

DE RIESGOS Y PLACERES

DAVID PERE MARTÍNEZ ORÓ
JOAN PALLARÉS GÓMEZ
(editores)

De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

Editorial
MILENIO
LLEIDA, 2013

Publicación financiada por la Delegación del Gobierno
para el Plan Nacional Sobre Drogas.



Gestionado por:

fundación@
igenus

- © de los textos: sus autores, 2013
- © de la coordinación y dirección: David Pere Martínez Oró y Joan Pallarés Gómez, 2013
- © de esta edición: Editorial Milenio, 2013
Sant Salvador, 8 - 25005 Lleida (España)
editorial@edmilenio.com
www.edmilenio.com

Primera edición: junio de 2013

DL L 467-2013

ISBN: 978-84-9743-558-1

Impreso en Arts Gràfiques Bobalà, S L
www.bobala.cat

Printed in Spain

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, <www.cedro.org>) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

SUMARIO

Autores.....	7
Presentación.....	15
El porqué del manual.....	17

INTRODUCCIÓN

1. Riesgos, daños y placeres. David Pere MARTÍNEZ ORÓ, Joan PALLARÉS GÓMEZ.....	23
---	----

BLOQUE I

ASPECTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS

2. ¿Consumo de drogas o drogas de consumo?, David Pere MARTÍNEZ ORÓ, Fernando CONDE GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO.....	39
3. Políticas de drogas en España, Juan Carlos Usó.....	55
4. La génesis de la reducción de riesgos, Òscar PARÉS FRANQUERO.....	71
5. Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo, Mauricio SEPÚLVEDA GALEAS, Oriol ROMANÍ.....	89
6. Reducción de daños y control social. ¿De qué estamos hablando?, Oriol ROMANÍ.....	103
7. El manejo del riesgo entre los y las jóvenes: daños, beneficios y contextos en el consumo de drogas, Elena RODRÍGUEZ SAN JULIÁN.....	117
8. Marco jurídico de la reducción de daños en el campo de las drogas, Xabier ARANA.....	129
9. El papel de los medios de comunicación: más fuentes, más rigor, más debate... menos riesgos, Alberto GAYO.....	143

BLOQUE II

LOS COLECTIVOS Y CONTEXTOS DE APLICACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS

10. La reducción de riesgos en el marco escolar, Jordi BERNABEU FARRÚS, Carles SEDÓ.....	157
--	-----

11. El ocio nocturno y la reducción de riesgos, Ricard FAURA, Noel GARCIA	169
12. La familia también cuenta, Joan PALLARÉS GÓMEZ, David Pere MARTÍNEZ ORÓ	181
13. La organización de los usuarios, Antoni LLORT SUÁREZ.....	195
14. La reducción de riesgos entre los inyectores de drogas, Elena ADÁN IBÁÑEZ, Pep CURA.....	209
15. La reducción de riesgos en el ámbito asistencial, Tre BORRÀS CABACÉS, Joan TRUJOLS ALBET.....	219
16. Las chicas también se arriesgan, Nuria ROMO-AVILÉS, Natalia PÉREZ SÁNCHEZ.....	239
17. Reducción de riesgos en el colectivo homosexual, Fernando CADEVILLA	251
18. Análisis de sustancias: una vida mejor gracias a la química, Mireia VENTURA VILAMALA, Iván FORNÍS ESPINOSA, Eloi BLANC I CASADEVALL....	261

BLOQUE III

MÁS ALLÁ DEL POLICONSUMO.

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS SUSTANCIA A SUSTANCIA

19. Alcohol y reducción de riesgos, Claudio VIDAL.....	275
20. Cannabis: Placeres y riesgos de una compañera milenaria, Martín BARRIUSO ALONSO.....	283
21. Reducción de riesgos en el consumo de MDMA, Ricardo CAPARRÓS, Unai PÉREZ DE SAN ROMÁN, Miren UGARTE.....	293
22. Reducción de riesgos en el consumo del <i>speed</i> , Ricardo CAPARRÓS, Unai PÉREZ DE SAN ROMÁN, Miren UGARTE.....	303
23. Reducción de riesgos en el consumo de cocaína, Jordi BERNABEU FARRÚS.....	313
24. Inmersión ketamínica, Eva ROSINO CORTÉS	323
25. Reducción de riesgos en el consumo de heroína, Eduardo HIDALGO...	333
26. Reducción de riesgos en el consumo de setas alucinógenas, Iván FORNÍS ESPINOSA	341
27. Alucinógenos etnobotánicos, José Carlos BOUSO	351
28. Research chemicals: nuevos diseños de la conciencia, Débora GONZÁLEZ	369
29. Hipnótico-sedantes. una aproximación desde la gestión de placeres y riesgos, Carlos MORATILLA DÍAZ	379
30. Esteroides anabólico-androgénicos y sustancias análogas, José Carlos BOUSO, Fernando CADEVILLA	389

AUTORES

Elena Adán Ibáñez

Diplomada Universitaria en Enfermería y Licenciada en Psicología. Trabaja como enfermera, formadora y colaboradora freelance en proyectos de reducción de daños, asistenciales y de investigación desde 2006. Socia fundadora del Grupo de Enfermería en Reducción de Daños de Cataluña (GERD.CAT).

Ai Laket!!

Nació como colectivo en 1998 y se constituyó como asociación sin ánimo de lucro en 2002. Mediante su trabajo y dedicación busca minimizar algunas de las consecuencias más nocivas derivadas del uso de sustancias lícitas o ilícitas. La metodología de Ai laket!! parte de su cercanía con el colectivo de personas usuarias, cuyas demandas y necesidades intenta recoger. Los autores de Ai laket!! en este manual son Ricardo Caparrós, Unai Pérez de San Román y Miren Ugarte.

Xabier Arana Berastegi

Doctor en Derecho (Doctor Europeus). Máster en Sociología Jurídica. Máster en Criminología. Investigador Doctor del Instituto Vasco de Criminología (UPV/EHU). Miembro del grupo consolidado de investigación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). “Grupo de Investigación en Ciencias Criminológicas GICCAS”. Miembro de la “Comisión Técnica Jurídico Penitenciaria” del Consejo Asesor de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Ha participado en diversos Plenos del Consejo Asesor de Drogodependencias del Gobierno Vasco, en calidad de experto en toxicomanías.

Martín Barriuso Alonso

Es licenciado en Filosofía y participa en el movimiento cannábico desde hace veinte años. Fundador de diversas organizaciones de personas usuarias,

ha trabajado en el campo de la reducción de riesgos. Actualmente preside la asociación cannábica Pannagh y representa a la Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC) habiendo participado en numerosos foros internacionales sobre drogas. Autor o coautor de siete libros y más de doscientos artículos sobre cannabis y otras sustancias, reducción de riesgos y políticas de drogas.

Jordi Bernabeu Farrús

Psicólogo y educador. Especialista en juventud, consumos de drogas, reducción de riesgos y TIC. Cuenta con una larga experiencia en la aplicación de proyectos de intervención social desde la reducción de riesgos. Actualmente trabajo como psicólogo y técnico en el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Granollers donde ejecuta, entre otros, proyectos de prevención y atención en el consumo de drogas y otras conductas asociadas (vinculados a www.sobredrogues.net y www.sobrepanalles.net). Es profesor de Educación Social en la Facultad de Educación, Traducción y Ciencias Humanas de la Universidad de Vic. Autor de artículos de divulgación y capítulos en obras colectivas.

Eloi Blanc i Casadevall.

Técnico de laboratorio. Voluntario de Energy Control.

Tre Borràs Cabacés

Educadora social y psiquiatra-psicoterapeuta. Máster en Terapia Familiar Sistémica (Universidad Autónoma de Barcelona). Experta en drogodependencias. Diplomada en Mediación en la SBUC (University of California). Directora del Servei de Drogodependències del Hospital Universitari Sant Joan y Pla d'accions sobre drogues de Reus. Ha desarrollado su actividad profesional en dispositivos de atención a usuarios de sustancias psicoactivas y salud mental, compaginando tareas asistenciales, docentes, investigación, gestión y planificación. Actualmente es colaboradora técnica de Grup Igia e Institut Genus. Participa en el movimiento de asociaciones de usuarios de drogas.

José Carlos Bouso

Psicólogo y doctor en Farmacología. Ha realizado investigación clínica estudiando la seguridad y la eficacia de la MDMA en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático, así como estudios neuropsicológicos sobre cannabis, cocaína o ayahuasca. Actualmente combina su actividad como investigador en el Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques de Barcelona (IMIM) con su trabajo de coordinador de proyectos de investigación

en la Fundación ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Services).

Fernando Caudevilla

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Experto Universitario en drogodependencias. Asesor médico de Energy Control. Miembro del Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Experto en cannabis, cocaína y drogas de síntesis.

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo

Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Fundador y director de CIMOP. Fundador y profesor del Curso Postgrado en la UCM “Praxis de la Sociología del consumo: Teoría y Práctica de la investigación de mercados”. Autor de diversas publicaciones en el ámbito de la metodología de investigación social, ha realizado numerosas investigaciones en el área del consumo, del urbanismo, de la salud y de la juventud.

Pep Cura

Estudió Antropología Médica en la Universitat Rovira i Virgili. Tiene amplia experiencia en el campo de la educación acerca de drogas en adolescentes. Está involucrado de forma directa en proyectos de investigación social relacionados con el consumo de heroína y su impacto social. Colaborador en la implementación y desarrollo de políticas de drogas en Cataluña desde l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

Ricard Faura

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, Máster en Antropología y Comunicación Audiovisual (Universidad de Barcelona) y DEA de Investigación en Psicología Social en el marco del doctorado de Psicología Social de la UAB, con una investigación sobre el impacto psicosocial de los mensajes institucionales en materia de drogas. En 2005 cofunda Spora Sinergies, consultora desde donde desarrolla diversas investigaciones en el ámbito de la prevención en materia de drogas. Realizador de documentales audiovisuales, en 2006 editó “Miradas y drogas”.

Iván Fornís Espinosa

Licenciado en Biología por la Universidad Autónoma de Madrid 2001. Máster en gestión de los recursos naturales bióticos por la Universidad de

Barcelona 2006. Voluntario desde el año 2000 del proyecto Energy Control que trabaja reducción de riesgos en consumo de sustancias psicoactivas. Desde el año 2010 coordina el servicio de análisis de drogas de Energy Control.

Noel García

Psicólogo Social. Magíster en Análisis e Intervención Social y Ambiental por la Universidad de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Magíster en Investigación en Psicología Social (UAB). Ha desarrollado su carrera profesional desde 2002 en el ámbito de la investigación social y en el diseño e implementación de metodologías de participación ciudadana. Desde 2006 es codirector de Spora Sinergies, consultoría social *spin-off* del Parque de Investigación de la UAB.

Alberto Gayo

Madrid, 1968. Es adjunto al director del semanario *Interviú* y reportero especializado en sustancias psicoactivas. Licenciado en Periodismo por la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. Inició su carrera en la Axencia Galega de Noticias. En 1989 entró en el periódico *Diario16*, donde dirigió la sección de tribunales entre 1991 y 1997. En 1996 formó parte del equipo de investigación del programa Cuerda de Presos (Antena3 TV), coordinado y presentado por Jesús Quintero. En 1998 entró en la plantilla del semanario *Interviú*, donde ha publicado más de 70 trabajos sobre drogas. Actualmente es autor del blog psiconáutico Responsable la Empresa Anunciadora.

Débora González

Madrid, 1980. Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Actualmente realiza el doctorado en Farmacología por la Universidad Autónoma de Barcelona en colaboración con la Fundación Hospital del Mar-IMIM, para evaluar la farmacología de la 2C-B y los patrones de consumo de Research Chemicals en España. A lo largo de su trayectoria profesional ha publicado varios artículos científicos sobre patrones de consumo de drogas como salvia divinorum y 2C-B, así como sobre evaluación neuropsicológica en consumidores de ayahuasca.

Eduardo Hidalgo

Psicólogo experto en drogodependencias. Actualmente es el coordinador de la colección Psiconáutica de libros sobre drogas en la editorial Amargord. Durante una década fue el coordinador de la delegación de Madrid del grupo Energy

Control. Ha trabajado como psicólogo en diversos dispositivos de atención a drogodependientes. Desde el año 2000 es profesor en los cursos de Experto y Máster en Drogodependencias del Instituto Complutense de Drogodependencias.

Antoni Llord Suárez

Trabajador social y antropólogo. Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona), actualmente doctorando en el mismo departamento investigando sobre uso y abuso de cocaína. Desde 2005 desarrolla proyectos de salud colectiva y uso de drogas en el Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre Drogues) relacionados con políticas de reducción de daños y riesgos. Colaborador de instituciones como Grup Igia, Institut Genus y asociaciones de usuarios de drogas.

David Pere Martínez Oró

Psicólogo Social. Doctorando en psicología social por la Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador de proyectos de investigación y responsable de calidad en la Fundación Igenus. Ha sido coordinador del Observatorio de Nuevos Consumos de Drogas en el Ámbito Juvenil y Sistema de Información Continua de Drogas de Castilla La Mancha (2006-2011). Profesor Consultor en la Universidad Oberta de Cataluña y en la Universidad Autónoma de Barcelona. Autor y coautor de diversos artículos y libros en el ámbito de los consumos de drogas.

Carlos Moratilla Díaz

Psicólogo. En los últimos años ha desarrollado su labor dentro de Energy Control, donde ha trabajado con usuarios consumidores de drogas. Actualmente ejerce como psicólogo en el ámbito privado.

Joan Pallarés Gómez

Profesor titular de Antropología en la Universidad de Lleida. Colaborador de la Fundación Igenus. Autor de diferentes libros y artículos sobre los consumos de drogas entre los jóvenes en su contexto de consumo. Ha sido director del Observatorio de Nuevos Consumos de Drogas en el Ámbito Juvenil, así como del Sistema de Información Continua de Drogas de Castilla La Mancha.

Òscar Parés Franquero

Licenciado en Filosofía y Antropología por la Universidad de Barcelona (UB). Máster en Drogodependencias por la UB. Colaboración y formación

en la Societat d'Etnopsicologia Aplicada i Estudis Cognitius (Sd'EA), Energy Control, Agència de Salut Pública de Catalunya. Actualmente es Secretario de la fundación ICEERS.org y miembro de la Comisión Políticas de Drogas y Sostenibilidad.

Natalia Pérez Sánchez

Educadora. Máster en Drogodependencias por la Universidad de Barcelona. Colaboradora en Energy Control y la Agencia de Salud Pública de Cataluña, donde trabaja para la prevención de los problemas asociados al consumo de drogas, especialmente entre los recreativos. Sensible con el género y su implicación en diferentes relaciones entre personas —sustancias— contextos.

Elena Rodríguez San Julián

Socióloga. Miembro y socia fundadora de Sociológica Tres www.sociologicatres.com. Profesora asociada del departamento de Sociología IV (Universidad Complutense de Madrid). Ha sido Jefa del Servicio de Análisis y Prospectiva de la Consejería de Sanidad (Castilla-La Mancha) y Jefa del Departamento de Estudios (Fundación de Ayuda a la Drogadicción). Autora y coautora de numerosos estudios sobre la realidad juvenil, sobre aspectos sociales de la salud, la educación y los consumos de drogas. En la actualidad es parte del equipo redactor del Informe Juventud en España 2012.

Oriol Romaní

Doctor en Historia (Antropología Cultural) por la Universidad de Barcelona y catedrático de Antropología Social de la Universidad Rovira i Virgili (URV). Coordinador del Máster Antropología Médica y Salud Internacional (URV). Miembro directivo del Máster Interuniversitario Juventud y Sociedad. Miembro de Grup Igia. Pionero en España en uso de metodologías biográficas, y en el estudio de grupos juveniles y usos de drogas. Publicó, entre otras, *Las drogas, sueños y razones* (1999), *Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño* (2008) o *Jóvenes y riesgos* (coord. 2010).

Nuria Romo-Avilés

Profesora titular del departamento de Antropología Social y directora del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada. Especializada en la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias, ha coordinado investigaciones sobre los procesos de medicalización en las sociedades actuales y las diferencias de género en la percepción y acción frente a las conductas de riesgo asociadas a los usos y abusos de drogas.

Eva Rosino Cortés

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra (2003-2006). Estudios de Postgrado en Sexología. Universidad de Alcalá, Madrid (2010-2012). Desde el año 2006 desarrolla su labor en la Asociación Hegoak. Es responsable del Programa de sensibilización social e intervención en espacios de ocio. Realiza atenciones a familias, jóvenes y análisis. Gestiona programas dirigidos a menores. Coordina la elaboración de folletos, revistas, cortos y web.

Carles Sedó

Educador y pedagogo. Miembro de Educación para la Acción Crítica (EDPAC), dedicada a la divulgación de las miradas alternativas sobre el consumo, también de drogas. Lleva dos décadas trabajando con jóvenes en el medio educativo desde una perspectiva de reducción de riesgos. Ha colaborado en esta línea con la Generalitat de Catalunya, ayuntamientos y ONG. Autor de *Treballant d'educador o educador social*. Uno de sus últimos proyectos ha sido www.hemerotecadrogues.cat.

Mauricio Sepúlveda Galeas

Es chileno. Licenciado en Psicología por la Universidad de Concepción. Máster en Antropología de la Medicina y Doctor en Antropología por la Universidad Rovira i Virgili (España). Experto en estudios culturales de la juventud y uso de drogas. Ha sido director de proyectos de Grup Igia y fundador de Grupo Igia Latinoamérica. Actualmente es profesor visitante Posdoctoral en el departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

Juan Trujols Albet

Psicólogo. Máster en Drogodependencias. Diplomado en Investigación Cualitativa y Participativa en Ciencias de la Salud y Especialista en Psicología Clínica. Ha trabajado en dispositivos de atención a usuarios de drogas a lo largo de los últimos 25 años, compaginando tareas asistenciales con la docencia y la investigación. Actualmente es colaborador técnico de Grup Igia y psicólogo clínico en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Juan Carlos Usó

Licenciado en Historia Contemporánea y doctor en Sociología. Autor de los libros *Drogas y cultura de masas. España 1855-1995* (1996), *Spanish trip*.

La aventura psiquedélica en España (2001) y *Píldoras de realidad* (2012). Colaborador habitual de las revistas *Cáñamo* y *Ulises*, ha participado en varios libros sobre drogas de autoría colectiva. Actualmente está ultimando un ensayo titulado provisionalmente *Nos matan con heroína. Sobre la intoxicación farmacológica como arma de Estado*.

Mireia Ventura Vilamala

Doctora en farmacia. Responsable del servicio de análisis de Energy Control desde el 2007. Voluntaria del proyecto desde el 2001, cuenta con una experiencia de más de diez años en espacios de ocio nocturno. Desde el 2011 coordina la base de datos europea Trans European Drug Information (TEDI) que recoge y analiza los resultados de todas las asociaciones europeas que están realizando análisis de sustancias.

Claudio Vidal Giné

Licenciado en Psicología y Experto Universitario en Metodologías de Investigación en Drogodependencias por la Universidad de Málaga. Su trayectoria profesional siempre ha estado vinculada a la reducción de daños y riesgos. Desde 2004 es el coordinador de la delegación andaluza de Energy Control y delegado de la Asociación Bienestar y Desarrollo en Andalucía. En Energy Control ha desarrollado proyectos como Cocacheck, Alcoholcheck o el Servicio de Pruebas de Alcoholemia en espacios de ocio.

PRESENTACIÓN

En estos momentos, en los que el denominado Tercer Sector, y en particular la intervención social, está atravesando una situación complicada, desde la Fundación IGenus estamos convencidos que, ahora más que nunca, es el momento de seguir trabajando en el ámbito social. La situación no nos puede “hacer bajar los brazos” y desistir de la intervención social que, como sabemos, es cada vez más necesaria. Los últimos indicadores ponen de manifiesto un aumento de las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza, un mayor número de niños en situación de desnutrición y unas escasas perspectivas de futuro para los jóvenes. Por estas razones, eludir la intervención es desentenderse de la responsabilidad social.

La Fundación IGenus, desde sus seis áreas de actuación (mujeres, violencia de género, investigación, prevención, jóvenes e intervención social) y sus cuatro delegaciones (Cataluña, Madrid, Aragón y Cantabria), trabaja por una sociedad más justa e igualitaria. El trabajo en el ámbito de las drogas se remonta al año 1980, cuando se puso en marcha una de las primeras comunidades terapéuticas para drogodependientes de España, La Plana. En un primer momento, el abordaje terapéutico venía delimitado por el modelo médico y asistencial que promulgaba un proceso de desintoxicación “libre de drogas”. Con los años, vimos que este abordaje era limitado y pronto incorporamos la “reducción de daños” como estrategia válida para abordar los consumos problemáticos de drogas.

En esta línea, y tal como avanzaban los años noventa, la reducción de riesgos y daños fue un elemento clave en los programas que hemos desarrollado. A finales de los noventa, con la inquietud que generó el incremento de los consumos de drogas, en los espacios de fiesta protagonizados por jóvenes normalizados que consumían “drogas de síntesis”, se nos encargó la puesta en marcha del Observatori de Nous Consums de Drogues; un proyecto de investigación cualitativa que se configuró como un sistema de información continua que aportaba información contrastada para proponer estrategias preventivas de reducción de riesgos y daños. En los últimos años la reducción de riesgos y

daños se ha consolidado como el paradigma de trabajo unitario en el seno de la Fundación IGenus.

El manual *De riesgos y placeres* que presentamos, con el apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, cumple el objetivo de trabajar para una intervención social más justa e igualitaria. Además, con él, se continúa la trayectoria innovadora de la Fundación IGenus. Por ello, deseamos que la lectura del manual acerque la reducción de riesgos y daños al conjunto de la sociedad y aporte un conocimiento relevante, sustantivo y aplicado, sobre el trabajo en los consumos de drogas.

Jesús CONTRERAS
Presidente Fundación Igenus

Ernesta SÁNCHEZ
Directora Fundación Igenus

EL PORQUÉ DEL MANUAL

Nota de los editores

El manual que tienes entre manos es producto del trabajo y el esfuerzo colectivo. Diferentes personas y entidades han hecho posible que este manual vea la luz. La idea original de realizar un manual de estas características surge como tantas otras ideas, de las conversaciones informales que se dan en los más variados contextos. En las últimas décadas, la reducción de riesgos y daños ha producido un vasto conocimiento, tanto a partir del trabajo con los diversos perfiles de consumidores de drogas, como a partir de la reflexión sobre las implicaciones políticas y sociales que conlleva la propia intervención en los diversos contextos y colectivos.

La literatura existente sobre la reducción de riesgos y daños recoge este conocimiento, eminentemente práctico, aunque en el contexto español los libros y manuales se centran principalmente en los consumidores compulsivos por vía parenteral en situación de exclusión social (Insua, 1999; Igia, 2000, 2001; Ex A Equo, 2007; Laespada e Yraurgi, 2009¹). Como veremos, en un primer momento la reducción de daños se aplicó sobre estos consumidores y contextos. Con el devenir de los años la metodología y filosofía de la reducción de riesgos y daños amplió los contextos y colectivos de intervención, además de generar una profunda reflexión teórica. En una de esas conversaciones informales, observamos como la literatura existente no ofrecía un manual actual de la reducción de riesgos y daños, que abarcase de manera amplia los conocimientos que se habían generado en los últimos años. Esto nos animó a empezar a trabajar, desde el debate y la reflexión crítica, en el presente manual con la finalidad de actualizar el conocimiento existente sobre la reducción de riesgos y daños, con especial énfasis en los colectivos y contextos desvinculados de la exclusión social.

