:

1. Metadona: estupefaciente sintético con tolerancia cruzada con todos los opiáceos. Se administra una o dos veces al día en dosis de 5 a 40 mgrs. durante una semana.
2. Opio: se administra por vía oral en dosis ligeramente inferiores a la tomada habitualmente y se va reduciendo la dosis cada día en un 10%.
3. Darvon N: utilizada con éxito en la desintoxicación de la dependencia de la heroína reduciendo la dosis.
4. Sin opiáceos: con una variedad de medicamentos no estupefacientes, entre ellos los antiespasmódicos, neurolépticos, sedantes y deprimentes.

B. Sin suministro de drogas con una supresión radical.

El paciente experimenta los síntomas de retirada sin ayuda de medicamentos.

C. Sin suministros de droga pero utilizando técnicas de ayuda.

1. La acupuntura: se ha utilizado para reducir la ansiedad en el síndrome de abstinencia.
2. Electrosueño: es un mecanismo de relajación en el cual un estímulo eléctrico suave en el cerebro, produce un sueño tranquilizante.
3. La meditación: Que reduce la ansiedad evitando las recaídas en el consumo de estas sustancias.
4. La autohipnosis: se calma y se relaja al enfermo, con lo que se evita la aparición de la ansiedad.
5. Capacitación en biorretroalimentación: se trata de que una persona tenga conciencia de un determinado estado

psicofisiológico, y este capacitado para lograr una relajación adecuada.

3. Rehabilitadotes.

BURINGER (1980) mantiene que el consumo de drogas es una conducta aprendida que se adquiere y mantiene en base a los mismos principios del aprendizaje que rigen para otros modos de conducta. En un programa de terapia, donde es importante el autocontrol, se debe tener en cuenta las siguientes áreas:

- Extinción del condicionamiento operante que implica el uso de drogas.
- Extinción de las conductas relacionadas con el uso de la droga.
- Supresión de la función desencadenante que adquiere determinados estímulos para el uso de drogas.
- Creación de conductas de evitación frente al ofrecimiento y al uso de drogas.
- Creación de un repertorio de conductas alternativas adecuadas.
- Creación de nuevos refuerzos secundarios.
- Alza del umbral de tolerancia (aprender a esperar el refuerzo).

Terapia individual.

El objetivo principal es que el paciente llegue a un amplio conocimiento de su perfil estructural básico de personalidad y el grado de interrelación circular de la droga en su situación de vida.

Es frecuente encontrar momentos angustiosos en este tipo de sujetos al percibirse a si mismo vacíos y con una gran sentimiento de culpabilidad que les hace vivenciar fuertes problemas cognitivos.

Esta técnica consiste en identificar los factores que obstaculizan la rehabilitación y la elección de una técnica terapéutica u otra, podemos considerar las siguientes modalidades (SERRANO, A; GONZÁLEZ Y LÓPEZ, 1987):

A. Psicoterapia de apoyo. Es idónea para la mayoría de los sujetos y sus objetivos son:

- Gratificación de las necesidades de dependencia durante la situación de tensión.
- Reducción de la tensión emocional mediante un trabajo de abreacción.
- Revisión objetiva de las situaciones del enfermo.
- Reforzamiento de las situaciones de estabilidad intermedia.
- Manipulación de las circunstancias reales de la vida del paciente.

B. Psicoterapia breve. Es fundamental para resolver un conflicto patógeno esencial, destacándose en ella los siguientes objetivos:

- Delimitación de un conflicto claramente focalizado.
- Permitir la ventilación emocional.
- Focalización de la realidad actual.
- Promover la transferencia positiva evitando así la dependencia regresiva.
- Uso de los consejos y apoyos.
- Identificación de las influencias dañinas del ambiente.

C. Otras técnicas:

- Parada de pensamiento.
- Corrección de conceptos erróneos.
- Focalización.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Identificar funciones.
- Desensibilización sistemática.
- Ensayo de metas o imaginación de enfrentamientos de problemas.

Terapia grupal.