1. INSUA, Patricia (dir.) (1999). *Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Grup Igia (2000). *Contextos, sujetos y drogas. Una manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD. Grup Igia (2001). *Gestionando las drogas*. Barcelona: Publicaciones del Grup Igia. Ex A Equo (2007). *Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas*. Barcelona: El Ciervo. LAESPADA, Teresa & YRAURGI, Ioseba (Eds.) (2009). *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Se debe destacar que en el presente manual prevalece el uso del término reducción de riesgos por encima del de reducción de daños, debido, como hemos apuntado, a que la temática de la mayoría de los capítulos se centra más en los riesgos que en los daños. No obstante, también se encontrará, aunque en menor medida, el uso de reducción de daños, cuando se hable de colectivos en situación de exclusión social, aunque no únicamente. Teniendo en cuenta estas premisas, el lector podrá entender como equivalente el uso de reducción de riesgo y el de reducción de daños, en caso contrario el autor señalará las diferencias.

El objetivo del presente manual es ofrecer una revisión de la situación actual de la reducción de riesgos y daños en el contexto español. Esta revisión se debe entender en un sentido amplio y crítico. Amplio porque a lo largo del manual se dará cuenta de conceptos, contextos, colectivos y sustancias desde diferentes disciplinas y orientaciones. Y crítico porque la mirada aguda de los autores hacia el fenómeno de las drogas pone de relieve los aspectos más controvertidos y las dificultades que han afectado al “mundo de las drogas” en general, y en concreto en el ámbito de la reducción de riesgos. La finalidad última del manual es dar herramientas para realizar intervenciones efectivas, sensatas y pragmáticas.

Para conseguir los objetivos, el manual se divide en tres bloques. El primero centrado en los aspectos teóricos, metodológicos y conceptuales de la reducción de riesgos. El segundo presenta los diferentes contextos y colectivos en los que puede intervenir la reducción de riesgos, más allá de los clásicos de la reducción de daños. En el tercer bloque se expone cómo abordar los consumos de diferentes sustancias. Sin duda, los aspectos presentados en el manual no agotan el tema, y son diversas las reflexiones teóricas, los colectivos, los contextos y las sustancias que no hemos incluido en el manual. A pesar de esto, la selección debería ser suficientemente exhaustiva como para obtener un conocimiento sustantivo de la reducción de riesgos y daños, así como de sus aplicaciones y de sus controversias. Por la amplitud de los contenidos abarcados, el manual está dirigido a profesionales y estudiantes, además, por las características temáticas y por el tipo de enfoque, está pensado también para ser leído por consumidores de drogas y por el público general.

Hemos querido titular el manual *De riesgos y placeres* porque en el ámbito de las drogas, a tenor de la alarma derivada de los consumos compulsivos de heroína, se puso de relieve que era importante aprender a convivir con las drogas. Con los años y tal como se normalizaban los consumos de drogas, pareció obvio que las drogas estaban para quedarse, ahora debemos hacer otro paso en la comprensión del fenómeno sociocultural de los consumos de drogas, en dilucidar cuáles son los riesgos y los placeres de estos consumos, para que las drogas continuen con su acople sociocultural en nuestro contexto

causando los mínimos daños posibles. Para esto, aún queda un largo recorrido y este manual quiere contribuir en este sentido.

Para editar el presente manual la Fundación Igenus ha contado con el apoyo económico del Plan Nacional Sobre Drogas (Orden SSI/1603/2012, de 10 de julio, con cargo al Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados), pero sobre todo con la colaboración de treinta y cinco autores que han participado en la redacción. Los editores realizamos el encargo de escribir los capítulos a los profesionales que consideramos más oportunos para cada una de las temáticas. Los autores son responsables de los textos, pero la selección de los autores, las temáticas y la edición de contenidos en última instancia recae en los editores.

David Pere MARTÍNEZ ORÓ
Joan PALLARÉS GÓMEZ

INTRODUCCIÓN

RIESGOS, DAÑOS Y PLACERES

A modo de introducción de un manual para entender las drogas

David Pere MARTÍNEZ ORÓ

*Fundación Igenus y Doctorando en Psicología Social.
Universidad Autónoma de Barcelona
dmartinez@fund-igenus.org*

Joan PALLARÉS GÓMEZ

*Universidad de Lleida y Fundación Igenus
jpallares@hahs.udl.cat*

De la prevención a la reducción de riesgos y daños

Desde los años setenta, cuando se empieza a hablar de los consumos de drogas y de los supuestos problemas que acarrearán, tanto las legales, pero muy especialmente los consumos juveniles de las ilegales, surge la filosofía de la educación sobre drogas o de la prevención, que pretende reducir la demanda, y se configura como el paradigma que permitiría cambiar el comportamiento del consumidor, puesto que éste “suele ser considerado como un objeto pasivo, al margen de la sociedad y de la cultura en que vive” (Edwards y Arif, 1981: 17). Se vislumbraba, sobre el plano teórico, la posibilidad de minimizar todos los problemas o de mantenerlos bajo control, junto a medidas complementarias, tendentes a reducir o dificultar la oferta.

En los años ochenta, después de valorarse que la educación sobre drogas desarrollada hasta entonces obtiene escasos éxitos en la reducción del consumo de drogas y de sus consecuencias, pero sobre todo por la emergencia de problemas relacionados con la extensión del VIH y de la hepatitis, y con la práctica endovenosa, se empieza a vislumbrar y proponer políticas y orientaciones más pragmáticas, de orientación sociosanitaria. Se denominarán genéricamente como políticas de reducción de daños, apoyadas incluso por la Unión Europea y la Organización Mundial de la salud, aunque fueran vistas con reticencias por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas (Romaní, 2003).

Los programas de reducción de daños surgieron no como una alternativa a la prevención sino como un intento de dar un paso más e incorporar a las redes de atención sociosanitarias, a los consumidores de drogas que no tenían respuesta –o cabida– en el emergente sistema especializado de atención a los drogodependientes basado en la abstinencia, con el fin de priorizar el objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas, antes que evitar los consumos (Newcombe, 1995; Grup Igia, 1996). Newcombe (1995: 26) hace

una analogía diciendo que son como un sistema de seguridad del acróbata, de forma que si una red falla –la red asistencial que se creaba–, hay otra debajo de la anterior, la de reducción de daños.

Con la inclusión en el debate de las acciones de reducción de daños se amplía el marco de la prevención, aunque sin huir de la mirada prohibicionista, puesto que aunque se critica tenuemente por añadir daños a los consumidores, llega a convertirse en una extensión de la misma, para llegar a los consumidores más reacios a contactar con los centros asistenciales que no se amoldan a sus normas y exigencias.

Pero la reducción de daños topa con los límites de un sistema penal que mantiene unas sustancias en la ilegalidad, y que pretende luchar contra ellas –y por extensión contra sus consumidores– denodadamente, por lo que como bien plantea Romaní (2003), los programas se desarrollaban en un contexto, no sólo legal, sino también sociocultural, deudor de la criminalización y la estigmatización de “la droga”, lo cual, en parte, hacía inviables dichas políticas puesto que implican una cierta normalización de las drogas como fenómeno social, entrando en franca contradicción con las políticas prohibicionistas.

Analizando la filosofía de la prevención a posteriori, a pesar de las ingentes inversiones dedicadas tanto a la reducción de la oferta como de la demanda, a pesar que se avanzara en la definición de unos objetivos prioritarios a conseguir con la prevención y se la quisiera dotar progresivamente de instrumentos científicos y evaluables (Becoña, 2002), su resultado fue insuficiente, puesto que no evitó los consumos, ni tampoco algunos de los problemas. Estos problemas están relacionados no sólo con los consumidores, sino también, con el tipo de gestión del fenómeno que nos hemos dotado, siempre en el marco ambiguo de la prohibición, que contribuye a apuntalar diferentes estereotipos sobre los consumos y los consumidores y a generar un marco contextual concreto. No obstante, la filosofía de la prevención, tomada de prestado del ámbito de la Salud Pública y sus medidas para frenar las enfermedades contagiosas, ha cuajado de tal forma en el imaginario colectivo, que se ha mantenido a pesar de sus limitaciones, y hemos arrastrado durante décadas, actuaciones de resultados reducidos pero que satisfacían –y satisfacen– la necesidad de demostrar que algo se estaba haciendo por parte de los poderes públicos y de los moralmente conmovidos, puesto que la magnitud del problema así lo requería.

No disponemos de espacio para considerar todos los elementos que impiden que la traslación de tal filosofía tenga éxito en el ámbito de los consumos de drogas, pero sí que queremos apuntar que el consumo de drogas no es un fenómeno como un virus y otras enfermedades, que se transmiten por el contacto o el contagio, sino que es un hecho social complejo, que no puede ser reducido a una única variable y la tan repetida trilogía de la sustancia, el individuo y el contexto toma aquí gran relevancia. Los consumos de drogas

responden a impulsos tal vez biológicos y acaso adquiridos en nuestra evolución, por lo que buscamos sustancias químicas capaces de alterar nuestra relación con la realidad ordinaria, que modifiquen o alteren nuestro comportamiento, lo cual nos emparenta a otros animales, pero sobre todo, son comportamientos que se adquieren en contextos concretos en los cuales se dotan de significados, que generan unas expectativas y retroalimentan la búsqueda de unos comportamientos en relación a otros individuos, por lo que la consecución de unos determinados fines se asocia a los efectos que se inducen o se les suponen a las sustancias. Todo ello genera una gran variabilidad de situaciones, de formas de consumo, de actividades desarrolladas tras el consumo y nutre un sinfín de posibles relaciones con las drogas, variables y orientadas por distintas fuerzas. Abordar todo ello desde la filosofía de la prevención, se oriente ésta desde una u otra perspectiva, deviene una tarea colosal.

En el caso concreto español, con la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985, se abre un debate en el círculo de profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias, respecto a qué camino debe seguir la respuesta pública a los problemas de drogas, en el sentido de si los incipientes recursos destinados a ello deben dirigirse a dar respuesta solamente a las demandas de creación de una red asistencial, o si por el contrario deben proponer y fortalecer medidas preventivas. El mismo PNSD, en sus ejes prioritarios, señala la necesidad de apostar también, de manera clara y decidida, por la prevención. La filosofía que se impone, proviene del campo de la Salud Pública, en el sentido de que debemos avanzarnos al problema, puesto que así se frenará o impedirá la emergencia de problemas posteriores, ya que si los recursos se dirigen solamente al ámbito asistencial, más jóvenes seguirán cayendo en las redes de “la droga”, por lo cual aumentará indefinidamente la demanda asistencial. Se pretende evitarlo con medidas de información, generando así una barrera que haga desistir a los jóvenes de iniciarse en el mundo de “la droga”.

Esta lógica será defendida desde posturas preventivas basadas en fundamentos muy distintos: conductistas, de salud pública, de intervención educativa, comunitaria, etc. Todos, aunque por diferentes motivos y caminos, abogan por la necesidad de la prevención. De esta forma, la prevención aparecerá como el eje estructurador de las intervenciones, incluso de las asistenciales, al menos desde el plano teórico, y conseguirá cristalizar en los imaginarios sociales como una panacea, por lo que la opinión pública interiorizará el mantra de la necesidad de la prevención, y ninguna crítica cabrá hacia dicha filosofía.

En la práctica, la prevención que emerge y que se irá desarrollando se centrará en la información descontextualizada sobre los efectos negativos del abuso de drogas, tomando como evidencias los experimentos de laboratorio en animales y los comportamientos y problemas de los consumidores más

problemáticos. Se trata de informar (aunque se pretende formar) para decir un rotundo “no a las drogas”, en definitiva, tras este planteamiento no se aprecia ninguna ruptura con el discurso prohibicionista penal, pues ambos vienen a decir lo mismo, aunque proponen vías complementarias para conseguirlo: unos por el lado de las medidas dirigidas a disminuir la oferta, otros por las tendentes a reducir la demanda.

Hacia finales de los ochenta se empieza a conocer el impacto del SIDA y de la hepatitis B y C entre los consumidores de drogas que compartían jeringuillas. Sus efectos sobre la mortalidad y morbilidad de los que llevan a cabo tales comportamientos se presentan a la opinión pública mezclados con las muertes por sobredosis y por los adulterantes que contiene principalmente la heroína que se vende al menudeo. Parte de los profesionales empiezan a plantear la necesidad de programas de reducción de daños, que ya no pretenden evitar el consumo sino atender a los consumidores más problemáticos, alejados de los programas “libres de drogas” y facilitar acciones más inespecíficas y profilácticas como el intercambio de jeringuillas.

El consumo de drogas de los noventa se caracterizó por la disminución de la heroína y por la aparición y difusión de las drogas de síntesis y otros estimulantes, junto al aumento del consumo de alcohol y cannabis. Estos cambios en los consumos de drogas propiciaron pequeñas modificaciones en los planteamientos de la prevención. A medida que este modelo avanza, entre ciertos sectores de la sociedad disminuye considerablemente la alarma y preocupación respecto a las drogas, y se va implantando una mirada que plantea que los consumos festivos y recreativos de drogas no son síntomas de desviación o de enfermedad, sino formas de divertirse, algo obligado para los jóvenes, y un riesgo que en parte deben correr, puesto que cuando sean adultos se alejarán de ellas. En general, aparece un discurso más normalizador sobre las drogas, compuesto con retales de la filosofía de la reducción de riesgos que viene a decir: “las drogas están ahí, no van a desaparecer, por lo que habrá que aprender a vivir con ellas, puesto que son un riesgo que los jóvenes deben asumir, siempre dentro de unos límites, definidos por los tiempos ociosos de fiesta”.

Esta forma de mirar las cosas implica un cambio en la percepción social sobre las drogas, que ya ha sido suficientemente estudiado (remitimos a los estudios de la Fundación Igenus,¹ y a los estudios de la FAD²) en los cuales pueden verse las modificaciones en los valores y las representaciones.

1. Especialmente de aquellos publicados: MARTÍNEZ ORÓ, PALLARÉS, ESPLUGA, BARRUTI y CANALES (2010a, 2010b); PALLARÉS *et al.* (2006; 2008), MARTÍNEZ ORÓ y PALLARÉS (2009); PALLARÉS y MARTÍNEZ ORÓ (2010, 2013).

2. MEGÍAS (dir.) (2000a, 2001); MEGÍAS, COMAS, ELZO, NAVARRO, y ROMANÍ (2000); MEGÍAS (dir.); RODRÍGUEZ, MEGÍAS y NAVARRO (2005); RODRÍGUEZ, BALLESTEROS, MEGÍAS, RODRÍGUEZ (2008); ELZO, MEGÍAS, RODRÍGUEZ, BALLESTEROS y RODRÍGUEZ (2010).

Rodríguez, Ballesteros, Megías y Rodríguez (2008) han ilustrado el cambio radical en la percepción social sobre las drogas acaecido en los últimos años en la opinión pública española, y además de las propias experiencias mantenidas con las sustancias, señalan dos variables que son importantes para explicarlo: la edad y la ideología. Ven como se ha instaurado en el imaginario social la idea de que las drogas “forman parte de nuestra realidad, sin que sea posible evitar su presencia” lo cual sienta las bases para su progresiva normalización. Megías, Rodríguez, Megías y Navarro (2005) ya señalaban el cambio de tendencia cuando enfatizaban que las drogas ya no eran vistas por el imaginario social solamente como problema, ya que casi la mitad de los españoles también reconocen los efectos positivos, puesto que “la percepción del riesgo asociado a los consumos de drogas está asociado radicalmente a la diversión, el placer, la desinhibición, el prestigio social y para facilitar relaciones. Es evidente que los consumidores también mantienen una nueva perspectiva equilibrada por la convicción de que existen beneficios posibles, reconocidos desde la experiencia propia o de otros” (Rodríguez *et al.*, 2008: 325).

El hecho de poder hablar abiertamente de beneficios implica cambiar la imagen del consumidor como enfermo, vicioso y dependiente. No en vano, como se ve en Megías (dir.) (2000a, 2001, 2005), el consumo de drogas forma parte de lo que el imaginario de los adultos espera de los jóvenes.³ Como afirma Romaní (2004), la mirada de las personas sobre las drogas en los últimos años ha tendido a la normalización, mucho antes que la de los medios de comunicación, por lo que hay una disonancia entre unos y otros.

¿Reducción de riesgos y daños?

En el ámbito de las drogas existe controversia sobre si son dos entidades diferentes la reducción de riesgos y la reducción de daños, o sí por el contrario con estos dos conceptos nos referimos a lo mismo. Como se verá en el capítulo “Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando?” y en otros, la reducción de riesgos y daños se entiende como un único marco de actuación. La lógica es la siguiente: cuando una persona consume drogas lo hace, en principio, para obtener un placer. La dosis, la potencia/toxicidad, la frecuencia, la dificultad en el acceso, la preparación del consumo (higiénico o no), la vía de administración, el policonsumo, los cuidados posteriores, el estado físico y psíquico y el contexto de consumo son los factores que hacen variar el nivel de riesgo cuando se busca el placer (Newcombe, 1995: 30-34). Ciertos consumos implican más riesgos que otros, y por extensión, existe una

3. Es cosa de jóvenes: ser aventureros, tener curiosidad, consumir drogas, ser solidarios, altruistas, ser buenos amigos de los amigos. Los jóvenes que se ven situados en ese espacio por el colectivo social se sienten desresponsabilizados de su propio comportamiento: hacen lo que se espera o lo que se les pide que hagan.

mayor probabilidad que se produzca el daño. Los daños son las consecuencias negativas, sea en el ámbito personal, familiar o comunitario. Por tanto, trabajar para reducir los riesgos y para evitar los daños viene a ser lo mismo, tanto a nivel teórico como práctico. Se reducen los riesgos para que no aparezca un daño, y se evita el daño reduciendo los riesgos. Dos caras de la misma moneda.

No obstante, en ocasiones, sí que se diferencia entre reducción de riesgos y reducción de daños. La diferencia no radica tanto en la mirada ni en la filosofía de trabajo, sino en los contextos y los colectivos con los que se trabaja. En las primeras experiencias de reducción de riesgos y daños era de uso corriente –y casi exclusivo– hablar de reducción de daños. Experiencias diseñadas para intervenir en contextos de exclusión social entre usuarios de heroína por vía parenteral, experiencias pioneras que, como se presentará en el capítulo “La organización de los usuarios”, continúan igual de vigentes y necesarias que en épocas anteriores. A destacar en este ámbito cómo en los últimos años se ha implicado a los colectivos de consumidores en el diseño de las actuaciones preventivas.

Con el paso del tiempo y tal como esta mirada hacia las drogas se desvinculaba de los consumos más problemáticos, apareció progresivamente el concepto de reducción de riesgos. El cambio de terminología vino motivado tanto por los nuevos contextos y colectivos de intervención, como muy especialmente por los riesgos y daños que se querían evitar. Si entre los consumidores de heroína por vía parenteral en situación de extrema marginalidad está claro el daño que aparecerá si se intercambian jeringuillas infectadas con VIH, por el contrario, es más inespecífico y más improbable que aparezca el mismo daño si se intercambia un “rulo” para esnifar cocaína entre jóvenes de clase media en los baños de una macrodiscoteca. En este sentido, se ha llamado reducción de riesgos a las intervenciones desvinculadas de los contextos y colectivos marginales, suponiendo que en estos nuevos contextos los riesgos están más presentes que los daños. Aunque las estrategias preventivas y comunicativas se adaptaron a los nuevos colectivos diana, el discurso de cómo abordar los consumos de drogas seguía la misma línea que en la llamada reducción de daños.

Newcombe (1995: 26) ya definió el riesgo “un término utilizado para describir la probabilidad que tiene la conducta de tomar drogas, de causar alguna de las diferentes consecuencias” y daño y beneficio “para describir si una consecuencia concreta es vista como negativa (indeseable) o positiva (deseable)”. Romaní (2010: 20) ha planteado que la confusión de asimilar riesgo a daño viene “de la pretensión de naturalizar ese concepto negándole sus raíces históricas y políticas” muy de la mano de la salud pública. De ahí se deriva que los riesgos y los estilos de vida sean percibidos como responsabilidad de las personas que los practican, y ante la imposibilidad de descifrar cuáles pueden ser los riesgos reales derivados de las conductas del consumo de dro-

gas, propone que no se tomen acríticamente como riesgos las conductas de los que consumen con más frecuencia, puesto que la mayoría de los consumidores al experimentar con las drogas obtienen placeres y porque experimentar con determinados riesgos forma parte de rituales de paso y, por tanto, de los procesos de maduración de los jóvenes. Y en sentido estricto define el riesgo “como aquella acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que, de una forma no intencionada, se puedan derivar determinados daños no deseados” (Romaní, 2010: 20).

En este mismo sentido, Rodríguez (2010) propone que no prime la perspectiva de los daños, puesto que esta representación olvida las ventajas de determinados usos de drogas, ya que se asumen riesgos cuando existen posibles beneficios, lo cual le lleva a afirmar “sin riesgos no hay beneficios”. Como ha venido analizando en otro de sus estudios (Rodríguez *et al.*, 2008), el riesgo asociado a las drogas es una probabilidad, no una certeza, y el daño una de las posibles consecuencias.

El marco prohibicionista: la reducción de riesgos y daños en el Estado español

A finales de siglo XIX, las élites dirigentes de los Estados Unidos se propusieron controlar la producción y venta de ciertas drogas. Las élites blancas, anglosajones y protestantes⁴ empezaron una cruzada moral contra las drogas y sus consumidores. Ciertas drogas se entendían como un elemento extraño que perturbaba los sentidos y minaba la voluntad y la integridad de los consumidores. Curiosamente las drogas que estaban en el punto de mira, eran las consumidas por minorías étnicas o inmigrantes, como por ejemplo, el opio entre los chinos, la marihuana entre los mejicanos, la cocaína entre los negros del sur de los Estados Unidos, e incluso el alcohol entre los irlandeses. La cruzada moral y racista se valió de todo tipo de artimañas para fiscalizar las drogas, tanto de tipo moral, como de alarma social, y en menor medida arguyeron argumentos de salud pública.

Los Estados Unidos, con el fin de exportar al mundo su mirada hacia ciertas drogas, pusieron en marcha la maquinaria diplomática para conseguir complicidad y un amplio apoyo en la escena mundial. Desde la Convención Internacional del Opio de Shangai en 1909 hasta la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de Viena en 1988, los Estados Unidos convocaron continuamente encuentros internacionales para fiscalizar las drogas. Con la Convención Única de estupefacientes de las Naciones Unidas firmada en Nueva York en 1961, se culminó el proceso de fiscalización de ciertas drogas, y se sentaron las bases del prohibicionismo. Estrategia afinada por el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de

4. En inglés conocidos como WASP: White, Anglosaxon and Protestant.

1971 y la citada Convención de 1988. Cabe recordar que todos estos convenios están auspiciados por la ONU. El capítulo “Políticas de drogas en España” presenta un recorrido histórico de las políticas de drogas en España, desde principios del siglo xx hasta la actualidad, donde se expone la aplicación del prohibicionismo estipulado por los tratados de la ONU, así como la aparición de la reducción de riesgos y daños.

El establecimiento de los tratados internacionales, posibilitó la emergencia del modelo penal. Los Estados firmantes (la inmensa mayoría) se comprometen a perseguir la producción, la distribución y la venta de drogas, aunque la mayoría también reprimen el consumo. La aplicación de los tratados se ha realizado en cada uno de los países de manera diferente, especialmente en lo relativo a las penas, llegando algunos a contemplar, incluso, la pena de muerte. Mediante estos tratados se consiguió que todos los Estados asumiesen una mirada penal de la cuestión de las drogas. El prohibicionismo aboga por el control de la oferta, es decir, se persigue policial y judicialmente la producción y distribución de las drogas. Cualquier persona que esté en contacto con las drogas es un potencial delincuente. La represión de un fenómeno tan complejo como las drogas ha comportado un número desproporcionado de encarcelamientos por delitos relacionados con las drogas, en la mayoría de los casos por pequeñas cantidades destinadas a sufragar el propio consumo. La reducción de riesgos y daños intenta driblar las limitaciones del prohibicionismo. En el capítulo “Marco jurídico de la reducción de daños en el campo de las drogas” se dará cuenta de cómo la reducción de riesgos y daños se enmarca jurídicamente en este marco represivo posibilitado por el prohibicionismo.

En estrecha relación con el modelo penal se encuentra el modelo médico. A lo largo del siglo xx, a los consumidores de drogas, además de como delincuentes, también se los representó como enfermos. El modelo médico supuso la resignificación del modelo moral y penal. Se entendía a los adictos como enfermos degenerados, y el vicio explicaba gran parte de sus problemas. El abordaje terapéutico era casi punitivo, puesto que era obligatorio vivir libre de drogas. En las últimas décadas se ha trabajado, con mayor o menor éxito, para abordar las adicciones sin moralina. Como se verá en el capítulo “La reducción de riesgos en el ámbito asistencial” la reducción de riesgos y daños ha aportado una profunda reflexión en el ámbito asistencial. Esta orientación obtuvo una de sus primeras victorias simbólicas en el ámbito asistencial, al introducir los programas de mantenimiento de metadona entre los usuarios de opiáceos.

El modelo penal y el modelo médico entendían como normales a las personas que se abstenían de consumir las drogas fiscalizadas o consumían drogas legales, pero como desviados a las que utilizaban ciertas drogas, sin tener en cuenta los efectos que les producían y las consecuencias que les

acarreaban. El hecho de consumir drogas, si se hacía notorio o público, implicaba un proceso de etiquetamiento, que conducía inevitablemente a la estigmatización. Este proceso se intensificó con la irrupción de los consumos excluyentes de heroína. Como se verá en el capítulo “¿Consumo de drogas o drogas de consumo?”, la evolución de los consumos de drogas y la forma en qué se entienden los consumidores de drogas son deudores del marco social. En este sentido la evolución de la Sociedad de Consumo, las condiciones en el trabajo y los estilos de vida juveniles, han posibilitado unos consumos y han truncado otros. Si en los ochenta los consumos de drogas eran excluyentes, a partir de los noventa y bajo el amparo del Consumo, los consumos se normalizaron. En el capítulo “El manejo de los riesgos entre los y las jóvenes: daños, beneficios y contextos de consumos de drogas” se presentará como los jóvenes entienden los riesgos asociados al consumo de drogas.

Como hemos apuntado, durante los ochenta los consumos de heroína conducirían a la exclusión social a un gran número de consumidores. Las consecuencias funestas de los consumos compulsivos de heroína requerían respuestas de intervención, que planteasen otros objetivos más allá de la abstinencia. Se puede considerar el modelo inglés o el carné extradosis⁵ como estrategias pioneras de reducción de daños. Las primeras experiencias en el sentido que las entendemos en la actualidad, se implementaron en Holanda (Ámsterdam y Róterdam) y en el condado de Merseyside (Inglaterra). La reducción de daños nació para paliar los estragos de los consumos por vía parenteral y los daños asociados. La “Junkiebond”⁶ en Holanda ya trabajaba desde inicios de los ochenta en el intercambio de jeringuillas para evitar infecciones de hepatitis. Los consumidores y profesionales empezaron a tomar conciencia de que la abstinencia era ineficaz entre los consumidores que persistían en los consumos. Los consumidores asumían riesgos y en consecuencia aparecían daños más graves que el propio consumo. La reducción de daños planteó objetivos para preservar la salud más allá de la abstinencia. Con la irrupción del VIH las estrategias de reducción de daños se volvieron absolutamente necesarias. Por tanto, la reducción de riesgos y daños se configuró como una estrategia de prevención eficaz y necesaria.

En el Estado español la reducción de daños se implementó tarde y con serias dificultades. La alarma social derivada del imaginario colectivo de la “droga” que apuntaba a los drogadictos como responsables de muchos males de la sociedad, comportó un rechazo comunitario a toda iniciativa que fuese

5. El modelo médico inglés permitió entre los años 40 y 80, prescribir y dispensar opiáceos a los adictos a los opiáceos, estrategia que evitaba muchos problemas a los consumidores como recurrir al mercado negro. De una manera similar funcionaba en España el carné extradosis desde la II República hasta el ocaso del Franquismo, como se detallará en el capítulo “Políticas de drogas en España”.

6. Asociación de usuarios de drogas.

en la línea de la reducción de riesgos. Además, otra vez, el modelo penal, apoyado por la opinión pública, abogaba por la represión de cualquier permisividad hacia el consumo de drogas ilegales. Y para el estamento médico, los programas de rehabilitación debían ser “libres de drogas”. Todo esto dificultó seriamente la implementación de la reducción de daños. No obstante, las evidencias de eficacia permitieron paulatinamente que se abriese espacio en un contexto hostil. En el ámbito ideológico la reducción de daños propició la controversia de cómo debían abordarse los consumos de drogas. Para algunos, la reducción de daños era “un mal menor” y se debía enmarcar exclusivamente en el ámbito técnico y sanitario, mientras que para otros, este tipo de intervenciones ponían de relieve el fracaso de las políticas prohibicionistas. El debate aún continúa hoy día y el presente manual como se verá a lo largo de los siguientes capítulos quiere contribuir a la controversia poniendo de relieve el fracaso de las políticas prohibicionistas. En este sentido el capítulo “Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo” presenta el concepto de riesgo como elemento político y de gubernamentalidad.

Con los años el prohibicionismo afinó sus métodos de control, y sobre todo, el discurso más allá del pánico moral inicial, progresivamente fue incorporando otros elementos para refinar su estrategia. Con la lógica del siglo xx y el auge de la ciencia como “verdad”, el prohibicionismo se ayudó de la ciencia –o tal vez al revés– para presentar “evidencias” sobre los efectos perversos de las drogas, con notable éxito entre la opinión pública. El capítulo “Génesis de la reducción de riesgos” presenta como la reducción de riesgos es un apéndice en el marco prohibicionista, donde se expone la dialéctica entre prohibicionismo, prevención y reducción de riesgos. También los medios de comunicación tuvieron –y tienen– su papel destacado en la difusión del discurso prohibicionista, la mayoría no desperdicia cualquier noticia para provocar escándalo y hacer propaganda de las perversiones que provocan las drogas. El capítulo “El papel de los medios de comunicación: más fuentes, más riesgos, más debate: menos riesgos” presenta el papel de los medios de comunicación en el tratamiento (des) informativo del fenómeno social de las drogas.

Cuando una persona se enfrenta ante la tesitura de consumir una droga o no, la fórmula del prohibicionismo es rotunda, ofreciendo el omnipresente “no a las drogas”. Si la fórmula falla, y la persona decide consumir, esta se aventura a una serie de riesgos y posibles daños. El aprendizaje sobre las drogas se producirá por contacto con otros consumidores, así como a partir de su propia experiencia. Por tanto, el consumidor es abandonado a su suerte. Si no aparecen problemas, el consumidor puede vivir su periplo con las drogas sin ninguna información relativamente objetiva. Pero si por el contrario los consumos se vuelven problemáticos, el prohibicionismo volverá a recuperarlo en los centros asistenciales. Esto apunta, en el marco prohibicionista, a un vacío

preventivo entre la abstinencia y el tratamiento. La reducción riesgos y daños intenta llenar este hueco mediante el contacto con los usuarios de drogas para empoderarles y poder así preservar su salud.

El prohibicionismo, con el ánimo de evitar que los jóvenes “cayesen” en el mundo de “la droga”, como hemos visto, optó por poner en acción estrategias preventivas. En la actualidad, se conocen como prevención universal las estrategias preventivas que persiguen evitar el consumo, o cuando menos retrasar el inicio en los consumos. La prevención prohibicionista, camuflada bajo una patina cientificista, ha abarcado diferentes ámbitos, a destacar el ámbito educativo. En la escuela la prevención es realizada por los mismos profesores, o por personas externas al centro educativo, como policías, exdrogadictos, médicos o cualquier otro profesional, a priori, expertos en drogas. Los mensajes de estos agentes acostumbran a centrarse en las sustancias y los efectos negativos, o tal vez en los aspectos legales. Sea como sea, la intención es inocular miedo y el mensaje es inequívoco: no se debe consumir.

Mensajes de utilidad para las personas no consumidoras y que nunca llegarán a consumir, pero ineficaces para aquellos que hayan decidido o decidirán consumir. Como veremos en el capítulo “La reducción de riesgos en el marco escolar”, desde hace más de diez años, la prevención en el ámbito escolar ha incorporado progresivamente la reducción de riesgos, como una estrategia válida para informar sobre las drogas a los estudiantes. El objetivo en este ámbito –como en tantos otros donde la reducción de riesgos trabaja– es ofrecer información desde una óptica sensata para empoderar a los jóvenes a través de la responsabilidad. Una de sus características es presentar un discurso libre de carga moral, así como los efectos y las consecuencias de las drogas con el mayor pragmatismo posible. Si se sabe que los jóvenes van a tener que enfrentarse con las drogas, es mejor darles herramientas más allá del áspero No.

En el manual presentamos como la reducción de riesgos es viable y eficaz en diversos contextos, como el ámbito de la noche (capítulo “El ocio nocturno y la reducción de riesgos”), donde la reducción de riesgos ofrece en los contextos de consumo información para reducir riesgos. Otro ámbito de aplicación es el ámbito familiar. Los padres y los menores han sido una herramienta clave en el prohibicionismo. Bajo el pretexto de la protección de los niños se han puesto en marcha estrategias de nula efectividad, en muchas ocasiones alentados por padres altamente alarmados, en el capítulo “La familia también cuenta” se presentará cómo intervenir con los padres de adolescentes. Además, la reducción de riesgos también ofrece intervenciones específicas para ciertos colectivos, en el manual se encontrará como intervenir desde la reducción de riesgos con inyectores de drogas, en el colectivo homosexual (capítulo “Reducción de riesgos en el colectivo homosexual), colectivo de inyectores (capítulo “La reducción de riesgos entre

los inyectores de drogas”), así como intervenir desde una perspectiva de género (capítulo “Las chicas también arriesgan”). En el capítulo “Análisis de sustancias: una vida mejor gracias a la química” se presentará una de las estrategias más eficaces para reducir riesgos: el análisis de sustancias.

Entre el casi infinito elenco de drogas disponibles en el mercado, sea legal o ilegal, para este manual hemos elegido presentar las más consumidas, así como las más conocidas, aunque sus consumos sean minoritarios. En el bloque III el lector encontrará doce capítulos dedicados a las sustancias. Se presentarán en capítulos independientes, el alcohol, el cannabis, la MDMA, la Anfetamina, la cocaína, la ketamina, la heroína y las setas alucinógenas. En el capítulo “Alucinógenos etnobotánicos”, se ofrece un repaso sobre la ibogaina, la ayahuasca y los cactus alucinógenos. En los capítulos “Research chemicals: nuevos diseños de la conciencia”, “Hipnótico-sedantes: Una aproximación desde la gestión de placeres y riesgos” y “Esteroides anabólico-androgénicos y sustancias análogas” se presentarán de manera global las familias de drogas que conforman los research chemicals, los psicofármacos y los anabolizantes, respectivamente. Todos estos capítulos pretenden presentar a grandes rasgos la historia, los efectos, las vías de consumo, las consecuencias, así como pautas de reducción de riesgos, para que sean de utilidad tanto para los profesionales como a los potenciales consumidores.

La irremediable opción de aceptar las drogas

La reducción de riesgos y daños, aunque apareció como un “mal menor” en la época de la heroína, se ha consolidado como una práctica efectiva, eficaz y eficiente. La reducción de riesgos debe realizar un salto cualitativo, para erigirse como la mirada mayoritaria en la prevención de los consumos de drogas. Esta corriente ha dejado atrás los momentos en que se entendía como útil cuando los consumos eran inevitables. En la actualidad, la reducción de daños ya es la corriente mayoritaria en las intervenciones dirigidas a consumidores en situación de exclusión social, no obstante, en otros colectivos y contextos la reducción de riesgos es aún una corriente minoritaria y se le presenta un largo recorrido por delante.

Las drogas han estado, están y continuarán estando presentes en nuestra sociedad. Por esto la reducción de riesgos debe entender las drogas como un elemento propio de las sociedades humanas, para dar respuestas a este fenómeno social con profundas cargas culturales y políticas. Las respuestas deben ser pragmáticas y libres de cargas morales, para ofrecer la mayor información posible y así empoderar a los consumidores de drogas. Es por esto que proponemos la compilación de capítulos que siguen a continuación porque las sociedades deben de aceptar las drogas como parte de ellas, de lo contrario, todo esfuerzo para erradicar las drogas y su consumo, será profundamente

inútil y lo único que se conseguirá es empeorar la situación, vulnerar los derechos humanos y infligir dolor innecesario, como así lo ha demostrado el prohibicionismo y su guerra contra las drogas. Con este manual queremos contribuir a difundir las ideas programáticas de la reducción de riesgos, con la finalidad de normalizarla como una estrategia preventiva necesaria para abordar los consumos de drogas.

Presentamos el manual de reducción de riesgos en un momento histórico en que parece que algo se mueve en las políticas de drogas en el ámbito internacional. Tal vez, en un periodo corto de tiempo, las políticas de drogas den un vuelco y el marco prohibicionista se diluya. Si este fuese el caso, la mirada de la reducción de riesgos también se diluiría. Y la sociedad debería superar el marco prohibicionista y enfrentar nuevos escenarios y retos. El marco podrá cambiar pero la mirada pragmática y sensata deberá prevalecer para convivir con las drogas.

Referencias bibliográficas

- BECONA, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- EDWARDS, Griffith & ARIF, Awni (eds.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.
- ELZO, Javier; MEGÍAS, Ignacio; RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, Elena; BALLESTEROS, Juan Carlos & RODRÍGUEZ, Miguel Ángel (2010). *Valores sociales y drogas 2010*. Madrid: FAD.
- Grup Igia (1996). *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas*. Barcelona: Publicaciones del grup IGIA.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere & PALLARÉS, Joan (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere; PALLARÉS, Joan; ESPLUGA, Josep; BARRUTI, Mila & CANALES, Guillermo (2010a). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació Igenus.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere; PALLARÉS, Joan; ESPLUGA, Josep; BARRUTI, Mila & CANALES, Guillermo (2010b). *Sistema de información continua sobre el consum de drogas entre los jóvenes en Castilla-La Mancha. Informe 2010*. Toledo: FISCAM.
- MEGÍAS, Eusebio; COMAS, Domingo; ELZO, Javier; NAVARRO, José & ROMANÍ, Oriol (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.
- MEGÍAS, Eusebio (dir.) (2000a). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- MEGÍAS, Eusebio (dir.) (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD.
- MEGÍAS, Eusebio (dir.); RODRÍGUEZ, Elena; MEGÍAS, Ignacio & NAVARRO, José (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*. Madrid: FAD.
- NEWCOMBRE, Rusell (1995). "La reducción de los daños relacionados con las drogas: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación". En Pat O'Hare; Russell Newcombe; Anthony Matthews; Ernst Buning & Ernest Drucker (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (25-39). Barcelona: Publicacions del Grup Igia. (original 1992).

- PALLARÉS, Joan; DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, Mila; ESPLUGA, Josep & CANALES Guillermo (2006). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Metodologia i Informe evolutiu 1999 - 2005*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- PALLARÉS, Joan; BARRUTI, Mila; ESPLUGA, Josep; MARTÍNEZ Oró, DAVID Pere & CANALES, Guillermo (2008). *Sistema de informació continua sobre el consum de drogues entre los jóvenes en Castilla-La Mancha*. Toledo: FISCAM.
- PALLARÉS, Joan & MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2010). *Una mirada femenina hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- PALLARÉS, Joan & MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2013). *¿Beber para crecer? El consumo de alcohol entre los adolescentes españoles*. Lleida: Milenio.
- RODRÍGUEZ, Elena (2010). “Sin riesgos no hay beneficios: una lectura en el contexto de los consumos de drogas” En Oriol Romaní (coord.), *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* (123-131). Barcelona: Bellaterra.
- RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, Elena; BALLESTEROS GUERRA, Juan Carlos; MEGÍAS QUIRÓS, Ignacio; RODRÍGUEZ FELIPE, Miguel Ángel (2008). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD/Caja Madrid.
- ROMANÍ, Oriol (2003). “Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?” En: Roberto Bergalli (coord.), *Sistema penal y problemas sociales* (429-450). Valencia: Tirant lo Blanch.
- ROMANÍ, Oriol (2004), “¿Cómo se ha informado de las drogas en la sociedad española? Intervención social, percepciones, y valores”. En Luís Pantoja & Juan Antonio Abejón (eds.), *Los medios de comunicación y el consumo de drogas* (39-65). Bilbao: Universidad de Deusto.
- ROMANÍ, Oriol (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.
- ROMANÍ, Oriol (2010). “De jóvenes y riesgos, algunas propuestas teóricas”. En Oriol Romaní (coord.), *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* (15-32). Barcelona: Bellaterra.

BLOQUE I

**ASPECTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS
Y CONCEPTUALES DE LA REDUCCIÓN
DE RIESGOS**

¿CONSUMO DE DROGAS O DROGAS DE CONSUMO?

La influencia de la Sociedad de Consumo en los consumos de drogas

David Pere MARTÍNEZ ORÓ

*Fundación Igenus. Doctorando en Psicología Social.
Universidad Autónoma de Barcelona.
dmartinez@fund-igenus.org*

Fernando CONDE GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO

*Sociólogo. Director de CIMOP
iconde@cimop.com*

Introducción

El capítulo presenta un análisis histórico de la imbricación entre la Sociedad de Consumo con los usos de drogas. En las últimas décadas, la sociedad española ha atravesado por diversas fases en las formas de vivir el consumo. En cada una de ellas, el consumo de drogas ha jugado un papel muy diferencial con repercusiones sociales muy dispares. Más allá de otros tipos de determinantes, existe cierta relación entre las pautas de consumo generales y las modalidades específicas de consumo de drogas en cada época histórica. Frente a la idea más habitual que sitúa el mundo del consumo y el mundo de las drogas como espacios muy separados, incluso antagónicos, en este capítulo se trata de señalar la relación entre ambos mundos destacando cómo, en la actualidad, el fenómeno del consumo de drogas se inscribe en plena continuidad con el espacio más general del consumo.¹

El texto se dividirá en las cuatro etapas más recientes por las que ha travesado la Sociedad de Consumo. En cada apartado se presentará los elementos socioeconómicos y politicosociales más relevantes para dar cuenta de la imbricación entre el consumo y las drogas. Por su relevancia, se pondrá especial énfasis en los cambios acaecidos en el mercado laboral, el sistema de valores, la juventud y la evolución del ocio.

El presente capítulo pretende situar la evolución del consumo de drogas en la sociedad española, ofreciendo, a la vez, una mirada socioantropológica de cómo el consumo ha condicionado el consumo de drogas. En los siguientes capítulos el lector encontrará aspectos más concretos de la reducción de riesgos, los contextos, los colectivos y las diferentes sustancias.

1. El argumento central del presente texto se basa en la conferencia ¿Cómo intervenir en la prevención del consumo de drogas en una Sociedad de Consumo en crisis? realizada por Fernando Conde en Vilafranca del Penedès el 26 de abril de 2012, en el marco de la "II Jornada Tècnica sobre Drogues de l'Alt Penedès".

Nacimiento de la sociedad de consumo. Años sesenta y setenta

El consumo, en la acepción actual de esta noción, nace en España durante la época franquista en un marco de pobreza generalizada y de ausencia de libertades. Lo que va a marcar de forma importante la Sociedad de Consumo “a la española”. Un elemento que posibilitó su nacimiento fue la puesta en marcha del denominado Plan de Estabilización, por parte de los tecnócratas del Opus Dei en 1959. La finalidad del Plan era la reactivación económica y marcó “el fin de la autarquía y el hermetismo cultural del Régimen Franquista y preparó la abertura al capital, la técnica y la cultura occidental, que van a transformar la sociedad española” (Conde, 1994: 146). De 1960 a 1967 se produjo un fuerte crecimiento económico, con una tasa media anual del 7,2% del aumento del PIB. La producción industrial, producción en serie o fordista, posibilitó la génesis de un primer modelo del consumo en España denominado de consumo de masas que significó el acceso a unos bienes muy estandarizados y poco personalizados.

El desarrollo económico acentuó el éxodo rural, se desplazaron millones de españoles de las zonas rurales a las grandes conurbaciones industriales. La inmigración perseguía aumentar su calidad de vida y prosperar socialmente. Las ciudades crecieron considerablemente aunque en condiciones precarias e incluso insalubres (barraquismo), pero también se construyeron las primeras zonas de ocio, destinadas al entretenimiento de las clases populares. Frente a la pobreza y carencias de las décadas anteriores, la llamada clase media, protagonista imaginaria del naciente modelo de consumo, empezó a erigirse en el grupo de referencia y el centro simbólico y aspiracional de millones de españoles.

Los valores se vinculaban a la cultura del esfuerzo y al trabajo. Trabajar era una exigencia y una aspiración de la inmensa mayoría de la población masculina. Al no lograrlo en España, muchos tuvieron que emigrar a otros países europeos. Durante esta época funcionaban las pautas de gratificación diferida (Touraine, 2010), es decir, estudiar conllevaría conseguir trabajos cualificados bien pagados, y trabajar disciplinadamente implicaría una promoción laboral. Las instituciones sociales como la Familia, el Matrimonio, el Trabajo, sin olvidar la Iglesia y el Ejército, ejercían una gran influencia en la formación de las identidades sociales.

La coyuntura socioeconómica posibilitó la ampliación social de la llamada “norma del consumo de masas”, que en España conllevó el acceso a unos primeros productos de consumo, impensables para la generación anterior, como la vivienda y los electrodomésticos del hogar. El franquismo con su “slogan” “queremos propietarios, no proletarios” impulsó el acceso a la propiedad de la vivienda transformando lo que era un marcador propio de la vieja burguesía y aristocracia (Conde, 1994: 138), en un signo de la prosperidad social² de las nuevas clases medias españolas. Como se apuntó

2. Tendencia que se acentuó durante los noventa y la primera década del siglo XXI.

en Conde (1994: 146): “En ausencia de libertades y de casi cualquier otra forma de socialización “positiva”, el fenómeno del consumo se convirtió en la “salida”, en la puerta de “escape” de las frustraciones de muchos millones de españoles, con lo que el consumo se dotó de una carga simbólica de carácter positivo mucho mayor que en otros países occidentales”, con el consiguiente cambio en la cultura-motivacional de los españoles de la época.