Un terapeuta dirige grupos pequeños, donde cada miembro recibe una retroalimentación inmediata de los demás miembros sobre su comportamiento verbal y de otros tipos. El apoyo y aliento de los demás son fundamentales para su recuperación. En este tipo de terapia el reconocer públicamente el

conflicto es un incentivo necesario para el cambio individual a través del grupo. Podemos apuntar una serie de objetivos de corto y medio alcance que el grupo debe ir alcanzando en su proceso evolutivo:

- Adquirir conciencia de enfermedad.
- Identificar individualmente las características de cada uno como sujeto drogodependiente.
- Identificar los factores generales y personales de riesgo.
- Analizar las recaídas para poder prevenirlas.
- Aprender a evitar estímulos relacionados con el consumo.
- Desarrollar conductas alternativas.

Una vez obtenidos estos objetivos, el grupo constituye un pilar básico para facilitar el aprendizaje de una nueva forma de funcionamiento personal y social.

Terapia familiar.

Se recomienda en los casos de consumidores jóvenes de drogas, ya que si bien la familia puede ser una fuente de conflictos que pueden llevar a la droga, también es un factor que influye decisivamente en el cambio de conductas.

La aproximación del terapeuta a la familia debe ser pragmática ha de comprobar con la observación directa que es lo que pasa en los sistemas de intervención, como persiste y como se les puede alterar adecuadamente. Es importante observar la forma en que se ubican sus miembros ya que ello puede proporcionar indicios acerca de las alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento de los mismos.

1.4. Personalidad del drogodependiente.

En el mundo occidental las drogodependencias aparecen caracterizadas por:

1. Interesan a los adolescentes y adultos jóvenes.
2. Se presentan como fenómenos de grupo.

Es un hecho evidente que la droga se encuentra en la sociedad y que está al alcance de todos. Por qué hay personas que las consumen y otras que no lo hacen, esta es una pregunta cuya respuesta puede llevarnos a entender las motivaciones ocultas que conducen a algunos jóvenes a ese mundo.

La observación clínica nos aclara que existen unas características de personalidad que pueden favorecer, que no desencadenar, el consumo de sustancias adictivas, otras que se ponen de manifiesto cuando sea instaurado la adicción e incluso otras posteriores a la misma.

Es frecuente detectar, en los jóvenes consumidores un perfil previo cuya característica principal es la inmadurez. Esta se pone de manifiesto en una conducta infantil, y se acompaña entre otras, de los siguientes rasgos de personalidad:

- Dependencia de sus iguales y de su propia familia.
- No asumir responsabilidades.
- Inseguridad.
- Baja confianza en sus posibilidades para resolver correctamente los problemas que le va presentando la vida diaria.
- Carácter débil.

Una vez que se instaura una adicción se produce en el dependiente un cambio en su estructura de personalidad que va a depender de:

- Personalidad anterior al consumo.
- Tipo de droga, dosis y tiempo de uso.
- Otras variables como: aptitud de su familia, situación económica y clase de tratamiento que esté recibiendo.

De forma general se pueden señalar estas características:

Alto grado de paranoidismo que puede derivar en cuadros psicopatológicos graves.

- Falta de motivación e iniciativa.
- Comportamiento extraño, extravagante y llamativo.
- Aislamiento de su familia con escasa o nula comunicación.
- Carácter inestable e irritable.
- Baja resistencia a la frustración.

- La sintomatología propia de cada sustancia de la que dependa.

Destacar su carácter inseguro y falta de confianza, lo que le conduce a adoptar una actitud de evitación de situaciones asociadas a un posible consumo de drogas por temor a no poder vencer la tentación de volver a usarlas.

Por otro lado, y motivado por la desconfianza que su familia y personas que le rodean le manifiesta, no dejándole sólo, por miedo a que se produzca una recaída, los puede volver agresivo o al menos muy irritables, y es que para ellos cambiar el estilo de vida que les llevo a la droga, les resulta bastante complicado y necesitan un apoyo constante.