En dicho marco histórico se fraguó la concepción de la juventud como etapa de preparación para el futuro. Las identidades juveniles se construían básicamente en el marco de la familia y el trabajo. Se consolidó la juventud como época vital diferenciada de la adultez, siendo entendida como un ritual de paso hacia ésta. La máxima responsabilidad de los jóvenes era la preparación para el futuro. Mediante el matrimonio se escenificaba la llegada a la vida adulta vinculada a la formación de una nueva familia. Las trayectorias juveniles estaban bien definidas y era improbable una ruptura. Los jóvenes sabían que integrar las normas sociales posibilitaría su integración social.

Hacia el final del franquismo, como consecuencia de la expansión económica, y en parte por el desarrollo del consumo de masas, apareció un primer reconocimiento del tiempo de ocio vinculado al descanso físico para la recuperación funcional de la fuerza de trabajo. Un ocio familiar, caracterizado por las salidas a espacios de recreo durante las horas diurnas (Pallarés y Feixa, 2000: 25) en el que el tiempo libre de los jóvenes no difería cualitativamente del ocio adulto. Por tanto, el ocio se consolidó como un valor social propio de todas las clases y edades. En dicho entorno, se empezaron a atisbar los primeros contextos de ocio marcadamente juvenil, los guateques de carácter privado y la boîte (antecesora de la discoteca), como antesala de la eclosión del ocio nocturno de masas de los ochenta (Pallarés y Feixa, 2000: 26-28).

A finales de los sesenta aparecieron colectivos de jóvenes vinculados a movimientos contraculturales y con ellos los primeros consumos recreativos de drogas. El turismo y los viajes al extranjero fueron un efecto de modernidad no previsto por el Régimen. Llegó la música progresiva, vestimentas inauditas, nuevos valores e ideales, en definitiva, una nueva mirada hacia la realidad social. Hijos de familias acomodadas, universitarios o profesionales liberales, asimilaron como propia la mirada contracultural y el estilo de vida *progre y/o hippy*. Mirada que entró en conflicto con los valores de la España en blanco y negro. Los valores de estos jóvenes se vincularon al hedonismo, a la espiritualidad y a la autorrealización. Valores alejados de los tradicionales fundamentados en la familia, el trabajo, la moral cristiana y también de los nuevos valores como la materialidad y el éxito (Romaní, 2004: 88-100).

Mientras el conjunto de la sociedad se inscribía, de forma creciente, en el consumo de bienes materiales como signo de éxito e integración social, el consumo de drogas se planteaba desde valores contraculturales para escenificar una actitud transgresora, anticonsumista, y para reforzar los vínculos entre

iguales. En primera instancia, el cannabis y el LSD, y posteriormente, la cocaína y heroína fueron herramientas idóneas para experimentar con el propio cuerpo y la psique. No estaba escrito en el guión de la Dictadura, pero España ofreció un abastecimiento fácil de cannabis y anfetaminas. Por una parte, el contacto con los legionarios “grifotas” posibilitó la difusión del cannabis en ambientes de “enrollados” (Romaní, 1982). Por otra, aunque España ratificó la Convención Única de Estupefacientes de 1961 y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, las oficinas de farmacia ofrecieron sin receta médica gran variedad de anfetaminas hasta bien entrados los ochenta.

Para las autoridades del Régimen las drogas eran elementos extraños, consumidas por alternativos y no despertaron excesiva atención. Los consumidores de drogas estuvieron más en el punto de mira, por su ideología que por su consumo de drogas (Usó, 1995: 268-271). Durante el tardo-franquismo y la transición democrática, los significados asociados a los consumos de drogas denotaban un estilo de vida vinculado a la contracultura, una actitud enrollada, un compromiso con la agitación política y cultural y sobre todo ansias de cambio. En este sentido, los consumos de drogas en aquellos años presentaban un fuerte componente ideológico.

Durante la reforma política (1976-1978) y años inmediatamente posteriores, los consumos de drogas se popularizaron entre los jóvenes de clase obrera. El cannabis se difundió más allá de los círculos contraculturales, estuvo presente en manifestaciones, fiestas y barrios obreros. Para algunos era visto como una conquista al régimen y particularmente, como una actitud “izquierdista”. Durante la Transición la heroína, llegada a España el 1973, se desvinculó de las élites contraculturales y se empezó a difundir entre las clases populares. En 1976 se produjo la primera muerte por sobredosis de heroína (Gamella, 1989: 395) abriendo el paso a lo que luego, en los años ochenta, estalló con la llamada crisis de la heroína.

Años ochenta. Desarrollo de la fase de consumos segmentados

Con la victoria del PSOE en 1982 se cerró la Transición y se iniciaron tres procesos clave: la consolidación democrática, la modernización de España y la integración en la comunidad internacional mediante la adhesión a la CEE y a la OTAN. La modernización e internacionalización requerían cambios profundos, tanto en la estructura socio-económica, como en los modelos de producción y consumo. Una de las transformaciones fundamentales fue la reconversión industrial que significó la crisis del modelo de producción fordista y el desmantelamiento de gran parte de la industria pesada, que había representado en los años anteriores el principal motor económico en diferentes territorios,³

3. Asturias: minería y siderurgia; margen izquierdo de Bilbao: siderurgia; Sagunto: siderurgia; Ferrol: astilleros; Cartagena: industria química; o la bahía de Cádiz: astilleros.

y que abrió el desarrollo en España del sector servicios como componente esencial del desarrollo económico.

A su vez, las transformaciones económico-sociales y políticas de aquellos años propiciaron tanto el desarrollo del Estado del Bienestar (fueron los años en los que se universalizaron la sanidad y la educación), como la génesis de un proceso de dualización y segmentación social. Por un lado, se consolidaron y aumentaron las élites vinculadas al sector financiero⁴ y a las nuevas empresas de servicios. El “yuppie” era el icono de las élites. El estereotipo del “yuppie” era el de un hombre joven próximo a la adultez, agresivo y que buscaba el rápido enriquecimiento. Representaba el éxito, la modernidad y en general los nuevos tiempos. A partir de 1986, apareció la cultura del pelotazo que ilustra el rápido enriquecimiento mediante operaciones especulativas. Por otro, la figura del parado, de lo que se empezó a conocer como el parado de larga duración, representaba las dificultades para integrarse en el mercado laboral y en el consumo, en definitiva, en la modernidad.

En esos mismos años el consumo aumentó y se constituyó como un valor central de la “moderna” sociedad española. La irrupción de los llamados “estilos de vida”, especialmente notorios en el caso de los jóvenes, facilitó la segmentación de las normas de consumo. Lo que anteriormente significó la clase media como centro imaginario de las aspiraciones sociales, pasó a ser ocupado por la clase media-alta que se constituyó como el grupo de referencia simbólico y aspiracional para amplios sectores de la población. En la práctica, las élites continuaron con el consumo de productos de marca que denotaban estatus y posición social, además de empezar a consumir emociones y bienestar, mientras que las clases trabajadoras continuaron con el consumo de productos más clásicos y estándar (Conde y Alonso, 1996).

En el ámbito más específico de la juventud, la crisis del modelo fordista y del llamado pacto keynesiano, produjo una primera transformación del contrato social que la había caracterizado hasta ese momento con el alargamiento de la juventud como etapa vital, con una mayor dificultad para emanciparse, una mayor escasez de empleo y unos primeros atisbos de precariedad. La crisis del contrato social conllevó un desplazamiento de los referentes en la construcción de la identidad, se pasó de la familia y el trabajo a los estilos de vida y a los consumos como elementos identitarios. Lo que entroncó directamente con la fragmentación del consumo, el aumento del tiempo de ocio, los aires de modernidad y la centralidad de las salidas nocturnas. Se consolidaron las llamadas tribus urbanas con una alta carga simbólica e ideológica como los punks, skins, rockers, entre otras (Maffesoli, 2004). Por ejemplo, los punks mostraban la in-

4. En gran parte trabajar en el sector financiero entronca con la tradición rentista y el desprecio hacia el trabajo manual, valores que ponen en entredicho el esfuerzo y el trabajo (Conde, 1994: 139).

satisfacción con el modelo social, denunciaban las injusticias, vivían el presente y gritaban que no había futuro. Visionarios para la época, tal como ha quedado demostrado en la actualidad, con la escasa perspectiva de futuro para los jóvenes.

Se construyeron nuevas zonas de ocio en las periferias urbanas, como centros comerciales y equipamientos deportivos y lúdicos. Apareció la oferta de ocio destinado a los grupos de iguales, en consecuencia el ocio familiar pasó a un plano secundario. El tiempo libre se afirmó y consolidó con sentido en sí mismo. Aumentaron las horas de ocio y el número de población juvenil ociosa. También eclosionó la industria del entretenimiento y los servicios relacionados con el tiempo libre. Todo esto permitió que el ocio, en lugar de tiempo de recuperación del esfuerzo y el trabajo, se consolidase como el tiempo preferente del consumo.

Las dinámicas económicas facilitaron el auge del sector del ocio nocturno, mediante diferentes formatos (bares musicales, pubs, discotecas, conciertos), aunque el más genuino de los ochenta fue el disco-bar. La emergencia de los estilos de vida, propiciaron la primera diversificación del ocio nocturno, es decir, locales destinados a un sector determinado de la población juvenil, especializándose según corrientes musicales y estéticas (Pallarés y Feixa, 2000: 29). Se produce, por tanto, una afirmación juvenil de un tiempo de ocio autónomo y diferencial. Ir de marcha permitió conquistar un espacio relacional diferenciado, crear símbolos propios, recrear la seguridad del grupo, posibilitar un espacio de reconocimiento alejado del mundo adulto del trabajo (precario e inconstante) y también consumir drogas (Pallarés y Cembranos, 2001: 36). En los ochenta se hacen célebres las salidas nocturnas de los jóvenes españoles, como la movida madrileña, la movida de Vigo o el rock radical vasco.

A principios de los años ochenta se desencadenó la llamada crisis de la heroína, debido a su difusión entre ciertos colectivos de jóvenes, procedentes de diferentes estratos sociales y con diferentes motivaciones para consumirla (Comas, 1989; Pallarés, 1996). En primer lugar, jóvenes desencantados de la transición democrática por los pobres resultados políticos obtenidos, subsanaron el desencanto político con la heroína y pasaron del compromiso político a la heroína (García Prado, 2002). El segundo colectivo, eran jóvenes procedentes de clases trabajadoras. Los cambios socioeconómicos, la segmentación social y el impulso de los procesos de exclusión social llevaron a una parte de jóvenes proletarios a calmar sus males existenciales mediante la heroína (Gamella, 2008: 9-26). Y el tercer colectivo fueron jóvenes de las clases marginales, en gran medida familiarizados con las actividades informales para los cuales la heroína fue un medio de subsistencia más (Romaní, 2004: 105). Los ochenta son sinónimo de heroína. Sinónimo en el plano simbólico porque además de las drogas legales, también se consumieron cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, etc.

El mundo de la heroína fue el destino de los jóvenes desplazados, excluidos hacia los márgenes de la sociedad como resultado del proceso de dualización social emergente de aquellos años. Apareció la subcultura yonqui con un es-

tilo de vida imposible de compatibilizar con una vida normalizada (Romaní, Pallarés y Díaz, 1989). Circular por los márgenes posibilitó adicciones más justificadas por la eficacia simbólica⁵ que por razones estrictamente farmacológicas (Comas, 1984). Las consecuencias funestas de la heroína, imbricadas con la alarma social provocaron la emergencia del “problema de la Droga”, con mayúsculas. Droga como quimera amenazante para la sociedad y devastadora para la juventud. Los consumidores de heroína, denominados como drogadictos, se configuraron en el imaginario social de la época como la antítesis de los “yuppies”, y se transformaron en el chivo expiatorio de los problemas sociales, atribuyéndoles la causa de los diferentes males de la sociedad.

Delincuencia, marginalidad, y con la irrupción del SIDA, la enfermedad, fueron los espacios sociales reservados para los usuarios de heroína. Espacios de exclusión del modelo social y simbólico de la modernidad y el Consumo de aquellos años. De este modo, frente a los modelos contraculturales de los consumos de drogas de las décadas anteriores más propios de ciertos sectores de jóvenes de clases medias y acomodadas, los consumos de drogas de estos años más vinculados a la heroína vinieron a significar un modelo de exclusión social para muchos jóvenes de las clases trabajadoras, de las clases medias bajas, por más que se pudieran vivir como un elemento de refugio y autoatención (Romaní, 2004: 101).

Veladamente, durante los ochenta empezó la difusión de la cocaína, eclipsada social y mediáticamente por la alarma que se construyó alrededor de la heroína. Un consumo de cocaína que simbolizó la segmentación social de los ochenta en dos modalidades de consumo polares: los consumidores de heroína excluidos, que eran tan adictos a la heroína como a la cocaína por vía parenteral, incluso más a la cocaína (Gamella, 2008: 145), y los “yuppies” consumidores por vía intranasal, con más presencia mediática lo que ayudó a configurar el imaginario de la cocaína como símbolo de éxito y prestigio social (Díaz, Barruti y Doncel, 1992: 318). La cocaína esnifada se consideraba limpia, no adictiva y compatible con los quehaceres diarios. Entre las élites jugó un papel inclusivo, y a la vez exclusivo, porque sólo una minoría se podía relacionar con estas élites.⁶

Sociedad de consumo glocal. Período de entre crisis (1994-2008)

Los fastos del 92 cumplieron el objetivo, mostrar a España como un país moderno y preparado para competir en el nuevo orden mundial, aunque la

5. Se puede entender la eficacia simbólica como los efectos producidos por el sistema de creencias integrados en un sistema sociocultural determinado. Creer en ciertas prácticas las hace reales, por ejemplo, creer en la magia la hace eficaz (LÉVI-STRAUSS, 1973: 152).

6. Y también exclusivo a nivel económico porque durante los ochenta un gramo de cocaína valía unas 15.000 pesetas, cuando el salario mínimo interprofesional el año 1985 era de 37.170 pesetas mensuales (mayores de 18 años, sin prorrateo de pagas extras). A 2012 el salario mínimo es de 641,40€ (sin prorrateo) y el gramo vale 50€. En 1985 el salario mínimo interprofesional equivalía a 2,48 gramos de cocaína y en 2012 a 12,82 gramos de cocaína.

consecuencia fue entrar en crisis en 1993. La recesión económica implicó un aumento de las tasas de desempleo, situándose en el 24,1% en noviembre de 1993, el PIB cayó 1,5% respecto la media europea y la peseta se devaluó tres veces en 9 meses. Nuevos términos como globalización, flexibilidad, precarización, deslocalización empresarial, inseguridad, incertidumbre, empezaron a ser moneda corriente por aquellos años como significantes asociados ineludiblemente a las consecuencias de la nueva etapa de desarrollo del modelo de consumo y de la nueva fase del capitalismo financiero que algunos han denominado modelo de consumo glocal (Conde y Alonso, 2002: 28).

Los procesos de financiarización y glocalización supusieron una intensa desregulación de la vida económica y social, una amplia privatización de empresas y servicios,⁷ un debilitamiento del Estado del Bienestar y de los consumos públicos, además de una mercantilización absoluta de los más diversos planos de la vida social (Conde y Alonso, 2002: 33), con la consiguiente crisis y transformación del papel de los Estados nacionales. En palabras de Alonso y Conde (1996: 94-95):

Los Estados nacionales que antes regulaban fundamentalmente la ciudadanía en función de los derechos laborales y sociales, en estos momentos son incapaces de generar una cultura de la seguridad y de garantía laboral, porque tienen que competir a nivel internacional en mercados cada vez más turbulentos y más dinámicos. Este espacio de la competitividad internacional hace que los estados, en buena medida, más que intervenir para garantizar los derechos de la ciudadanía, intervengan para generar situaciones mercantiles eficientes y, por lo tanto, atender antes a los derechos de propiedad que a los derechos del bienestar.

El modelo glocal, bajo el impulso de la financiarización, posibilitó la desregularización del mercado laboral, con la acentuación de dinámicas sociales y simbólicas de precarización generalizada. El mercado laboral continuó ofreciendo contratos de futuro a una minoría social, normalmente procedente de las clases privilegiadas (Furlong y Carmel, 2001: 8) como puedan ser las élites vinculadas a las grandes corporaciones glocales. Por otro lado, una mayoría social fragmentada en la que los trabajos precarios representaban la forma de supervivencia, cada vez más mayoritaria (Alonso, 1999) y en un contexto cada vez más hostil. De esta forma, la segmentación de las normas sociales propias de los años anteriores, se transformaron en fracturación de las mismas con la consiguiente aparición de diferentes “modelos simbólicos de referencia” (Conde, 2002: 293-295), al punto que las propias clases medias que tradicionalmente jugaban el papel imaginario de unificación social empezaron a adquirir conciencia de su crisis y de su proceso de declive y desintegración.

7. Hasta el momento se habían mantenido al margen del libre mercado como las comunicaciones (Telefónica) y la energía (Endesa, Repsol), entre otros sectores.

La caída de la capacidad de compra, de los salarios, la precarización generalizada de la vida de amplios sectores de la población se trató de compensar, de hecho se compensó, durante los años de la llamada burbuja inmobiliaria, con el incremento de los precios de la vivienda y con un generalizado acceso al consumo vía créditos baratos y fácil acceso a los créditos hipotecarios, con el consiguiente desarrollo del llamado “efecto riqueza” y la configuración del consumo como el mejor indicador de integración y de éxito social de la época. Como señala Bauman (2005: 43-48), las personas dejaron de construir su identidad a partir del trabajo y la familia y pasaron a configurarla en torno al consumo.

Se creía que todo el mundo podía disfrutar de todo, lo que implicó la aparición de nuevas aspiraciones y nuevos comportamientos. Las desigualdades sociales crecientes se ocultaban bajo la mezcla simbólica de los hábitos y particularidades de consumo de las diferentes clases sociales. Consumo amnésico, de olvido suicida de la desigualdad social, caracterizado por “los gastos “improductivos”, consuntivos, disipativos y degradadamente ociosos” (Conde, 1996: 76). Los consumidores se volvieron más imprevisibles y volátiles y especialmente atentos a la calidad de vida, a la comunicación y la salud (Lipovestky, 2008). El consumo se organizó, de forma creciente, en función de objetivos, gustos y criterios individuales con el apoyo de las estrategias de marketing denominadas de personalización de los consumos.

Un ejemplo paradigmático de esta transformación de la vida social y de consumo ha sido la propia juventud. La precarización laboral y la dificultad del acceso a la vivienda obturó la emancipación de los jóvenes rompiendo, de hecho, la caracterización de la juventud como etapa de preparación para el futuro. La juventud dejó de representar un ritual de paso a la vida adulta para convertirse en un ritual de “estancia” cuyo principal medio de construcción de su identidad pasó a ser el consumo, en lugar del tradicional papel jugado por la familia y el trabajo a este respecto. El consumo pasó a un primer lugar en la expresión de las identidades juveniles. Esto provocó la fragilidad de los vínculos entre los jóvenes con la consecuencia de que las relaciones sociales entre los mismos se volvieron más efímeras e inestables (Bauman, 2007).

Como se señaló en Conde (1999), la disponibilidad de los ingresos procedentes del trabajo precario, siendo insuficientes para la emancipación, eran más que suficientes para desarrollar un alto ritmo de consumo, incluido el de las drogas. Alto ritmo de consumo que con sus propios circuitos, marcas, productos y espacios específicamente juveniles alcanzó su máxima expresión en el espacio-tiempo del ocio y el tiempo libre. En este sentido, el ocio continuó con la tendencia iniciada durante los ochenta y se inscribió definitivamente en el ámbito del consumo. El gasto cuya masificación y generalización, en el caso de la juventud, alcanzó su máxima expresión en la aparición del llamado “parque temático” en el cual recalaron una amplia mayoría de jóvenes, situados en una especie de burbuja singular, en una especie de vía muerta en

la que se entretenían y divertían, en la que predominaba el hedonismo y el presentismo mientras desaparecía el contrato social (Conde y Rodríguez, 2005) que, hasta ese momento, les había vinculado a la sociedad.

La comercialización del ocio nocturno y la inscripción de los consumos de drogas en los tiempos de consumo, convirtieron las drogas en un bien de consumo más. El acento recayó en el consumo y no en las drogas. Consumo de marcha, de ropa, de coches, de emociones y también consumo de drogas, principalmente de alcohol y cannabis, pero también de éxtasis, anfetaminas, cocaína, y en menor medida, ketamina, alucinógenos y GHB (Díaz, Pallarés y Barruti, 2000; Pallarés, Díaz, Barruti y Espluga 2006). A corte ilustrativo, se diversificó el consumo de alcohol, las marcas se vincularon a ciertos estilos de vida. El propio consumo de éxtasis desplazó mediáticamente a los consumos de heroína. El nombre de pastillas de diseño fue una estrategia comercial, así como el GHB, que fue comercializado a finales de los noventa como éxtasis líquido, para aprovechar el gancho del éxtasis, aunque farmacológicamente no tuviesen ninguna similitud. Relativo al cannabis, apareció a finales del siglo xx una potente industria, proliferaron los grow-shops y ya en el siglo xxi aparecieron las ferias del cáñamo. Aparecieron “marcas” y presentaciones de cocaína y speed para distinguir la calidad —más simbólica que real—, como por ejemplo, la cocaína gallega o la alita de mosca; el speed vasco, el amarillo o el de manzana. Estrategias de comercialización para hacer atractivas las drogas a los jóvenes deseosos de consumo. A partir de ese momento, las drogas han ido de la mano del consumo y el marketing.

Desde este punto de vista, de nuevo el consumo de drogas vuelve a tener una estrecha relación con las formas sociales y de consumo más características de cada época histórica. Frente a los consumos contraculturales de drogas en una sociedad, como la de los sesenta y setenta, con un amplio afán de posesión de los bienes materiales, frente a los consumos de drogas marcados por la exclusión social en una sociedad, como la de los ochenta, marcada por fuertes movimientos de promoción social, en los primeros años del siglo xxi, emerge una sociedad en la que se promovió una precarización generalizada de los jóvenes y una fragilización de sus relaciones sociales. El consumo de drogas entre la mayoría de jóvenes jugó el rol de compensar simbólicamente dicho movimiento a través de lo que podríamos llamar la normalización de los consumos de drogas, en el doble sentido de la sociabilización y de legitimación de las drogas en ciertos contextos y tiempos, y de normalidad social de los consumidores, que continuaron con sus obligaciones y responsabilidades diarias (Martínez Oró, 2010), y del fomento del rol de las drogas como consumos relacionales y de “integración social”.

En este sentido, los consumos mayoritarios de la juventud en esta primera década del siglo xxi han sido consumos inclusivos realizados mayoritariamente en grupo y con fines relacionales. El ocio nocturno ha sido el principal tiempo de consumo y los espacios de baile los contextos mayoritarios para

hacerlo. De hecho, se acentuó el ocio como tiempo para cansarse; los lunes se estaba cansado físicamente y los martes anímicamente porque aparecía el bajón emocional característico del consumo de éxtasis. Consumos más mayoritarios y normalizados de drogas por parte de amplios sectores juveniles que hicieron pasar, a un segundo plano mediático y de preocupación social, las dinámicas de exclusión de los consumidores de drogas por vía parenteral, que en aquellos años alcanzaron un alto nivel de cronificación, tanto de la adicción como de la exclusión social.