1.5. Diferencia entre adicción y dependencia.

En general podemos definir la dependencia a la droga como “un estado psíquico y a veces también físico derivado de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia considerada droga, cuyas características son: modificaciones de su conducta, pulsión o deseo de volver a consumir para obtener sus efectos psíquicos o evitar el malestar de su privación, y a veces una tendencia a aumentar la dosis para conseguir los mismos resultados”.

Dependencia física. El Comité de Expertos de la O.M.S., la define como “un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se suprime la toma del fármaco”.

Dependencia psíquica. La O.M.S., la define como: “un estado en el que un fármaco o droga produce una sensación de satisfacción; un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o evitar un malestar”.

La adicción es: Una enfermedad primaria, progresiva y mortal.
PRIMARIA: Esta palabra significa "primera" o que aparece en primer lugar.
Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es

consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares. Si así fuera diríamos que es una enfermedad secundaria, esto es, que es una consecuencia directa de otro problema mental o emocional, o sea que primero apareció el problema mental y después, como resultado, vino la adicción a las drogas. Esta es una idea algo anacrónica y no completamente cierta.

La ciencia contemporánea ya corrigió este punto de vista. La realidad es que la adicción al alcohol o a las drogas puede padecerla cualquier persona, tenga o no tenga enfermedad mental alguna, y debe ser tratada primeramente, esto es: antes que cualquier otro problema emocional o mental y esto quiere decir sencillamente que la persona tiene que aceptar que está enfermo(a) y que debe abstenerse de seguir consumiendo drogas o alcohol, además de pedir ayuda a los expertos en la materia. Algunos investigadores científicos afirman que es posible saber con mucho tiempo de anticipación si una persona va a ser adicta o no en alguna etapa de su vida.

Estos eruditos aseguran que desde temprana edad un niño(a) se comporta dé tal manera que se va preparando el terreno para que se desarrolle la adicción al alcohol o las drogas algunos años después. Ellos hablan de los niños que son muy nerviosos, hiperactivos e inestables. Esta idea no es nueva.

Pero también tenemos que decir que esos niños pueden cambiar su manera de comportarse al ser presionados por el medio familiar o social o, sencillamente, al llegar a la pubertad pueden sufrir cambios en su manera de ser que se deban más a las crisis propias de esta etapa de la vida y, por lo tanto, esta supuesta personalidad "preadictiva" (riesgo de convertirse en adictos) desaparece para siempre.

PROGRESIVA: Quiere decir simplemente que las cosas van a ir empeorándose cada vez más mientras la persona no se atiende. Muchos adictos, sus familiares, amigos piensan que con sostener una buena platicada con la persona problema, dándole algunos consejos o regaños, esta va a dejar de consumir droga o de abusar de las bebidas alcohólicas y las cosas van a

cambiar. Desgraciadamente esto no es así en el caso de los verdaderos alcohólicos y adictos. Se requiere de ayuda especializada. Es muy probable que después de esas pláticas interesantes e intensas en las que se invirtieron tiempo, energías e inteligencia, tanto la persona adicta como el voluntario o voluntaria que se prestó para ayudar, salgan convencidos ambos de que algo bueno va a suceder próximamente, pero al cabo de pocos días u horas las cosas van a regresar a como estaban antes o peor.

Algunas personas suponen que el hecho de dejar de consumir por algún tiempo su droga de preferencia, alejarse de ella por semanas o meses, se convertirá en el mejor argumento para demostrarse a sí mismo y a los demás que no tienen ningún problema y que pueden dejar de beber o drogarse cuando así lo deseen o se lo propongan. La realidad es que, en lo más profundo de su interior, estará contando las horas y minutos en los que este plazo se termina para volver a consumir la droga de manera ilimitada.

Durante el período de abstinencia en el que la persona no se involucró con el uso de alcohol o las drogas, su deseo por hacerlo no disminuyó, por lo contrario se vio acrecentado y toda la energía contenida de ese deseo se desbocará a la hora de beber o usar droga.