Crisis actual e incertidumbre del modelo de salida. 2008-actualidad

La actual crisis ha implicado una serie de profundos cambios en el modelo social. En mayo de 2008 se empezaron a escuchar los primeros ecos de la crisis económica, a partir de una desaceleración económica, que en septiembre desencadenó el otoño negro de 2008.⁸ En un primer momento, la crisis se situó en el sector financiero internacional. Con el tiempo, los efectos de la crisis han afectado diferentes ámbitos y han generado una profunda crisis social. La implementación del modelo de financiarización y glocalización económica durante los noventa ha mostrado su cara más negra con la primera gran recesión. Se ha acentuado el debilitamiento del Estado del Bienestar, el trabajo está aún más desregularizado, y se ha observado en el parquet diplomático cómo los gobiernos Estatales han perdido su soberanía frente a la dictadura de los mercados (Ramonet, 2009).

En la actual situación, según palabras de Touraine (2010: 16) “existe un mundo de esclavos libres, y un mundo de tecnócratas, una élite que dirige la sociedad”. A pesar de la recesión económica y la situación de pesimismo, las élites financieras y empresariales glocales han continuado recogiendo beneficios.⁹ En cambio, para los esclavos libres la crisis ha comportado una fuerte intensificación de las dinámicas sociales y simbólicas de precarización y exclusión social. Las políticas de recortes han provocado el fuerte deterioro de los consumos públicos. Esto unido a una mayor presión fiscal con el aumento del IVA y el IRPF, mientras que las Sociedades inversoras de capital variable (SICAV) tributan el 1%, ha provocado una pérdida del poder adquisitivo y el empobrecimiento de la población. El estallido de la burbuja inmobiliaria ha hecho visibles, los fenómenos de intensa desigualdad social que ésta impulsaba y ocultaba. La reforma laboral de 2012 y las medidas de incentivación económica y del

8. El 29 de setiembre de 2008 se desplomaron las bolsas mundiales, la de Nueva York cayó un 6,98% y el IBEX un 3,88%. El viernes 30 de setiembre *La Vanguardia* publicaba en portada un ilustrativo “¡Crash!”.

9. En el año 2011 el banco de Santander ganó 5351 millones de euros, Telefónica 5403 millones euros, Facebook 1000 millones de dólares, IKEA 2970 millones de euros, Philip Morris 8591 millones de dólares, Inditex 1932 millones de euros. Todas estas empresas aumentaron su beneficio respecto el 2010. Goldman Sachs ganó 1010 millones de dólares, aunque perdió un 67% respecto el 2010.

empleo, hasta la fecha no se han traducido en una mejoría de la situación,¹⁰ en consecuencia, las fuerzas centrífugas continúan bien activas expulsando población de la vulnerabilidad hacia la exclusión. Situación que presenta la exclusión y la desconexión social como riesgos fuertes para los trabajadores.

La actual situación presenta una incertidumbre sobre los modelos de Consumo de salida de la crisis. La profunda fragmentación, casi centrifugación social conlleva diferentes niveles de consumo. En términos globales, en los últimos cuatro años las familias españolas han realizado una fuerte contracción cuantitativa del consumo.¹¹ A pesar de esto, las élites no han visto descender su poder adquisitivo y han continuado con los consumos de estatus, bienestar y también de productos de lujo.¹² En cambio, las familias en situación de vulnerabilidad son las que han reducido más profundamente su consumo y han aumentado las familias que consumen exclusivamente “lo necesario”.

Relativo a la relación entre los jóvenes y el consumo, podemos atisbar una compleja relación entre estos dos significados. La segmentación de las identidades juveniles implica diferentes manifestaciones y significados del consumo juvenil. A pesar que la actual generación juvenil ha crecido en el calor de la Sociedad de Consumo, en términos generales, han reducido el consumo. Entre los más precarios y vulnerables el consumo es de “lo necesario”, algunos sobreviven gracias al colchón de la familia, que garantiza lo mínimo y algún que otro capricho. Para estos quedan lejos los consumos voraces y desenfrenados propios de la época anterior.

Entre los jóvenes se ha agravado la situación de aparcamiento social con altos índices de paro y dificultades para emplearse, muy especialmente entre los jóvenes sin estudios (España, en mayo de 2012, era el tercer país de la Unión Europea con mayor tasa de abandono escolar¹³). Los jóvenes experimentan profundos malestares emocionales al verse imposibilitados para cumplir sus expectativas y planes de vida (Martínez Oró, 2012), especialmente entre los jóvenes universitarios que observan como España es el país de la Unión Europea con más sobre calificación.¹⁴ Como panacea para mitigar la situación, las administraciones ofrecen a los jóvenes la cultura de la emprendeduría o de

10. “España bordea a finales de 2012 los 6 millones de parados.” *Pública*, 23 de enero de 2013. La noticia apunta “Que la reforma del mercado de trabajo no ha sido buena para el empleo lo ejemplifica bien el hecho de que, durante 2012, se hayan destruido casi el mismo número de puestos de trabajo que en los dos años anteriores.”

11. “España modera su recesión en el tercer trimestre tras la menor caída del consumo”. *El País*, 15 de noviembre de 2012.

12. “El lujo “made in Spain” sortea la crisis con un aumento de las ventas del 15 por ciento”. *El País*, 25 de diciembre de 2012.

13. Según el Eurostat el 28% de los jóvenes entre 18 y 24 años no prosiguieron sus estudios tras haber cursado la enseñanza básica obligatoria. La tasa media de la Unión Europea es del 14%.

14. Según el Eurostat España tenía en 2011 el 31% de los trabajadores sobre cualificados mientras que la media de la Unión Europea era del 19%.

la emigración (como en los sesenta), que en caso de fracaso no tendrá coste alguno para el Estado. Para los adolescentes, ahora más que nunca, construir una identidad y pensar en el futuro genera más incertidumbre y angustia que nunca. Estos reciben discursos pesimistas sobre el futuro, en consecuencia algunos van a desistir del esfuerzo de estudiar. Un sector de ellos, en un marco muy disciplinante, recuperan ciertos valores del trabajo y del esfuerzo.

Entre los más jóvenes, especialmente los adolescentes aún en proceso de maduración, continúa cierta fascinación por el consumo y entre algunos de ellos vive el deseo por el consumo y la presión para satisfacer las necesidades configuradas en las anteriores épocas (Martínez Oró, 2013), aunque sus niveles reales son bajos. A pesar de ello, la mayoría de estos, al entrar en contacto con la precariedad, ven trastocado su deseo hacia el consumo y sus gastos se centran en lo más necesario. Entre las élites y una minoría llamados popularmente como “fashion victims”,¹⁵ el deseo persiste como en la época anterior, los primeros porque su poder adquisitivo así se lo permite y los segundos a costa de las tarjetas de crédito y de realizar malabarismos con su economía.

El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), se presenta como una de las pocas características identitarias comunes para la actual generación juvenil, a pesar que los diferentes usos y significados que se traducen en diferentes influencias en la identidad. Las TIC posibilitan la emergencia de una identidad virtual colectiva. El boom de las redes sociales y de los dispositivos de pantalla ha modificado las pautas relacionales. Los consumos fáticos (Conde y Alonso, 2002) estimulan las relaciones interpersonales inmediatas, por ejemplo, mediante el teléfono móvil posibilita que los jóvenes se mantengan continuamente conectados. Consumos fáticos que resignifican las pautas relacionales y potencian la inmediatez de los hechos personales sin la necesidad de estar reunidos.

En estos momentos difíciles, austeros, de precariedad generalizada, se produce una cierta penalización de la cultura del ocio. Los tiempos de ocio, en términos cuantitativos, se han mantenido estables aunque algunos han recuperado el sábado como laborable. El ocio es más proximal, para reducir gastos se evitan grandes desplazamientos. En relación con el ocio nocturno, los altos precios, el bajo poder adquisitivo, la ley del tabaco, entre otros elementos, han obligado a los jóvenes a recuperar los espacios privados como espacios de diversión. Además, en los últimos años se ha acentuado el proceso de penalización del uso de los espacios públicos, gran cantidad de ayuntamientos han aprobado ordenanzas municipales para perseguir el “botellón” mediante estrategias punitivas,¹⁶ que se traduce en una menor presencia de jóvenes y acentúa el proceso glocal en qué los espacios públicos están pensados para el Consumo y no para la reunión.

15. Expresión popular en auge para definir las víctimas del consumo.

16. *El País* el lunes 23 de julio de 2012 recogía la noticia “No puedo pagar 600 euros de multa” referido a un joven de Madrid que fue multado por realizar botellón.

En la actualidad el consumo se configura como el mecanismo para obtener todo tipo de satisfacciones, y esto imbrica con el consumo de drogas. Relativo al uso de drogas, la tendencia hacia un mayor control en su consumo existente antes de la crisis (Conde y Gabriel, 2005) se ha visto reforzada por la contracción del ocio y el consumo asociado con la crisis, con la consiguiente repercusión en un descenso cuantitativo de consumidores (OED, 2012), así como de la frecuencia y la intensidad del uso de drogas (Martínez Oró, Pallarés, Espluga y Barruti, 2010; Martínez Oró y Pallarés, 2009). La normalización social de las drogas entre los jóvenes en situación de vulnerabilidad llegó a su máximo durante el período 2000-2005. A partir de este periodo, los consumos de drogas ilegales han descendido, y su presencia en los contextos de fiesta es menos notorio. El cannabis y la cocaína se utilizan en menor medida que hace diez años. Los consumos de speed, ketamina y MDMA son minoritarios. La única droga que mantiene su nivel anterior es el alcohol, configurándose así como la droga de la época actual.

El alcohol adquiere unos significados ambivalentes en función de los tiempos y contextos de consumo. Para los jóvenes y adolescentes su consumo se normaliza durante el ocio nocturno, en ocasiones se bebe intensivamente, ya que algunos buscan la embriaguez más que los efectos moderados del alcohol en grupo. Para los adolescentes y jóvenes es fácil comprar alcohol, así se evita el contacto con el mercado negro, esto unido a la tradición de beber alcohol en nuestro contexto hace que se normalice y sus riesgos se relativicen. La ambivalencia del alcohol se manifiesta en aspectos como, por una parte se relaciona con la fiesta, los tiempos informales y pasarlo bien, pero por otra parte con las borracheras y los problemas derivados de estas (violencia, accidentes, suciedad, intoxicaciones), así como con el alcoholismo. Los jóvenes y adolescentes justifican su uso —o abuso— de alcohol como una práctica social normal porque según ellos “todo el mundo bebe” (Pallarés y Martínez Oró, 2013). En los tiempos actuales tanto jóvenes como adultos utilizan recurrentemente el alcohol como herramienta de autoatención para mitigar diferentes males, esta práctica es ambivalente porque por una parte puede ayudar a sobreponer momentáneamente los malestares, pero a largo plazo puede implicar serios daños para el consumidor.

Además de los consumos de alcohol, las tendencias de los últimos años, hacen destacar tres tipos de sustancias por su estrecha relación con el consumo y los estilos de vida consumistas. El primer tipo son los *legal highs* y los *research chemicals* vendidos por Internet, intentan atraer nuevos consumidores mediante estrategias de marketing y presentaciones muy vistosas. Drogas minoritarias pero que se deberá de atender a su evolución por el fácil, seguro, barato y “legal” acceso. En segundo lugar, los anabolizantes, la presión de la sociedad hacia ciertos modelos de belleza, hace entender como atractivos los cuerpos musculosos. Se asume el riesgo de consumir hormonas para obtener el beneficio inmediato de la supuesta belleza, sin atender ahora en los efectos a largo plazo,

reflejo claro del pensamiento presentista. El tercero, los psicofármacos, en estos momentos de ansiedad generalizada y profundo malestar emocional, la industria farmacéutica trabaja para aumentar las ventas y por extensión sus beneficios, con la complicidad del estamento médico, el consumo de psicofármacos ha aumentado considerablemente. Sin lugar a dudas, los consumos de alcohol y de estos tres tipos de sustancias ya no responden al consumo de drogas, responden a las drogas de Consumo.

Referencias bibliográficas

- ALONSO, Luis Enrique (1999). *Trabajo y ciudadanía: estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid: Trota.
- ALONSO, Luis Enrique & CONDE, Fernando (1996). “Las paradojas de la globalización: la crisis del estado del bienestar nacional y las regiones vulnerables”. *Revista de Estudios regionales*, 44, 87-124. Ejemplar dedicado a: X Jornadas de Estudios Andaluces: Las autonomías en el Estado español: un balance.
- BAUMAN, Zygmunt (2005). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa (original 1998).
- BAUMAN, Zygmunt (2007). *Temps líquids. Viure en una època d'incertesa*. Barcelona: Viena edicions.
- COMAS, Domingo (1984). *Las bases simbólicas de concepción del uso de drogas como enfermedad*. III congreso de Antropología. San Sebastian, mimeo.
- COMAS, Domingo (1989). “La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias para la prevención y atención”. En Jornada de Psicología de la intervención social, *Insero*, 2, 233-261.
- CONDE, Fernando (1994). “Notas sobre la génesis de la Sociedad de Consumo en España”. *Política y Sociedad*, 16, 135-148.
- CONDE, Fernando (1996). “Crisis de las sociedades nacionales de consumo de masas y nuevas pautas de consumo de drogas”. *Revista de Estudios de Juventud*, 37, 71-86.
- CONDE, Fernando (1999). *Los hijos de la des-regulación. jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid: CREFAT.
- CONDE, Fernando (2002). *La mirada de los padres. Crisis y transformación de los modelos de educación de la juventud*. CREFAT: Madrid.
- CONDE, Fernando & ALONSO, Luis Enrique (1996). “Crisis y transformación de las Sociedades de Consumo: de los modelos nacionales al modelo glocal”. *Revista de Estudios de Consumo*, 36, 12-26.
- CONDE, Fernando & ALONSO, Luis Enrique (2002). “Gente conectada: La emergencia de la dimensión fática en el modelo de consumo glocal”. *Política y sociedad*, 39 (1), 27-51.
- CONDE, Fernando & GABRIEL, Concha (2005). *Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Instituto de Salud Pública*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.
- CONDE, Fernando & RODRÍGUEZ, Elena (2005). “Crisis del modelo de pacto social”. *Revista de Estudios de Juventud*, 54, 63-70.
- DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, Mila & DONCEL, Concha (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: Laboratori de Sociologia. Ajuntament de Barcelona.
- DÍAZ, Aurelio; PALLARÉS, Joan & BARRUTI, Mila (2000). *Primer informe 1999. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil*. Barcelona: Institut Genus.

- FURLONG, Andy & CARTMEL, Fred (2001). *Els contextos canviants de la joventut*. Col·lecció aportacions. Barcelona. Secretaria General de la joventut.
- GAMELLA, Juan Francisco (1989). *La peña de la vaguada. Análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- GAMELLA, Juan Francisco (2008). *La historia de Julián*. Madrid: Popular (original 1990).
- GARCÍA PRADO, Gonzalo (2002). *Los años de la aguja: del compromiso político a la heroína*. Zaragoza: Mira Editores.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1973). "El hechicero y su magia". En *Antropología Estructural*. (151-167) Buenos Aires: Siglo XXI (original 1958).
- LIPOVESTKY, Gilles (2008). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama (original 2007).
- MAFFESOLI, Michel (2004). *El tiempo de las tribus. El ocaso del individualismo en las sociedades posmodernas*. México D.F: Siglo XXI (original 1998).
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2010). "Lo normal y lo desviado en los consumidores de drogas". *Actas del X Congreso de Sociología Española. FES*.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2012). *El saludable malestar. Análisis crítico de los adolescentes españoles*. Barcelona: Fundació Igenus.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2013). "El malestar emocional entre los jóvenes precarios. Causas, consecuencias y estrategias de alivio del malestar". *Actas XI Coloquio REDAM. Jóvenes, desigualdades y salud*. (en prensa).
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere & PALLARÉS, Joan (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere; PALLARÉS, Joan; BARRUTI, Mila & ESPLUGA, Josep (2010). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació Igenus.
- Observatorio Español sobre Drogas (2012). *Informe 2011*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- PALLARÉS, Joan (1996). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína en Cataluña*. Lleida: Milenio (original 1995).
- PALLARÉS, Joan & FEIXA, Carles (2000). "Espacios e itinerarios para el ocio juvenil nocturno". *Revista de Estudios de Juventud*, 50, 23-41.
- PALLARÉS, Joan & CEMBRANOS, Fernando (2001). "La marcha, la pugna por el espacio". *Revista de Estudios de Juventud*, 54, 35-45.
- PALLARÉS, Joan; DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, Mila & ESPLUGA, Josep (2006). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Metodologia i Informe evolutiu (1999 - 2005)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- PALLARÉS, Joan & MARTÍNEZ ORÓ, DAVID Pere. (2013). *¿Beber para crecer? El consumo adolescente de alcohol*. Lleida: Milenio.
- RAMONET, Ignacio (2009). *La catástrofe perfecta. Crisis del siglo y refundación del porvenir*. Barcelona: Icaria.
- ROMANÍ, Oriol (1982). *Droga y subcultura: una historia cultural de "haixis" a Barcelona (1969-80)*. Tesis doctoral. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- ROMANÍ, Oriol (2004). *Las drogas. Sueños y razones* (2ª edición). Barcelona: Ariel (original 1999).
- ROMANÍ, Oriol; PALLARÉS, Joan & DÍAZ, Aurelio (2001). "¿Dependencia o estilo de vida? La vida de un grupo de heroinómanos catalanes en los 80s." *Trabajo Social y Salud*, 39, 205-216.
- TOURAINÉ, Alain (2009). "Extranjeros en su propia sociedad". En Félix Tezanos (ed.), *Juventud y exclusión social* (11-20). Sevilla: Editorial Sistema.
- Usó, Joan Carles (1995). *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Taurus.

POLÍTICAS DE DROGAS EN ESPAÑA

De la paz farmacológica a la reducción de riesgos

Juan Carlos Usó

Historiador y sociólogo

jcuso@hotmail.com

Época de libertad farmacológica

Hasta marzo de 1918 el opio, la morfina, la heroína, el láudano, la cocaína, el hachís, el éter, el cloral y otras sustancias psicoactivas tuvieron en España la misma consideración que cualquier otro fármaco. Bien como genéricos, bien formando parte de la fórmula de numerosos específicos, constituían productos de venta libre, y su empleo estaba generalizado en todos los estratos sociales con fines terapéuticos convencionales. De hecho, se vendían no sólo en boticas, droguerías y herboristerías, sino también en comercios de especias, abacerías, coloniales y ultramarinos, a un precio que podía oscilar entre las cinco pesetas que costaba un gramo de heroína y los diez céntimos que valía un gramo de éter, pasando por la peseta que costaba el gramo de extracto de cannabis, las tres pesetas del gramo de morfina o las cuatro pesetas que valía el gramo de clorhidrato de cocaína.

La legislación entonces vigente en materia de salud pública no se planteaba, ni de lejos, restringir su consumo, sino únicamente perseguir los posibles fraudes y negligencias en su comercialización, así como delimitar las competencias entre los distintos colectivos de profesionales autorizados para su importación, producción, elaboración y venta, a saber: farmacéuticos, drogueros (dos gremios que, compartiendo intereses, coexistieron enfrentados en dura pugna hasta la Segunda República) y, en menor medida, herbolarios.

Existía, no obstante, una prohibición que afectaba no sólo a las sustancias psicoactivas, sino a todos los fármacos sin excepción: el veto de ser publicitados en medios profanos, es decir, no especializados. Sin embargo, casi toda la prensa de la época incumplía sistemáticamente este precepto, convirtiéndose en su principal soporte publicitario (hasta la *Gaceta de Madrid*, pese a su condición de publicación oficial del Estado, llegó a incluir propaganda, entre otras especialidades farmacéuticas, de las afamadas Pastillas Bonald con cocaína, heroína y codeína).¹

1. *Gaceta de Madrid* (1907, 28 de octubre). Pastillas fórmula Bonald. *Gaceta de Madrid*, 370.

Por lo demás, la información farmacológica sobre el empleo terapéutico de drogas en periódicos y revistas de medicina, farmacia y veterinaria de la época era muy completa y exhaustiva.

Se daban casos puntuales de abuso (como por ejemplo, el protagonizado por el célebre pintor y escritor catalán Santiago Rusiñol, quien en 1899 ya tuvo que someterse a un tratamiento de desmorfinización en Francia), especialmente en ambientes decadentes y bohemios, pero no comportaban ningún tipo de problemática social.

El empleo de drogas apenas despertaba la atención de los medios de comunicación de la época. Puntualmente, la prensa española se refería al problema que representaba el éter en Irlanda o el opio en países como Francia e Inglaterra, como algo exótico, importado de sus colonias de ultramar; pero con frecuencia las drogas tan sólo constituían un pretexto o motivo para la publicación de anécdotas, curiosidades, chistes, chanzas y demás comentarios satírico-burlescos. De tal manera, puede decirse que no se detectaba ningún signo de alarma relacionado con el uso de drogas en el seno de la sociedad española del momento, lo cual no impedía que algunos medios, como el diario ABC, calificaran a los usuarios de psicofármacos con fines lúdicos de auténticos degenerados.²

En cambio, sí se registró una intensa cruzada antialcohólica, promovida por la Liga Antialcohólica Española, fundada en 1911, y su principal órgano de difusión, el periódico *El Abstemio*, con una tirada nada desdeñable de 10.000 ejemplares. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en EEUU y otros países, los temperantes españoles jamás consiguieron elevar sus pretensiones de abstinencia total a rango de ley (Usó, 2012a: 127-145)

La neutralidad observada por el Gobierno español ante la Primera Guerra Mundial determinó que muchas personas buscaran refugio en España, y vinculado a este aluvión demográfico comenzó a extenderse el consumo de drogas al margen de usos terapéuticos convencionales, especialmente en Madrid y Barcelona. En noviembre de 1915 el diario radical *Germinal* dio cobertura a una campaña personal del periodista Mateo Santos contra el uso de drogas al margen de fines terapéuticos y contra su venta en farmacias en la Ciudad Condal, que pasó relativamente desapercibida.³ Sin embargo, dos años más tarde

2. ABC (1913, 6 de marzo). Los degenerados. Morfina, cocaína y opio. ABC (Diario ilustrado), 12 y ABC (1913, 1 de abril). Los degenerados. Víctima del opio. ABC (Diario ilustrado), 11.