MORTAL: Esto parece fácil de entenderse: a medida que las personas adictas consuman más drogas o alcohol, tiene más riesgo de morir por una sobredosis. Pero este punto no es el único que hace mortal a esta enfermedad. Hay otros también muy importantes. También se puede morir en un accidente vial por ir manejando intoxicado; del mismo modo puede perderse la vida en algún pleito a golpes o por lesiones producidas por arma blanca o arma de fuego, situaciones que se presentan comúnmente cuando las personas se encuentran intoxicadas por el alcohol o las drogas, o incluso pueden morir al no ingerir alimentos o líquidos vitales ya que la mayoría de las drogas quitan el hambre y en ocasiones hasta la sed; del mismo modo se puede sucumbir sencillamente porque mientras se abusa del alcohol o de las drogas se pierde el sentido de la vida y se llega al suicidio y esto es algo que le sucede a gran cantidad de alcohólicos y adictos, finalmente

se puede perecer por la sencilla razón de que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil parar de consumir el alcohol o drogas y esto va a provocar un deterioro progresivo de las funciones vitales del organismo hasta que este deje de funcionar.

2. EL ALCOHOLISMO.

2.1 Definición.

Es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, en detrimento de la salud física y mental, por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales.

En síntesis puede decirse que el alcoholismo es una dependencia patológica al alcohol.

Por otra parte una de las definiciones más generalizadas y aceptada es: "alcohólico es toda persona que ha perdido la capacidad de abstenerse de beber".

2.2 Clasificación.

JELLINEK, en 1960, realizó la primera clasificación de la enfermedad alcohólica, y distinguió entre:

- Alcoholismo alfa: Dependencia psicológica del efecto del alcohol para evitar el dolor corporal o emocional producido por una enfermedad subyacente.
- Alcoholismo beta: Hay complicaciones físicas, pero no dependencia.
- Alcoholismo gamma: Adquisición de tolerancia tisular progresiva, adaptación del metabolismo celular, dependencia física y falta de control.
- Alcoholismo delta: Aparece la incapacidad de abstenerse, pero se controla perfectamente la cantidad de alcohol que se ingiere.
- Alcoholismo epsilon: Deseo periódico de beber como síntoma de una psicosis o de un proceso demencial.

El profesor ALONSO FERNÁNDEZ, establece diferentes clasificaciones atendiendo a los efectos del alcohol, al deseo de beber y al círculo morboso alcohólico. Para el citado autor hay tres tipos de existencias alcohólicas:

1. Bebedor excesivo regular: Ingiere a menudo una cantidad de alcohol que encierra riesgos para la salud, pero sin llegar nunca o casi nunca a la embriaguez.
2. Bebedor alcoholómano: Se entrega con frecuencia regular a la bebida que no abandona hasta que se produce la embriaguez; presenta un impulso irresistible hacia el alcohol.
3. Bebedor enfermo psíquico: Beben con el objeto de modificar vivencias y tensiones emocionales producidas por una enfermedad psíquica.

2.3. Tratamiento.

No puede enfocarse del mismo modo un cuadro de intoxicación etílica aguda, pero episódica, que un alcoholismo crónico. La embriaguez ocasional requiere un tratamiento enérgico, sin embargo la actitud que de adoptarse ante un alcoholismo crónico, supone un cúmulo de matizaciones según los casos. Generalmente se debe colocar al paciente en una situación propicia para aceptar su enfermedad y posterior rehabilitación.

En el tratamiento del enfermo alcohólico crónico, durante muchos años se han adoptado posturas moralistas que han entorpecido la eficacia terapéutica. Se trataba de un "borracho", con su sentido peyorativo, que difícilmente permitía mantener un enfoque objetivo y científico para abordar al enfermo. Prevalcía que el "borracho" era un golfo, un sinvergüenza...olvidándose conceptos como: dependencia, pérdida de voluntad, así como las alteraciones a nivel físico y psíquico.

Para su curación se han utilizado las más diversas técnicas: el médico de cabecera que lleno de vitaminas y razonamientos; el psicoanalista de interpretaciones no probadas...un alcohólico no puede entender su situación si no tiene su mente clara, y siempre la tiene enturbiada por la droga.