3. Santos, Mateo (1915, 3 de noviembre). Los que envenenan. La felicidad está en un tarro de farmacia. De cómo la literatura puede aficionarnos a las drogas infernales y otros excesos. Goces y tormentos que proporcionan estas sustancias. La princesa Cocaína me conduce al alcázar de los sueños. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 1-2; Santos, Mateo (1915, 4 de noviembre). Los que envenenan. La primera piedra. La aristocracia de la bohemia. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 1; Santos, Mateo (1915, 5 de noviembre). Los que envenenan. Divagaciones sentimentales. El poema trágico del éter. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 1-2; Santos, Mateo (1915, 6 de noviembre). Los que envenenan.

diario republicano *El Diluvio*, mucho más influyente que el anterior, desató otra activa campaña de prensa contra “los envenenadores públicos”, denunciando la impunidad con la que se vendía opio, morfina, cocaína y otras drogas en Barcelona, “hasta a los niños”. Se decía que sólo en la capital catalana había alrededor de seis mil quinientos cocainómanos (entre los que se contaban banqueros, militares, periodistas, funcionarios, socios del Liceo, capitanes de barco, señoritas de la aristocracia, clérigos, dos concejales y algún diputado provincial). Se pudo comprobar, en este sentido, que la fuente de abastecimiento eran “siete u ocho farmacias”, dándose la circunstancia de que más de un farmacéutico “vivía sólo de la venta de venenos”. El escándalo, difícilmente contenido, determinó que las autoridades gubernativas se plantearan por primera vez controlar y restringir el uso de drogas en España.⁴

Entre la restricción y la prohibición

En respuesta a la campaña desatada por el diario *El Diluvio*, y a lo acordado con la firma del Convenio Internacional de La Haya sobre restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina y cocaína y sus sales (1912), a principios de 1918 el gobierno presidido por Manuel García Prieto, del Partido Liberal Demócrata, adoptó las primeras medidas para controlar el uso de drogas en España, no sólo en boticas y droguerías, sino también en casas de lenocinio, cafés, casinos, bares y otros centros de recreo.⁵ Tales medidas se concretaron en la exigencia de la presentación de receta médica obligatoria para acceder a dichas sustancias.

A efectos penales, dicha exigencia no afectaba al comprador, sino al farmacéutico, es decir, al vendedor, lo cual casaba perfectamente con la idea de

El vicio, disfrazado de Pierrot. Cuáles son los espíritus selectos. Imitadores. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 2; Santos, Mateo (1915, 9 de noviembre). Los que envenenan. Epílogo. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 2 y Santos, Mateo (1915, 11 de noviembre). Los que envenenan. La pluma envenenada. El drama de mi amigo. La cocaína culpable. *Germinal* (Diario radical de la mañana), 2.

4. Fray Gerundio (1917, 20 de septiembre) La cocaína en Barcelona. Cómo se envenena al público. *El Diluvio* (Diario republicano), 12-13; Fray Gerundio (1917, 27 de septiembre). Cómo se envenena al público. La venta de la cocaína. *El Diluvio* (Diario republicano), 12-13; Fray Gerundio (1917, 4 de octubre). Cómo se envenena al público. El escándalo de la cocaína. *El Diluvio* (Diario republicano), 10-11; Fray Gerundio (1917, 11 de octubre). Cómo se envenena al público. ¡Viva la cocaína! *El Diluvio* (Diario republicano), 11-12; Amargós, Luis (1917, 18 de octubre). Con motivo de una campaña. *El Diluvio* (Diario republicano), 10-11 y Fray Gerundio (1917, 25 de octubre). Lo de la cocaína. Cómo empezó y cómo acaba. *El Diluvio* (Diario republicano), 10.

5. Ministerio de la Gobernación (1918, 1 de marzo). Real orden circular disponiendo se vigile el cumplimiento de lo prescrito en el capítulo 5º de las Ordenanzas de Farmacia sobre la venta de productos medicinales y sustancias venenosas en las droguerías y fábricas de productos químicos; que sean vigiladas por los Subdelegados de las Farmacias para que no se expendan en ellas sin receta escrita y firmada por un Médico medicamentos narcóticos, anestésicos y cuantos contengan sustancias venenosas, paquetes, cajas de píldoras, pastillas, comprimidos, tubos preparados para inyecciones, etc., que contengan referidas sustancias tóxicas, y que por la Policía gubernativa sean perseguidas las casas de lenocinio, cafés, bares y demás sitios de reunión en los que haya sospecha de que se proporcionan dichas sustancias a los clientes. *Gaceta de Madrid*, 626.

proteger la salud de las personas de los efectos de sustancias que *otros* querían venderles. No obstante, en un país donde la Sanidad todavía no estaba subsidiada por el Estado, esta simple medida supuso de entrada que los usuarios de drogas vieron duplicados sus gastos, pues al precio de los psicofármacos hubieron de sumar el coste de las recetas.

Naturalmente, la consecuencia más grave de esta restricción fue la aparición inmediata de un incipiente, pero cada vez más pujante, mercado negro (con el consiguiente incremento de precios y adulteración de productos) y, como extensión, la aparición de una nueva delincuencia (falsificación de recetas, robos de farmacias, etc.).

Una campaña de prensa posterior contra el consumo de cocaína y morfina en cabarets y music-halls, impulsada por el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Valencia y el diario conservador *Las Provincias* durante el verano de 1921, no sólo puso en evidencia la extensión del empleo recreativo de drogas en otras ciudades, sino que supuso la exigencia de más mano dura por parte de las autoridades.⁶ De poco, por no decir nada, sirvieron las tímidas voces antiprohibicionistas, como la enarbolada por Carlos Esplá desde las páginas del diario republicano *El Pueblo*, que se alzaron contra la ofensiva moralizante protagonizada —según el citado periodista alicantino— por la “tropa de orden y sotana”.⁷

En años sucesivos fue produciéndose un endurecimiento progresivo de la legislación, que tuvo su culminación en 1928, con la promulgación de las Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes (que equiparaban a usuarios y vendedores ilícitos y sancionaban con dureza tanto el tráfico ilegal, como la simple posesión y el empleo discrecional de drogas) y la reforma del Código Penal (que pasaba a prestar una especial consideración a las “drogas tóxicas o estupefacientes”, distinguiéndolas así de las demás “sustancias nocivas a la salud o productos químicos que pudieran causar grandes estragos”).⁸

6. *Las Provincias* (1921, 5 de julio). Cómo se envenena a la juventud valenciana. La morfina y la cocaína en los cabarets y music-halls. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1; *Las Provincias* (1921, 7 de julio). Cómo se envenena a la juventud valenciana. La cocaína y la morfina en cabarets y music-halls. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1; *Las Provincias* (1921, 8 de julio). Sigamos hablando de ese envenenamiento. El inspector provincial de Sanidad explica su intervención. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1; *Las Provincias* (1921, 9 de julio). Una carta del presidente del Colegio Médico. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1; *Las Provincias* (1921, 10 de julio). Una carta del inspector de Sanidad. Hay farmacéuticos que no cumplen con su deber, pero el mal más grave no está en ellos: ha de buscarse en cabarets y music-halls. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1-2 y *Las Provincias* (1921, 12 de julio). La cocaína y sus víctimas. *Las Provincias* (Diario de Valencia), 1.

7. Esplá, Carlos (1921, 13 de julio). No es un peligro muy grande. *El Pueblo* (Diario republicano de Valencia), 1 y Esplá, Carlos (1921, 14 de julio). Otra dosis de cocaína. *El Pueblo* (Diario republicano de Valencia), 1.

8. Ministerio de la Gobernación (1928, 5 de mayo). Real decreto-ley aprobando las Bases que se insertan para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes. *Gaceta de Madrid*, 690-693 y Ministerio de Gracia y Justicia (1928, 13 de septiembre). Real decreto-ley aprobando el proyecto

Este cambio legislativo implicaba un giro radical en el concepto de delito contra la salud pública, pues a partir de ese momento se pasó de proteger a las personas de sustancias psicoactivas que otros querían venderles a protegerlas de drogas que ellas mismas querían comprar.

A la par que fue endureciéndose la legislación, tras el golpe de Estado del general Miguel Primo de Rivera en septiembre de 1923 se intensificó la represión del tráfico ilícito —en el que solían estar involucrados médicos, farmacéuticos, auxiliares de farmacia e incluso mancebos de botica— y del consumo, llegándose a nombrar fiscales y jueces especiales para atender los casos de drogas.

Sin embargo, lejos de disminuir, el empleo de drogas al margen de usos terapéuticos convencionales —principalmente de cocaína y morfina— se fue extendiendo entre todas las capas sociales. Y no sólo se generalizó su uso, sino que esa realidad drogada se incorporó definitivamente a la cultura de masas a través de la prensa escrita, la literatura, la música, la pintura, el cine y determinados productos del escaparate de bienes de consumo.

El papel de la prensa escrita

La prensa escrita no sólo contribuyó a que las drogas pasaran a formar parte de la cultura popular, sino que desde un primer momento influyó notablemente en las decisiones de las autoridades gubernativas y por tanto en la evolución de las políticas en la materia. En este sentido, conviene destacar que en los años veinte la prensa dejó de adoctrinar a los lectores y comenzó a informar y crear opinión. Este cambio, unido a la aparición del reportaje sensacionalista, determinó que los medios encontraran en las drogas un tema moderno y de rabiosa actualidad, que saltó de la sección de sucesos —no sólo en la prensa de referencia, sino también en la de provincias— a copar páginas enteras, llegando a constituir el asunto central de extensas entregas seriadas.

En principio, el consumo de drogas se percibió como un vicio nuevo, importado desde fuera, y el tráfico ilícito como un problema local, de reciente aparición.⁹ Ambos aspectos constituían para los medios una lacra social de naturaleza urbana que afectaba únicamente a los tres principales núcleos de población: Madrid, Barcelona y Valencia.¹⁰ La prensa, sometida a una férrea censura por parte del directorio —militar primero y después civil— presidido por Primo de Rivera, no tuvo ningún inconveniente en proponer el sometimiento de toda la población a “la tutela colectiva” en materia de drogas.¹¹

de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de enero de 1929. *Gaceta de Madrid*, 1.450-1.526.

9. *La Vanguardia* (1923, 17 de marzo). El vicio nuevo. *La Vanguardia* (Diario independiente), 12.

10. *Diario de Gerona* (1924, 9 de agosto). Una lacra social. *Diario de Gerona* (De avisos y noticias), 1-2.

11. *Diario de Gerona* (1925, 5 de marzo). La tutela colectiva. *Diario de Gerona* (De avisos y noticias), 2.

En general, y desde un primer momento, las publicaciones periódicas se inclinaron por destacar y amplificar sus aspectos más dramáticos, sórdidos e incluso aberrantes, es decir, memorables, del asunto (detenciones, decomisos, precios, escondites, intoxicaciones, síndromes de abstinencia, suicidios por sobredosis, etc.), contribuyendo a la creación de una serie de estereotipos. Mientras optó por minimizar o directamente silenciar aquellos otros aspectos que contradecían o se escapaban de los tópicos creados. De tal manera, la noticia sobre “paraísos artificiales” —un genérico más literario que funcional— se convirtió directamente en discurso contra los mismos.

Primeros recursos preventivos y asistenciales

Al no existir todavía la Sanidad pública como tal, los primeros recursos disponibles para el abordaje de las toxicomanías existentes en España lógicamente partieron del ámbito privado. Entre los pioneros del tratamiento de la morfinomanía podemos mencionar al psiquiatra madrileño César Juarros, quien se dio a conocer gracias a un manual clínico muy divulgativo publicado por el popular editor Saturnino Calleja (Juarros, 1920). Y también al doctor R. De Vera, quien se publicitaba en el diario *ABC* a través de anuncios que garantizaban una “curación rápida y sin sufrimientos” de la morfinomanía basada en el “método americano de Columbian University y europeo del Dr. Mally”.¹² Lógicamente, se trataba de recursos muy caros y por tanto no estaban al alcance de todas las personas afectadas.

Con el fin de paliar en parte estas deficiencias, en 1926 se fundó en Barcelona la Asociación contra la Toxicomanía, una entidad de carácter también privado, pero en ese caso sin ánimo de lucro, estrechamente vinculada a los poderes públicos y financiada gracias a la caridad de algunas personas e instituciones.

Bajo la presidencia del general Jaime Milans del Bosch, el principal empeño de la Asociación contra la Toxicomanía fue la construcción de un sanatorio específica y exclusivamente destinado al tratamiento de las toxicomanías. Para ello buscó la máxima implicación de las autoridades civiles, militares y religiosas del momento, y de hecho llegó a contar con el real patrocinio otorgado por las reinas Victoria Eugenia y María Cristina. Incluso el rey Alfonso XIII aceptó la presidencia honoraria de la misma. Por su parte, los medios de comunicación apoyaron incondicionalmente su existencia, difundiendo su labor, sin embargo nada impidió que la citada entidad se diluyera en vísperas de la proclamación de la Segunda República sin que consiguiera ver realizado su sueño (Usó, 2012b: 177-191).

12. *ABC* (1922, 21 de junio). Morfinomanía. *ABC* (Diario ilustrado), 24 y *ABC* (1922, 28 de septiembre). Morfinomanía. *ABC* (Diario ilustrado), 24.

A pesar de la puesta en marcha de estos primeros recursos preventivos y asistenciales, todavía nadie —o muy pocos— hablaba de enfermedad, sino que conceptuaban la toxicomanía de vicio e incluso de pecado, aunque su caracterización clínica en el fondo fuera la misma. Por eso la lucha contra las drogas se planteó durante todos aquellos años como una cruzada moral y, a la vez, medida profiláctica en defensa de la Raza, la Patria y las buenas costumbres.

La situación durante la Segunda República

Con la proclamación de la Segunda República la política contra las drogas no abandonó la senda del prohibicionismo, imperante por lo demás en el ámbito internacional; ni siquiera se atemperó, sino que más bien se intensificó, especialmente con la prohibición incondicional de la heroína en 1932, que a partir de ese momento ya no sólo dejaría de adquirirse y venderse mediante receta, sino que tampoco podría fabricarse, ni importarse.¹³ Como colofón, al año siguiente se creó una brigada policíaca especial destinada a la persecución de consumidores y traficantes y se promulgó la conocida Ley relativa a vagos y maleantes, por la que fueron declarados en “estado peligroso” y quedaron sometidos a “medidas de seguridad”, entre otros, los “ebrios y toxicómanos habituales”.¹⁴

Significativamente, con el paso de una política de control y restricción a una política decididamente prohibicionista, la propaganda de específicos psicoactivos desapareció por completo de periódicos y revistas. Sin embargo, los medios de comunicación no tuvieron reparos en servir de soporte para los primeros exponentes de publicidad indirecta, algunos de gran éxito comercial, como los sugerentes anuncios en la prensa gráfica y las no menos sugestivas cuñas radiofónicas —interpretadas por la vocalista Carmelita Aubert— publicitando el “super-perfume Cocaína en Flor”, elaborado por la conocida casa Parera.

Aunque la política en materia de drogas seguía los dictámenes del prohibicionismo, el discurso en la prensa escrita —mucho más plural y libre que durante la dictadura de Primo de Rivera— empezó a registrar notables cambios. Para empezar, pasó a hablar de la “plaga social” ya no como un problema de índole local, sino como una cuestión “universal y milenaria”, que revestía caracteres epidémicos y en la que el Estado español había pasado a desempeñar un papel fundamental.¹⁵ De hecho, algunos medios llegaron a considerar a Barcelona como

13. Ministerio de la Gobernación (1932, 6 de agosto). Decreto prohibiendo la importación y fabricación en el territorio español, Colonias y posesiones del Norte de África, de diacetilmorfina (diamorfina, heroína) y su clorhidrato. *Gaceta de Madrid*, 979.

14. Asenjo, Ataúlfo G. (1933, 15 de abril). Luchas y peligros del comercio ilícito de tóxicos. Una brigada policíaca especial persigue a los traficantes en drogas estupefacientes. *Ahora* (Diario gráfico), 19 y Presidencia del Consejo de Ministros (1933, 5 de agosto). Ley relativa a vagos y maleantes. *Gaceta de Madrid*, 874-877.

15. Susanna, Francisco (1922, 5 de octubre). Plagas sociales. La cocainomanía. *El Diluvio* (Diario republicano), 15 y Barberán, José L. (1933, 23 de mayo). La universal y milenaria manía de los tóxicos. *Ahora* (Diario gráfico), 33-35.

la “central” del tráfico de estupefacientes para toda Europa.¹⁶ Pero más allá de este dato anecdótico, los periódicos ya no hablaban únicamente de “vicio invencible”, sino también de “terrible patología” e interpretaban la “higiene social” no tanto en clave de represión, sino como prevención. Y todavía más importante, reconocían abiertamente que “las conferencias y los convenios internacionales” se habían revelado “impotentes para atajar la invasión de los tóxicos”, es decir, admitían el fracaso más absoluto de las políticas prohibicionistas en el cumplimiento del que sobre el papel era su principal objetivo declarado.¹⁷

Estos cambios en la percepción del problema por parte de los medios de comunicación no cayeron en saco roto, y en 1935 el Gobierno optó por desarrollar una iniciativa pragmática, que bien podríamos considerar como la primera medida de reducción de riesgos y daños adoptada en España: la autorización de un carné reglamentario que en la práctica permitía disfrutar de “dosis extraterapéuticas” a los “enfermos habituados”, es decir, a los toxicómanos más contumaces. El único requisito para obtener el “documento especial de garantía” que permitía el acceso a la sustancia requerida era la inscripción previa en un registro abierto a tal efecto en la Dirección General de Sanidad.¹⁸

Por lo demás, la farmacopea española todavía no había prescindido del arsenal psicoactivo, y el Servicio de Restricción de Estupefacientes era el encargado de abastecer el mercado terapéutico legal con sus adquisiciones periódicas. Por ejemplo, en 1931 dicho organismo compró 145 kg de opio, 36 kg de extracto de opio, 45 kg de clorhidrato de cocaína y 45 kg de clorhidrato morfina,¹⁹ y dos años más tarde, adquirió 50 kg de opio en polvo, 90 kg de extracto acuoso de opio, 300 kg de hoja de coca y 100 kg de cannabis indica.²⁰

16. *Ahora* (1935, 30 de septiembre). Barcelona, central del tráfico clandestino de estupefacientes para toda Europa. *Ahora* (Diario gráfico), 15.

17. *Ahora* (1932, 10 de septiembre). El vicio invencible de los toxicómanos. *Ahora* (Diario gráfico), 11; Kim (1932, 12 de septiembre). Las tragedias de los paraísos artificiales. *Ahora* (Diario gráfico), 13-18 y Barberán, José L. (1934, 28 de abril). Terrible patología de la intoxicación por el opio. *Ahora* (Diario gráfico), 15-18.

18. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (1935, 31 de agosto). Decreto disponiendo que las adquisiciones de sustancias estupefacientes por parte de los farmacéuticos se hagan por medio de un documento debidamente autorizado. *Gaceta de Madrid*, 1.683-1.684 y Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (1935, 1 de septiembre). Orden disponiendo que los farmacéuticos, para proveerse de las sustancias objeto de la restricción, harán forzosa y obligatoriamente sus pedidos mediante libros talonarios previamente autorizados y sellados por los Inspectores regionales de estupefacientes o quienes desempeñen sus funciones. *Gaceta de Madrid*, 1.747-1.750.

19. Ministerio de la Gobernación (1931, 24 de enero). Real orden anunciando concurso para la adquisición de 145 kilogramos de opio, 36 de extracto de opio, 45 de clorhidrato de morfina y 45 de clorhidrato de cocaína. *Gaceta de Madrid*, 483-484.

20. Ministerio de la Gobernación (1933, 19 de abril). Orden disponiendo la adquisición mediante concurso, con destino a la Restricción de Estupefacientes, de 50 kilos de opio en polvo, 30 kilos de extracto de opio acuoso, 300 kilos de hoja de coca y 100 kilos de cáñamo indiano, planta. *Gaceta de Madrid*, 471-472.

El paréntesis de la guerra civil

Durante la guerra civil, ante el incremento de las necesidades terapéuticas y la negativa del Comité internacional de Ginebra de suministrarle opio, el bando sublevado tuvo que recurrir directamente a los centros productores (Palanca, 1963: 101-102). Por lo demás, el principal cambio que introdujo la contienda fue la extensión del hábito del consumo de cannabis, importado al territorio peninsular por las tropas sublevadas en el norte de África que constituían la columna vertebral del ejército del general Francisco Franco. De tal manera, durante los tres años que duró la guerra llegaron a organizarse suministros regulares de kif y grifa, desde Marruecos hasta el frente, con conocimiento de la oficialidad de Intendencia, del Estado Mayor y hasta del Alto Mando. Incluso algún testigo llegaría a señalar que el cannabis fue la “mayor motivación espiritual” que impulsó al Glorioso Alzamiento Nacional, “al menos en las trincheras”.

Las políticas de drogas durante el franquismo

Tras la guerra civil, mientras el hambre y la miseria se cebaban en la mayoría de los españoles, muchas personas se apresuraron a congratularse porque la España de Franco, autoproclamada reserva espiritual de Occidente y aislada de la comunidad internacional, había resuelto satisfactoriamente el “problema social que planteaba el uso de estupefacientes” y se hallaba a la “vanguardia en la lucha preventiva y curativa”, gracias a la implantación de una “nueva moral” y de un “rígido control”.²¹

En realidad, hasta mediada la década de los sesenta, el consumo de drogas en España reunió unas características muy distintas a las de los países de su entorno, e incluso al modelo y pautas de uso que presentaba el propio Estado español antes de la guerra civil. El aislamiento político y cultural, así como el atraso socioeconómico, en combinación con el ideario del nacionalcatolicismo triunfante, configuraron durante todo el período autárquico del Régimen una eficaz barrera contra cierto tipo de sustancias y algunos hábitos de consumo, al tiempo que otras drogas y otros hábitos tomaron carta de naturaleza entre los españoles.

Aparte del café, tabaco y alcohol —considerado y promocionado como “cosa de hombres”—, los principales autores que han estudiado las distintas manifestaciones de ebriedad durante el franquismo destacan tres fenómenos típicos y característicos del modelo español:

- Un empleo masivo y generalizado de anfetaminas y barbitúricos, lo que daría lugar en el foro internacional a la denominación “droga española” para designar genéricamente a este tipo de psicofármacos.

21. ABIZANDA, Martín (1947, 21 de enero). Paraísos artificiales o infierno sin esperanza. *Semana*, 16-17.

- Un importante consumo de derivados cannábicos (kif, grifa, hachís) en ambientes marginales, entre los estratos inferiores e ignorados de la sociedad: legionarios, ex legionarios, soldados que habían cumplido el servicio militar por sorteo en Ceuta, Melilla y Sidi-Ifni, españoles residentes en el Protectorado de Marruecos, marineros, clientes del Barrio chino, asiduos de bailes populares, prostitutas, chulos, carteristas y otros delincuentes de poca monta, etc.
- Un considerable número de morfinómanos, más o menos tolerados e institucionalizados.
- Un uso de cocaína bastante extendido —y en algunos casos francamente inmoderado— entre los privilegiados del Régimen, es decir, aquel segmento social que no se veía sometido a privaciones económicas y podía divertirse: aristócratas, diplomáticos, tonadilleros y artistas de flamenco, gigolós, toreros, juerguistas de doble moral, famosos del mundillo del cine, del teatro y del espectáculo en general, estraperlistas de altos vuelos, algún que otro jerarca y capitoste del Movimiento, etc.

Bien mirado, aquel “rígido control” que ha permitido hablar a los historiadores de una paz farmacrática durante los primeros veinticinco años del régimen franquista se basó en gran medida en la perpetuación del uso de los carnés de extradosis o dosis extraterapéuticas autorizados durante la II República, que se mantuvieron efectivos hasta la entrada en vigor de la Ley por la que se actualizaron las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas.²² Y no sólo eso, sino que en 1948 el propio Tribunal Supremo llegó a considerar la cocaína como un “medicamento” de “escasez en el mercado” al declarar no haber lugar al recurso interpuesto por el Ministerio Fiscal contra una sentencia pronunciada por la Audiencia de Madrid en causa seguida contra varias personas, acusadas de un delito contra la salud pública.²³ Con lo cual, podemos decir que en el mantenimiento de esa paz farmacrática también tuvo que ver cierta visión autárquica del asunto. Por lo demás, los usuarios de drogas que escapaban al control impuesto eran conceptuados y perseguidos como auténticos delincuentes.²⁴

No se registrarían cambios en esta política hasta finales de los años sesenta, cuando personalidades como el doctor Ricardo Royo-Villanova, que fue Catedrático de Medicina Legal en Valladolid y Madrid y director de la Escuela de

22. BOE (1967, 11 de abril). Jefatura del Estado. Ley por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas, Boletín Oficial del Estado, 4.806-4.809.

23. Ministerio de Justicia (1948). Jurisprudencia criminal. Edición oficial. Madrid: Sección de Publicaciones. Colección legislativa de España. Primera serie. Tomo IV, volumen I, enero a abril, 286-287.

24. A. P. (1955, 4 de abril). Tribunales. Un toxicómano falsificó sesenta y ocho recetas en talonarios oficiales. Para que le despacharan estupefacientes en grandes cantidades. Madrid, 2; Camarero, Julio (1955, 9 de abril). La “grifa”, paraíso del hampa. *El Rubio* vendía a 225 pesetas el kilo de “tila”, que compraba en Marruecos a 45. Los “petardos” eran vendidos luego a peseta en la boca del “Metro” de la plaza de Lavapiés. El ochenta por ciento de los consumidores de esta droga son delincuentes habituales, Pueblo, 15 y Camarero, Julio (1956, 4 de septiembre). Un “marihuano” huye de la Casa de Socorro de Cuatro Caminos cuando estaba bajo los efectos de la droga. La «grifa» produce efectos delirantes y el ochenta por ciento de sus adeptos son delincuentes habituales. Es el estupefaciente que entra en España en mayor escala. Pueblo, 10.

Medicina Legal de Madrid, comenzaron a introducir tímidamente la idea de que a los toxicómanos había que tratarles como enfermos, no como delincuentes²⁵. Sin embargo, este nuevo punto de vista tardaría en ser admitido mayoritariamente al coincidir con la extensión del consumo experimental de psikedélicos —especialmente marihuana y LSD— entre las nuevas subculturas juveniles (beatniks, hippies, etc.). La consiguiente histeria antipsiquedélica que se desató entre los medios de comunicación y las autoridades gubernativas, especialmente intensa durante el bienio 1969-1970, se concretó en la creación de la Brigada Especial de Estupefacientes,²⁶ el sometimiento de la LSD, mescalina y psilocibina al régimen de control de estupefacientes,²⁷ la actualización de la antigua Ley de vagos y maleantes mediante la promulgación de la Ley de peligrosidad y rehabilitación social²⁸ y, finalmente, una nueva reforma del Código Penal.²⁹

El tema cobró nuevos atractivos para la prensa, que sustituyó el antiguo genérico “paraísos artificiales” por otro mucho más funcional: “la droga”. Por una parte, algunos iconos juveniles empezaron a ser relacionados con su uso y en los medios de comunicación saltaron los primeros casos escandalosos de dopaje entre deportistas de élite; por otra, se promovieron nuevos estereotipos, como el del politoxicómano y la denominada teoría de la escalada. Si bien, la prensa también comenzó a reflejar otros puntos de vista menos convencionales: argumentos en favor de la legalización de la marihuana, críticas a la criminalización de los drogadictos, diagnósticos de toxicomanía como enfermedad, censuras ante la escasez y deficiencia de recursos asistenciales, etc.

El prohibicionismo camuflado de prevención

Tras la muerte de Franco comenzó a detectarse en España la aparición de una nueva delincuencia juvenil, especialmente orientada contra la propiedad y caracterizada por la participación de jóvenes de familias obreras no mar-

25. Casado, Antonio (1969, 26 de septiembre). Royo Villanova, director de la Escuela de Medicina Legal: «Un drogadicto no es un delincuente». Pueblo, 44.

26. Jefatura del Estado (1967, 11 de abril). Ley por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas, Boletín Oficial del Estado, 4.806-4.809.

27. Ministerio de la Gobernación (1967, 17 de agosto). Orden por la que se someten al régimen de control de estupefacientes los productos alucinógenos en general y con carácter especial los denominados LSD-25, mescalina y psilocibina, Boletín Oficial del Estado, 11.591-11.592.

28. Jefatura del Estado (1970, 6 de agosto). Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social. Boletín Oficial del Estado, 12.551-12.557.

29. Jefatura del Estado (1971, 16 de noviembre). Ley sobre reforma del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 18.415-18.419; Ministerio de Justicia (1973, 12 de diciembre de 1973). Código Penal. Texto refundido. Boletín Oficial del Estado, 24.004-24.018; Ministerio de Justicia (1973, 13 de diciembre de 1973). Código Penal. Texto refundido. Boletín Oficial del Estado, 24.110-24.124; Ministerio de Justicia (1973, 14 de diciembre de 1973). Código Penal. Texto refundido. Boletín Oficial del Estado, 24.205-24.214 y Ministerio de Justicia (1973, 15 de diciembre de 1973). Código Penal. Texto refundido. Boletín Oficial del Estado, 24.278-24.291.

ginales y su progresiva implicación hacia formas cada vez más productivas de apropiación. En principio, las drogas tuvieron poco o nada que ver con el advenimiento de esta nueva delincuencia. De hecho, una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en abril de 1980 puso de manifiesto que todavía muy pocos españoles culpaban entonces al consumo y tráfico de drogas del descenso de la seguridad ciudadana (la mayoría lo atribuían al paro).

Sin embargo, poco a poco el empleo de sustancias psicoactivas dejó de ser algo experimental para convertirse en un hábito más de consumo. La demanda de drogas se manifestó sin cortapisas y la euforia disparó los niveles de empleo, al tiempo que se propició y generó una imagen cultural vagamente positiva de las mismas. Aunque la sustancia ilícita más consumida con diferencia era el hachís, el débil, por no decir inexistente, entramado de recursos preventivos y asistenciales se vio completamente desbordado con la irrupción del consumo masivo de heroína.

Según el citado sondeo CIS, el 48,8% de los españoles encuestados ya consideraban el “problema” de las drogas como muy importante y el 31,8% bastante importante. Era evidente que dicho problema ofrecía un tópico institucionalmente seguro sobre el cual unificar voluntades políticas, favoreciendo la aceptación de una legislación más estricta, mayores gastos en fuerzas del orden y más protección paternalista, lo cual fue aprovechado en aras de la estabilidad y consolidación política del nuevo régimen democrático.

En realidad, el sentido epidémico fue masivamente promovido antes que una verdadera epidemia existiera en realidad, pero, cual profecía autocumplida, hasta las más quiméricas apreciaciones de los medios de comunicación se hicieron reales en poco tiempo. De tal manera, si a finales de los setenta el consumo endovenoso de heroína había sido, en realidad, algo excepcional y vinculado a una especie de reto ético y estético de carácter contracultural, quienes se iniciarían a mediados de los ochenta lo harían ya únicamente porque formaba parte de su ambiente. Pero, además, el incremento de la delincuencia acabó por solaparse con la expansión del empleo intravenoso de heroína —y también cocaína—, de modo que ambos fenómenos terminaron por retroalimentarse y confundirse ante la opinión pública, inmersa en una crisis de pánico que ha quedado fijada en la conciencia colectiva como inseguridad ciudadana.

Gracias a una cobertura excesiva y desmesurada y a un ejercicio de dramatización —promovido por los medios de comunicación y ciertas instituciones públicas y privadas— “La Droga” pasó a un primer plano de actualidad. Todos sus males se identificaron con una sustancia-tipo (heroína), un consumidor-tipo (yonqui) y toda una coreografía típica (cuelgue, enganche, jeringas, agujas, palos, tratamientos, sobredosis, monos, etc.). El ejercicio ideológico proyectado por los creadores de opinión pública sobre los placeres y peligros de las

drogas duras —heroína y cocaína— no proporcionaba demasiada información, sino más bien un paquete de esquemas para interpretar una nueva realidad social, que implicaba la necesidad de organizar una empresa moral beligerante —maquillada de iniciativa terapéutica— para defenderse de “La Droga”, así como la obligación del Estado de financiar las soluciones y el tratamiento del “problema”. Todo esto cristalizaría en 1985 con la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).³⁰

Desde entonces, las llamadas políticas preventivas se presentarían como las opciones más justas y humanas frente a las políticas represivas. Sin embargo, a nuestro juicio el éxito de su implantación no ha sido del todo ajeno al carácter polisémico de su propio enunciado. En principio, una política preventiva englobaría cualquier iniciativa encaminada hacia la preparación y disposición anticipada con el fin de evitar un riesgo. Sin embargo, la definición del verbo “prevenir” encierra matices importantes. Por una parte, implica conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio y advertir, informar o avisar a alguien de algo, pero por otra también tiene el significado de precaver, evitar, estorbar o impedir algo, así como imbuir, impresionar, preocupar a alguien, induciéndole a prejuzgar personas o cosas. En rigor, pues, tan preventivo resulta aconsejar o informar a una persona para que modere el uso de cualquier sustancia, como mentirle acerca de sus efectos, imponerle un tratamiento, sancionarla económicamente, encarcelarla e incluso ejecutarla por el mismo motivo si así lo contemplara el ordenamiento jurídico-penal. De este modo, el prohibicionismo más férreo ha podido disfrazarse de prevención, como en el caso de China, donde las ejecuciones de consumidores y traficantes han sido justificadas por el gobierno chino como acciones ejemplares dentro de su política preventiva.

De la prevención a la reducción de riesgos y daños, pasando por el antiprohibicionismo

En octubre de 1985 otro sondeo del CIS puso de manifiesto que las drogas constituían el cuarto problema más grave de los españoles, después del paro, el terrorismo y la inseguridad ciudadana. Desde entonces y por mucho tiempo, el “problema” de las drogas ocuparía un lugar destacado en el colectivo imaginario de los españoles. Ninguna autoridad quiso entender, sin embargo, que gran parte de la alarma social generada por el “problema” tuvo que ver durante muchos años con una de las peores consecuencias de las políticas prohibicionistas: la corrupción, cada vez más visible y extendida, entre los agentes encargados precisamente de su represión.

30. *El Médico* (1985, 13 de septiembre). El objetivo fundamental del Plan Nacional sobre Drogas se centra en la lucha contra la heroína, *El Médico*.

Por eso, frente a la ineficacia e hipocresía de la política prohibicionista, incluso camuflada detrás del rostro más amable de la prevención, desde la segunda mitad de los años ochenta comenzó a desarrollarse un discurso anti-prohibicionista cada vez más pujante. Inicialmente este discurso fue sostenido por personalidades del mundo de la cultura (Fernando Savater, Antonio Escotado, Francisco Ayala, etc.), pero en pocos años fue calando en todos los ámbitos sociales. Las personas partidarias de la despenalización de las drogas no tardaron en contar con publicaciones, foros y asociaciones para hacerse visibles. Finalmente, la aparición de Internet resultaría decisiva para la consolidación de este movimiento antiprohibicionista. No obstante, la clase política española jamás ha tomado en serio ni se ha mostrado sensible a ningún tipo de opción despenalizadora.

Entre el clamoroso fracaso del prohibicionismo, en el sentido de lograr una sociedad libre de drogas y drogadictos, y la utopía antiprohibicionista, y ante el apremio que suponía la amenaza del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hacia finales de los años ochenta también comenzó a abrirse paso cada vez con más fuerza la noción de reducción de riesgos y daños como una especie de tercera vía o solución posibilista. La construcción de los primeros dispensarios de metadona y la campaña del Ministerio de Sanidad y Consumo bajo el eslogan “Que no te la pasen” (1987), promoviendo la utilización de jeringuillas desechables, podrían considerarse como los primeros intentos de asumir institucionalmente unos principios que ya no implicaban la abstinencia obligatoria. A esas primeras iniciativas seguirían los programas de intercambio de jeringuillas, las campañas de reparto de preservativos, la construcción de salas de venopunción, etc. Sin embargo, todas esas acciones gubernativas se llevaban a cabo sin renunciar a una noción preventiva, cuando su descrédito y vacuidad ya habían llegado a tal extremo que algún especialista ironizaba diciendo que se había pasado de “intentar prevenir” el consumo de drogas a “consumir prevención” (Arana, 2002).

De tal manera, las principales iniciativas en la búsqueda de soluciones pragmáticas, más acordes con la realidad, han partido de organizaciones no gubernamentales. En este sentido, merece ser destacada la labor de Energy Control, un proyecto creado en Barcelona en el año 1997 a partir de la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), para la gestión de placeres y riesgos en el consumo de drogas, entre cuyos principios está el respeto de la libertad individual de las personas y el tratamiento del tema del consumo de drogas como una cuestión de salud y no de moral. Tampoco podemos olvidar la asociación de usuarios y ex usuarios de drogas Ai Laket!!, que desde 2002 trabaja por la reducción de riesgos en el ámbito del País Vasco. Ambas entidades han sido pioneras en ofrecer a los consumidores de drogas el análisis de sustancias y la consiguiente información desprovista de moralina en el propio entorno de la fiesta y el ocio (discotecas, raves).

En la actualidad, gran parte de los conocimientos y las creencias sobre los que se ha sustentado el discurso prohibicionista han sido superados con creces y han quedado totalmente desfasados. Asimismo los sucesivos fracasos de las vías estrictamente represivas han sido admitidos por una amplia mayoría. Por otra parte, las políticas de drogas en clave normalizadora, en aras de un mundo más justo y plural, han sido ya objeto de numerosos estudios y debates, y desde la propia universidad se ha constatado que las políticas de drogas en España han evolucionado hasta convertirse esencialmente en unas políticas de reducción de daños (Martínón Quintero, 2006).

Por otra parte, y a medida que las políticas de reducción de riesgos y daños han ido ganando terreno, durante estos últimos años también se ha observado un acusado descenso de la percepción objetiva del problema de las drogas por parte de la sociedad española. Sin embargo, no se ha registrado ninguna disminución del consumo que justifique este cambio en el imaginario de los españoles, lo cual sugiere que el denominado “problema” de drogas era un fenómeno más mediático que real, y en cualquier caso estaría más relacionado con su abordaje institucional que con el propio empleo de sustancias psicoactivas.

Para finalizar, quién sabe si una vez superado el pánico social alimentado por la exageración y una vez asumida la idea de la reducción de riesgos y daños como un objetivo prioritario el siguiente paso sea sumarse a las políticas decididamente antiprohibicionistas emprendidas recientemente por otros Estados (Uruguay, Washington, Colorado).

Referencias bibliográficas

- ARANA, Xabier (2002). “Drogas: Prevención del uso indebido y usos (¿indebidos?) de prevención”. En Amando Vega (coord.), *Qué política para qué prevención* (87-104). Donostia: Hirugarren Prentsa.
- JUARROS, César (1920). *Tratamiento de la morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja.
- MARTÍNÓN QUINTERO, Ruth (2006). *Las políticas de drogas en España (1982-1996) a través del marco de las coaliciones promotoras. Un estudio del cambio en las políticas públicas* (Tesis inédita de doctorado). Departamento de Ciencia Política y Sociología de la Universidad Carlos III de Madrid.
- PALANCA, José A. (1963). *Medio siglo al servicio de la Sanidad Pública*. Madrid: Cultura Clásica y Moderna.
- Usó, Juan Carlos (2012a). “Una cruzada frustrada (1910-1915): el periódico *El Abstemio* y la Liga Antialcohólica Española”. En Usó, Juan Carlos (ed.), *Píldoras de realidad* (127-145). Madrid: Amargord.
- Usó, Juan Carlos (2012b). “La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República”. En Juan Carlos Usó (ed.), *Píldoras de realidad* (177-191). Madrid: Amargord.

LA GÉNESIS DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS

Un antídoto al canibalismo simbólico

Òscar PARÉS FRANQUERO

Secretario Fundación ICEERS

oscarpares@iceers.org

Introducción

La reducción de riesgos por su polisemia y heterogeneidad nos revierte a pensarla como un fenómeno que algo expone y, a su vez, algo esconde. En este sentido, hay unos caminos que nos llevaron a ella y también hay unas sendas que de ella emanan. El texto que tenemos entre manos es un ejercicio que tiene como fin plasmar en unos pocos folios, y de forma programática, lo que podría ser un abordaje más exhaustivo y académicamente justificado de una génesis y una teleología de la reducción de riesgos.

A finales de los noventa aconteció un *boom* relacionado con el ocio nocturno y el consumo recreativo de drogas. Ninguno de los dos era realmente un fenómeno nuevo *per se* fue la sinergia entre ambos la que se acompasó al estilo de vida de los y las jóvenes y precedió al surgimiento de los grupos de reducción de riesgos en el contexto europeo. Veamos, seguidamente, algunas de sus esencias.

Ecuaciones constitutivas

La dialéctica del antiprohibicionismo

A lo largo de los últimos 30 años, en el marco del Estado español, han sucedido múltiples experiencias y se ha acumulado un poso antiprohibicionista memorable. Pese a que la Constitución Española recoge, en su artículo 10.1, el derecho fundamental a “el libre desarrollo de la personalidad” los argumentos prohibicionistas y la hipocresía social que les rodea nunca fueron debatidos en público. Los núcleos antiprohibicionistas han sido dispersos y fragmentados; contracultura, mundo artístico, asociacionismo libertario, etc. Remarcable fue la publicación, en 1991, del Grupo de Estudios de Política Criminal, una asociación de juristas españoles, proponiendo un proyecto alternativo al código penal relativo a las drogas (esperan respuesta desde entonces). Ineludible es el blog Mundo Antiprohibicionista, en particular, y los libros y publicaciones, en general, de Juan Carlos Usó en el relato del prohibicionismo hispánico.¹

1. Blog Mundo Antiprohibicionist@ <<http://perso.wanadoo.es/jcuso/index.htm>>.

El debate antiprohibicionista, en el Estado español, fue siempre una lucha minoritaria. El hecho de que la prohibición viniera refrendada por las convenciones de Naciones Unidas hacía la contienda más utópica todavía. Los individuos y colectivos que querían hacer propuestas no encontraban con facilidad redes a las que unirse. Además, estuvo muy presente el imaginario traumático que afectó a toda una generación debido al incremento del consumo y las muertes relacionadas con las drogas inyectadas.

Poco a poco, el paso de la reflexión a la acción se fue desdoblado. Por un lado, parte de los antiprohibicionistas más militantes se embarcaron en la aventura del cultivo compartido de cannabis mientras, otro derrotero, se dedicó al florecimiento de la cultura cannábica y antiprohibicionista escrita en multitud de soportes, el caso paradigmático es la revista *Cáñamo*. Al entrar al nuevo milenio, una nueva generación que ya no había vivido bajo el régimen franquista, que había crecido en paralelo a la explosión de la telemática y la música electrónica y que, incluso, algunos habían compartido algún canuto con sus padres, buscaba ávidamente espacios de participación más acordes con sus intereses. Los primeros grupos de reducción de riesgos, para poder ser operativos, dejaron de lado la reivindicación antiprohibicionista. Lo que cambió, en esencia, fueron las preguntas e inquietudes respecto a la generación anterior. No estamos hablando de que los diferentes frentes fueran compartimentos estancados e incommunicados, pero sí que cada uno tenía sus objetivos y dinámica propia. La reducción de riesgos a nivel estratégico, optó por enfrentar los riesgos derivados del prohibicionismo más que problematizar el prohibicionismo mismo.

A veinte años vista de sus inicios, si juzgamos cuál de estas iniciativas ha obtenido un reconocimiento más amplio, sin duda, la que ha crecido más exponencialmente es la reducción de riesgos. El recorrido que ha trazado el ejercicio de la reducción de riesgos ha retroalimentado muchos otros frentes relativos a cómo la sociedad y sus miembros se relacionan con el consumo de drogas. La reducción de riesgos empezó siendo un discurso *underground*, incomodo y revelador. A finales de 2012, tiene el reconocimiento de las máximas instituciones europeas.

Personas, territorios y patrones de consumo

En sus inicios, la práctica de la reducción de riesgos se focalizó en acudir a espacios de ocio en los que se presumía una alta incidencia de consumos recreativos para ofrecer y recoger información relacionada con dichos consumos. Este trabajo rápidamente reveló algo que las estrategias abstencionistas habían mantenido velado, a saber, que hay que conocer a quién diriges el mensaje y cuáles son sus prácticas en relación al consumo si se pretende que el mensaje (y por ende los recursos dedicados) sea efectivo. La reducción de

riesgos permitió afinar los mensajes, conocer mejor a la población diana y extender este conocimiento fuera del campo de la fiesta y el ocio nocturno.

Cada droga por separado tiene unas características particulares que hacen que no se pueda equiparar, más allá de rasgos generales, a las otras drogas. Cada persona y grupo tienen un patrón de consumo particular y una vivencia de los efectos del mismo de una manera subjetiva o intersubjetiva. Hay que hacer referencia a la evidencia de que los efectos del consumo en el comportamiento están tan determinados por normas, reglas y contexto cultural como por la acción química de la sustancia. Por ejemplo, existe una enorme variación transcultural en el comportamiento de las personas al beber alcohol. La variación no se puede explicar acudiendo a los diferentes niveles de consumo. Las diferentes creencias culturales sobre el alcohol, las diferentes expectativas sobre sus efectos y las diferentes normas sociales sobre el comportamiento del ebrio son elementos más claramente relacionados con dicha variabilidad cultural. Solamente recordar el marco conceptual “drug, set and setting” que Norman Zinberg ofreció en 1984, delimitó el terreno de juego que permitió ir identificando variables en la explicación de la complejidad inherente a la experiencia con el consumo de drogas.

La desinformación inherente a la prohibición

La creencia de que las leyes contra las drogas se sustentan sobre bases científicas y racionales es, en gran parte, errónea. Las actuales políticas de drogas, al focalizar el problema en la epidemiología; en los índices de consumo, generan un imaginario en el que, quien consume, rápidamente se engancha. No es infrecuente que quien consuma una sustancia por primera vez *ipso facto* desacredite toda la propaganda oficial que ha recibido y, por ende, deje de confiar en futuros mensajes. La realidad es que entre el 80 y 90% de las personas que consumen una droga no desarrollan una adicción.

Se sigue gastando mucho dinero público en dar información y hacer prevención entre los más jóvenes. La mayor parte de este dinero se traduce en una campaña de desinformación farmacológica para justificar la guerra contra las drogas. Los mensajes telegráficos no responden a las preguntas que se les plantean a los más cercanos al consumo interesados en otros aspectos, que no suelen abordarse. Es más, los mensajes que alertan de la supuesta peligrosidad de las drogas, en oídos de una parte de los y las jóvenes, les da más publicidad que otra cosa. El discurso del miedo, como decía Hobbes, es esencial para que los hombres renuncien a su libertad.

La ganancia que ofreció la implementación de la reducción de riesgos en los espacios de ocio fue que focalizó ya no en los índices de consumo sino en las problemáticas basadas en un criterio de realidad; lo que efectivamente acontecía a la persona consumidora. La información que se empezó a difundir no tenía como objetivo principal predicar la abstinencia de los fiesteros, sino

la minimización de los riesgos y maximización de los placeres relacionados con un determinado patrón de consumo.