Habitualmente las terapias seguidas han tenido un carácter punitivo. En el siglo pasado se utilizó la aversión de la cucaracha dentro del vaso de vino. También nacieron las curas de deshabitación, por el vómito inducido. Hoy en día se podrían enumerar una lista de fármacos desagradables que dejan al paciente con malas sensaciones.

La vida en una institución cerrada es insostenible para un individuo cuya capacidad física y mental se encuentra intacta. Una hospitalización eficaz no tiene que ser prolongada, sólo en condiciones orgánicas especiales, podrá sobrepasar el mes y medio de internamiento.

Hay que tener en cuenta el medio ambiente una vez que se de de alta, las salidas deben ser, el principio, en grupos para autodefenderse, cobrar esperanza; paulatinas, y en ello la familia juega un papel importante. Si en estas circunstancias el enfermo solicita su ingreso en un centro, no debe esperarse más de 24 horas para evitar la deserción.

El tratamiento brinda un abanico de posibilidades: internamiento, curación ambulatoria y seguimiento postcura. Mención especial tiene el injerto de esperal, que supone la implantación subcutánea de una sustancia química que se activa con la ingestión de alcohol. Aisladamente no se aconseja, pero si como mecanismo para poder llevar a cabo psicoterapia.

2.4. Personalidad del alcohólico.

Los rasgos de personalidad de una persona alcohólica, quedan recogidos en el punto 1.4, donde se recogen los rasgos de personalidad de un drogodependiente.

3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV.

Criterios para determinar un consumo adictivo

Se presenta a continuación algunos de los elementos diagnósticos estipulados

en el DSM-IV, 1994 y CIE 10 que nos permiten establecer si una persona pudiese estar presentando señales de adicción con respecto a algunas de las sustancias.

Criterios Diagnósticos de Abuso de Sustancias Psicoactivas (DSM-IV, 1994)

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al **incumplimiento de obligaciones** en el trabajo, la escuela o en la casa (por ejemplo: ausencias repetidas o rendimientos pobres relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- Consumo recurrente de la sustancia **en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso** (por ejemplo. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- **Problemas legales** repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia, **a pesar de tener problemas sociales continuos** o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por la sustancia (por ejemplo: discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Criterios de Dependencia a Sustancias Psicoactivas (CIE 10, 1994):

En los doce meses previos han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- **Deseo intenso** o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- **Disminución de la capacidad para controlar** el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo y otras para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa, confirmado por: **el síndrome de abstinencia** característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o de otra muy próxima, con el objeto de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- **Tolerancia**, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas. Son ejemplos claros de dependencia del alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente la tolerancia.
- **Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones**, a causa del consumo de la sustancia; **aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia** o para recuperarse de sus efectos.
- **Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales**, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

4. BIBLIOGRAFÍA.

- BURINGER, G.: "Terapia de conducta en adicción de drogas". Munich, Instituto Mc Planck de Psiquiatría, 1980.

- CERVERA ENGUIX, S.: “Un signo de nuestro tiempo: las drogas”. Editorial Prensa Española S.A. 1ª Edición. Barcelona, 1975.
- CIE – 10 TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.: “Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico”. O.M.S., 1992.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICÍA.: Comisaría General de Policía Judicial. Informe anual. Madrid, 1993.
- ESTEBAN MALO, A.: “Drogas de diseño”. Rev. Policía nº 90, Noviembre – Diciembre, Madrid, 1993.
- GINER UBAGO, J.: “El alcoholismo. Aspectos preventivos”. III Jornadas sobre Drogodependencias. Sevilla, 1983.
- GINER UBAGO, J.: “XII Jornadas sobre drogodependencias y prevención”. Sevilla, 1991.
- LEON – FUENTES, J.L.: “Evolución de las toxicomanías en España”. Revista del Consejo General de Farmacéuticos. Págs. 40 – 43. Diciembre, 1989.
- LEON – FUENTES, J.L.: “Psicopatología de las toxicomanías”. En Psicología Clínica y Salud. Edita Universidad de Murcia, 1991.
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM IV.