Con el paso de los años y de ir tamizando con el filtro de la reducción de riesgos, ha quedado constancia de tres elementos cruciales; consumir no es igual a tener problemas de consumo, hay un consumo responsable de drogas y el consumidor se preocupa por su salud. Lo que en su día empezó a partir de folletos sobre la MDMA, a día de hoy, es un conocimiento argumentado de las sustancias con potencial recreativo y un amplio compendio de estrategias de contacto con el consumidor y la comunidad que le rodea.

Etnocentrismo, estigma y el chivo expiatorio

No podemos afirmar que sea a partir del descubrimiento y consumo de una nueva sustancia cuando se genera un sistema nuevo de valores que da pie a un nuevo núcleo cultural, pero tampoco podemos negarlo. Seguramente la respuesta estará en un término medio. ¿Podía uno ser *hippy* sin haber probado la LSD? o, ¿es a partir de una toma de LSD que uno se certifica como *hippy*? Si la cultura es un fenómeno complejo, holístico y dinámico, reflejo de nuestra esencia cognitiva, entonces las drogas y la historia de su utilización juegan potencialmente un papel importante en ella.

Es común entre humanos que, para sentirnos seguros, tengamos algunas categorías muy interiorizadas que nos den una cierta identidad como personas, comunidades y colectivos. Es irónico comprobar que, en función de la parte del planeta en que uno se encuentre una misma sustancia es adorada o condenada. Por ejemplo, para algunos el vino es cultura y para otros pecado. Un patrón que se repite, y no hace falta ir a la otra punta del mundo para experimentarlo, es aquel que permite experimentar un sentimiento de unidad entre personas que comparten una *philia* por una sustancia y, a su vez, desprecian el consumo de cualquier otra. Esto es común que pase entre sociedades, entre generaciones o entre sub-culturas. Los productos que consumimos nos diferencian y nos dan identidad, los productos que despreciamos, también.

La mentalidad moderna sigue arrastrando los mecanismos de control social de antaño. Por ejemplo, en los mecanismos de estigmatización que no han hecho sino ir cambiando constantemente de objeto, sin modificar para nada su objetivo: señalar un grupo, real o inventado, como intrínsecamente culpable de las desgracias que afectan o podrían afectar a la sociedad. Tras de estos dispositivos de marcaje, ejercidos desde la mayoría social o/y desde el Estado, se agita la idea de que la expulsión, desactivación o eliminación física de esa minoría a la que se atribuye una actividad conspirativa maligna liberará al conjunto social de algún mal que la afecta. Erving Goffman explica brillantemente las múltiples caras y consecuencias del estigma (Goffman, 2003). La aplicación de las leyes prohibicionistas se ha convertido en un mecanismo

de racismo institucionalizado. El racismo es canibalismo simbólico. Bajo ese férreo precepto, practicas tradicionales y culturas ancestrales han sido criminalizadas y perseguidas y grupos raciales minoritarios han sido castigados con total desproporción. Bajo ese precepto, unas culturas han aniquilado a otras.

Los toxicómanos, drogodependientes, traficantes y la categoría “droga” han operado como un chivo expiatorio para la sociedad actual. En la Grecia arcaica, la persona a la que se sometía a una expulsión ritual de la comunidad era llamada *pharmakos* y su significado era chivo expiatorio o medicinas humanas. Los estudios apuntan a que hacia el s. VI a.C esta práctica fue abandonada y la palabra pasó a significar medicina, droga y veneno.

Lo que se nos revela en este apartado, analizando la función y la utilización de la categoría droga es que esta ha permitido articular la llamada violencia simbólica, que es aquel mecanismo de dominación del que depende que los dominados entiendan, acepten y reproduzcan los términos de su propia dominación. En este sentido, la categoría droga, ha servido para sustentar lo que desde la antropología de Bourdieu se ha denominado también *habitus*, a saber, proceso de reproducción cultural y naturalización de las relaciones sociales y de los términos asimétricos tal y como se producen (Bourdieu, 1997). Las relaciones sociales se convierten en relaciones simbólicas y terminan por encarnarse en cada sujeto. Los mecanismos que producen al otro son, sobre todo, artefactos denominativos. Todo nombre implica una nomenclatura y toda nomenclatura, una localización social. Por lo tanto, a la que recibimos de los otros una identidad supone la adjudicación de un lugar específico en el mundo.

Los sistemas de clasificación son instrumentos cognitivos, pero por encima de eso, son instrumentos de poder y de control. Explicó Max Weber que la dominación no consiste simplemente en dominar, sino en la probabilidad de obtener obediencia.

Abstencionismo, reducción del daño y reducción del riesgo

Los principios de los que parte la reducción de riesgos son los mismos en los que se basa la reducción del daño pero con un público, un patrón de consumo y un contexto muy diferente al relacionado con el consumo inyectado de heroína y cocaína de la década de los ochenta: paradigma de la reducción del daño. No es que con anterioridad a estas estrategias de intervención sociosanitaria y educacional no se dieran prácticas de reducción de daños o riesgos entre personas. Es evidente que se dieron. El precedente se inicia en la medida en que las administraciones públicas empiezan a legitimar, mediante la adjudicación de recursos públicos, el parche a una herida que sigue sin suturar.

La gran virtud de la reducción de daños y riesgos respecto su intransigente hermano mayor, el abstencionismo, es que permiten actuar en base a la realidad y no en exclusiva por y para un idealizado “mundo libre de

drogas”. La reducción de daños se enfrentó en su momento a una forma de segregación espacial, se ocupó de lo que había quedado en los márgenes de la sociedad. Estas dos estrategias han permitido la emergencia social de las personas consumidoras, y con ello, una ventana al diálogo y a un mejor entendimiento. El abstencionismo, en cambio, favorece secretos, engaños, mentiras, excusas, culpas, etc. De aquí no se infiere que finalizar con el abstencionismo comporte el fin de las mentiras. La población destinataria de los programas de reducción de daños ha sido históricamente incómoda, si acaso incordiosa o sin decoro –sobre todo para los gestores de las ciudades pensadas para el *shopping*– para la administración pública pues se versa sobre población que vive al margen de la sociedad, en un limbo y con un gran estigma. Estos, al ser más vulnerables y desfavorecidos, han sido silenciados con lo que, públicamente no han optado a voz ni voto. La cruda realidad revela, en última instancia, que su muerte o enfermedad han hablado sobre ellos.

Las intervenciones de reducción del daño habían sido diseñadas para reducir el daño asociado al consumo a partir de incidir en los comportamientos de alto riesgo. Los profesionales de dicho campo entendieron entonces que había que reconceptualizar la noción de causalidad sobre qué era un daño y esto se facilitó a partir de ir separándose de nociones más cercanas de riesgo para incorporar nociones más distantes de vulnerabilidad. Para ampliar la noción de vulnerabilidad se empezó a barajar el marco conceptual de los derechos humanos. La vulnerabilidad va más allá del riesgo. La vulnerabilidad incorpora la complejidad de los factores subyacentes que promueven resultados dañinos del consumo de drogas. Podríamos definir la vulnerabilidad como la predisposición a los riesgos de los daños asociados al consumo. Los factores de vulnerabilidad constriñen las elecciones y limitan la acción. Los factores estructurales (pobreza, racismo, sexismo, etc.) influyen en la vulnerabilidad de los individuos y los grupos. Y es que, finalmente, lo que determina un daño no es el consumo sino las circunstancias en que se da el mismo.

De esta reflexión podemos extraer que la reducción del daño oculta y a la vez que revela que la responsabilidad en el problema de las drogas, no atañe a las personas que consumen drogas sino a toda la sociedad en su conjunto. Es significativo que a más de 30 años de sus inicios, todavía hoy, no hay una definición aceptada internacionalmente de lo que es la reducción del daño.

Por otro lado, el relato que emerge de la óptica de la reducción de riesgos es el de una población normalizada y transversal –socioeconómicamente hablando– que integra en su vida de manera natural el hecho de salir a bailar, divertirse y consumir drogas. La reducción de riesgos, al incluir en su ecuación las variables sustancia, persona y contexto pudo distinguir y operar mucho más allá del plano de análisis mayoritario en que todo empieza y acaba por y en la sustancia.

La educación social y el Tercer Sector

Sea lo que fuere la desigualdad social o los colectivos de riesgo y/o vulnerables no siempre han tenido la misma consideración y/o trato oficial. Durante mucho tiempo, el agente que dio amparo a los más pobres fue la Iglesia. En nuestro contexto, a medida que se erigió el estado del bienestar, otras organizaciones laicas, fundaciones benéficas, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, etc. Poco a poco, fueron ocupando y compartiendo el espacio de la respuesta a las desigualdades sociales. De dicha necesidad social surgieron teorías, libros, especialistas, carreras universitarias, subvenciones públicas, telematrones, servicios, programas, estrategias, sitios de trabajo, tesis doctorales, etc. La educación social es un ejemplo paradigmático de este desplazamiento. El educador social es un agente especialista en la desigualdad social.

La acción social respecto las desigualdades es una necesidad incontestable. La acción social crítica respecto las desigualdades sociales es un imperativo. Es un imperativo si se pretende transformar las causas de la desigualdad.

La Iglesia dispensaba una atención principalmente moral y/o espiritual al sufrimiento ajeno y, en la medida de lo posible, un servicio en términos de alimentación y cobijo. En el caso de las drogas y en el marco del estado del bienestar, fueron psicólogos, médicos y educadores sociales quienes dieron una respuesta psico-bio-social al objeto de su dedicación. Este conjunto de profesionales y organizaciones, hacen equilibrios en una delgada línea roja; reciben dinero para paliar los efectos de un sistema que genera desigualdades y, a la vez, pretenden acabar con las desigualdades. Su trabajo (intencionalmente precarizado) acabaría en el momento que acabaran las desigualdades.

Las implicaciones de este estado de las cosas para nuestro campo de reflexión toma, por ejemplo, la siguiente forma; no es políticamente correcto que una entidad que recibe dinero público para hacer reducción de daños o reducción de riesgos señale que es prioritario reformular las actuales políticas prohibicionistas puesto que quien le sustenta es quien a su vez promociona dichas políticas. Lo paradójico es que sin las organizaciones del Tercer Sector (que orquestaron con mucho sacrificio la reducción del daño y riesgo), estas formas de acción no hubieran existido. De aquí la necesidad estratégica de lo políticamente correcto. Al dejar de lado que las actuales políticas de drogas generan más daños que el consumo de drogas en sí, durante veinte años, la reducción de riesgos ha avanzado dentro de un marco de actuación posibilista, conceptualizando una enorme cantidad de riesgos que se derivan del consumo recreativo de drogas, de hecho, ha ido incrementando progresivamente el presupuesto público para dedicarse a ello.

Esta trayectoria ha comportado que fuera de su ámbito, para la sociedad civil, y de una forma paulatina, una creciente percepción que las drogas y sus problemáticas van más allá de lo psico-bio-social y que se trata de un tema

de libertades fundamentales. El problema de las drogas ha pasado, en quince años, de ser la tercera preocupación para la sociedad española a ocupar la posición veinte en dicho ranking.

La educación social ha conseguido visibilizar no solo la desigualdad, sino también las causas de la misma. La tensión entre tratar un problema o tratar las causas del problema abre una brecha hacia el corazón de las apariencias.

Las políticas locales de drogas

Las implicaciones de los mandatos de Naciones Unidas y los convenios internacionales, al ser interpretados por cada país han generado un amplio espectro de maneras de lidiar con las drogas. Los países del norte de Europa, por ejemplo, incorporaron muchos años antes el intercambio de jeringuillas que en las regiones del sur. En Rusia, a día de hoy, te pueden mandar a la cárcel por defender en público la necesidad de los programas de intercambio de jeringuillas. Estas grandes diferencias en el campo de la reducción del daño también se manifiestan, en otra escala, en el marco de la reducción de riesgos; hay países que hace años que ofrecen un servicio de análisis de sustancias, hay otros en los que esa práctica es delito.

La conjunción de regiones con una mentalidad más abierta con los costes del prohibicionismo ha puesto en jaque a las políticas globales sobre drogas. Ya sean personas, comunidades o colectivos, en la mayoría de cambios sociales y políticos es el empoderamiento de las bases que comporta la problematización de las injusticias o de maneras más justas de organizar la sociedad, en definitiva, la convivencia.

Los medios masivos² de comunicación

La opinión pública se conforma en gran medida en base a las interpretaciones de la realidad que ofrecen los medios de comunicación masivos. Tal y como pasa en tantos otros campos profesionales, el problema o crisis del periodismo no es que las personas que interpretan este oficio estén más o menos cualificadas para ello. El problema no está en la agilidad intelectual ni en el saber de los periodistas, sino en los propios límites mentales que impone la dinámica de los medios de comunicación de masivos.

Un sector de los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogas siente desolación al ver cíclicamente repetidos en prensa los mismos tópicos: “la ruleta rusa en la pista de baile”, “empezar por un porro y arruinar su futuro”, “fracaso escolar”, etc. Es deprimente ver la servidumbre que encadena a

2. Del inglés *Mass Media*. *Mass* significa tanto masa como masivo. Habitualmente, se traduce por el primero, pero es más exacto el segundo. El medio canaliza mensajes de forma masiva; lo que sea o deje de ser el receptor es otro debate ¿Quién se siente masa?

un público al que constantemente hay que confirmarle que el mundo es como la mayoría se imagina. La clave del éxito para muchos periodistas es servirle cuanta carnaza pueda a su audiencia, no defraudar jamás sus expectativas. La senda del sensacionalismo en los temas referentes a drogas es inagotable. El rigor y el análisis profundo brillan por su ausencia.

Cada vez hay más estudios apuntando que algunos de los problemas relacionados con el consumo de drogas han sido catapultados al estrellato gracias a la intervención de los medios de comunicación masivos. La popularización cuántica del “botellón” entre los y las jóvenes del Estado español es un claro ejemplo de ello, no se entiende que una practica minoritaria haya pasado en tan poco tiempo a ser una marca nacional sin la atención/cobertura/publicidad/promoción que le dieron los medios de comunicación en el Estado español. Los medios de comunicación pusieron de moda “el botellón”.

Hay varios estudios que nos indican los efectos secundarios del sensacionalismo. En el Reino Unido, cada aparición en prensa de noticias sobre muertes de jóvenes que habían tomado mefedrona (*research chemicals*) comportaba un pico en el aumento de búsquedas en Google para comprar Mefedrona (Forsyth, 2012).

El ejemplo palmario del efecto bumerán, como se explica en el blog Narcoguerrilla (2006), es el de la campaña destinada a reducir el consumo juvenil de drogas en EEUU, de 1998. Fue la llamada National Youth Anti-Drug Media Campaign, con un coste de más mil millones de dólares y participación de todas las grandes cadenas de TV. Cuando el NIDA comenzó a evaluar los resultados de la campaña en 2002, los expertos encontraron que cuanto más recordaban la campaña los jóvenes, más favorable era su actitud hacia el consumo y menos capacitados se sentían para resistirse a eventuales ofertas de probar el cannabis. Además, al ser presentado el consumo de cannabis como algo generalizado entre sus iguales, los menores hacían abstracción del mensaje principal (no tomes drogas) y se quedaban con el mensaje secundario (todo el mundo lo hace).

La Sociedad de Consumo, el mercado del ocio y la compulsividad

Mucho se ha escrito sobre este tema, pero para nuestra misión es pertinente encauzar que el consumo de drogas no es un fenómeno aislado y con una lógica exclusiva. El consumo de drogas es una práctica más en una sociedad de consumo en la que las drogas son condición de posibilidad del narcotraficante con las leyes prohibicionistas, es por eso que, pese a que pueda parecer una paradoja, los narcotraficantes son ultra prohibicionistas, *business is business*.

La mayor parte de las personas consumidoras con una finalidad recreativa ejercen dicha elección dentro de los espacios de ocio. A día de hoy, ocio, diversión y consumo son elementos entretnejidos. Para entender uno tenemos que

integrar a los otros dos en la reflexión. Eso nos indica que el consumo no es un elemento, para las mayorías, que tenga un interés *per se*, la gente elige libremente dónde, cuándo y por qué consumir. Los problemas de salud se dan por que se pierden los límites, el cauce, por que se descontextualizan los consumos. ¿De dónde? del ocio y la diversión. Los riesgos del consumo, a menudo, dependen más de la actitud, normas y expectativas de la persona consumidora (y allegados) que de lo que consuma o deje de consumir. Una sociedad que fomenta la compulsividad y la satisfacción inmediata –sea con drogas, dinero, poder, éxito, sexo o relaciones personales– será una sociedad de la desmesura. Culpar a las drogas de ello, es una explicación simple a un problema complejo.

La marca reducción de riesgos

El surgimiento de la reducción de riesgos no se explica sin la participación comunitaria de las personas cercanas a los contextos de ocio, fiesta y baile vinculados a la música electrónica. Tampoco sin profesionales que se hacen preguntas en base a lo que acontece en dichos espacios más allá de lo que acontece en los libros sobre consumo de drogas.

La reducción de riesgos surgió de ese compromiso. Dicha sinergia tenía muchos componentes. Uno de ellos de pedagogía social. Las personas jóvenes querían explicar y colaborar en dar respuesta, en sus propios términos, a lo que acontecía en su mundo. Las muertes por MDMA en distintas discotecas desataron una alarma mediática brutal, en parte, debido al impacto, pocos años antes, del consumo de heroína en la sociedad; por un lado, se habían creado muchos intereses y, por el otro, el inconsciente colectivo había quedado traumatizado.

Las condiciones materiales de los primeros proyectos de reducción de riesgos eran precarias, en dicha práctica había, como se ha dicho antes, un grado de compromiso social y ganas de hacer cosas. Había contestación, crítica. En ese sentido, el surgimiento de la escena rave comparte algunos principios con el de la reducción de riesgos. Los jóvenes expresan en nuevos espacios lo que se les niega en otros sistemáticamente.

Por todo esto, los primeros años de la reducción de riesgos implicaron la generación de una fórmula de intervención muy ligada a una reivindicación de espacios propios, de un look singular, de nuevas formas de consumo de ocio, etc.

Los primeros grupos de reducción de riesgos y espacios de baile con música electrónica surgieron en entornos urbanos y, muy rápidamente, se extendieron. La hiper-oferta de fiestas hacía imposible la cobertura de las mismas por parte de los pioneros de la reducción de riesgos. Las entidades que dieron cobijo a dichos proyectos facilitaron la llegada de dinero público para ir poco a poco, consolidando las iniciativas. Es en ese momento en el

que la lógica de la reducción de riesgos hace un paso más allá de la ideología junto a la que había surgido. Toda entidad es un reflejo del conjunto de las personas que la integran. A medida que nuevas entidades entraron en escena, la reducción de riesgos se fue desligando o, de ella se fueron escindiendo, algunos de los componentes ideológicos con los que se había erguido para dar pie a otras misiones, valores e intereses.

En algunos extremos se han visto cosificaciones de la reducción de riesgos con grandes escotes y minifalda, con pistola y placa, con bata blanca, con chaleco salvavidas, con el hábito bajo la camiseta, con la industria del alcohol como promotor, etc. El abanico de *outputs* de los stands de reducción de riesgos abarca desde conversaciones que han sido el motor del cambio en la vida de alguien hasta un chupachups con sabor a fresa. Todo esto hablando desde un plano institucional o institucionalizado. En efecto, han existido otras fuentes de reducción del riesgo; por ejemplo, está comprobado que la fuente de información a la que las personas damos más credibilidad son nuestros iguales (y más entre jóvenes). Nada nos condiciona más que la información que recibimos de nuestro círculo relacional más estrecho. Si uno lo pretende, es más fácil dejar de fumar si lo hace tu mejor amigo que no devorando toda la literatura de auto-ayuda relacionada con el tema. En este sentido, de y entre la sociedad civil se ha hecho reducción de riesgos, las personas han extendido por sus redes argumentos y prácticas que van más allá de los mensajes telegráficos hegemónicos. En cuanto a las personas que tienen relación con el consumo, es habitual que identifiquen a alguien con el rol de experto, y acudan a él o ella para encontrar alguna certidumbre más allá de la desinformación convencional.

Otro agente de reducción de riesgos muy controvertido es el traficante. Hay muchos tipos de traficante. Como en todos los campos profesionales hay personas más o menos capacitadas para su trabajo. Estar capacitado para manejarse en el mercado negro implica tener varias aptitudes. En un plano de “Responsabilidad Social Corporativa”; los traficantes asesoran a sus clientes. Las personas que trafican tienen un gran estigma en parte dado porque socialmente se les presenta como los que se lucran de las adicciones y sufrimiento ajeno. Esa imagen está distorsionada pues el fenómeno de la adicción afecta entre un diez o veinte por ciento de las personas que consuman tal o cual sustancia. Los traficantes también se lucran del ochenta por ciento restante. Es posible que sean de los agentes de reducción de riesgos más decisivos en relación a que no haya más accidentes relacionados con el consumo. Su papel es fundamental. Como muestra de ello resaltar la experiencia de Techno+, un grupo pionero de la reducción de riesgos surgido en París, que mantienen una intervención conjunta con vendedores de drogas para que, por un lado, estos incorporen conocimientos de reducción de riesgos y, por el otro, la ONG pueda anticipar tendencias y/o accidentes. Y es que no se presenta a

los farmacéuticos como aquellos que se lucran de la adicción a cantidad de fármacos por parte de sus clientes, al contrario, se valora mucho su labor pedagógica y atención a las personas. Las sustancias ilegales son fármacos sin receta, prospecto ni control de calidad. Esto no es una imposición, es una deriva histórica justificada por unos intereses que difieren de los que se han presentado públicamente. Es interesantísimo el análisis sociológico de la figura del narcotraficante, de hecho, no existe una única figura como tal. A veces divinizados, otras cosidos a balazos, los hay que han pisado el Olimpo, otros arden en el infierno. Incidir de una manera determinante en esta tragedia griega contemporánea, no depende de los actores sino de los guionistas.

Las personas que se han dedicado desde la ciencia a la investigación con drogas en concreto y a la adicción en general, han sido a veces también víctimas y verdugos del paradigma prohibicionista. La hemeroteca deja constancia de la instrumentalización de los resultados de estudios científicos con el fin de legitimar premisas morales e ideas preconcebidas. En muchas otras ocasiones, sus resultados han alimentado de información pertinente a los mensajes de los proyectos de reducción de riesgos.

A un macro nivel, la evidencia científica revela que las listas que clasifican las diferentes sustancias ilícitas según su peligrosidad, en las convenciones unidas, no se basan en criterios médicos o científicos sino puramente políticos. A un micro nivel, pese a que los índices de consumo de sustancias ilícitas son considerables, implican millones de personas, es una odisea para los equipos de investigación encontrar financiación y apoyo que les permitan hacer estudios con drogas.

Por último, a nivel de fuentes de información es fundamental resaltar el papel de Internet y del hipertexto para entender la velocidad de crecimiento y propagación de la reducción de riesgos. Más allá del ámbito de las drogas, Internet es una herramienta que puede jugar un gran papel en contra de los discursos unidireccionales.

Hay una correlación entre la cantidad y calidad del nivel de implementación de proyectos de reducción de riesgos en los diferentes territorios del Estado español y el color político de sus gobiernos. Durante las dos últimas décadas la reducción de riesgos ha sido atacada, vetada, dejada de lado, criticada, humillada y un largo etc., por no pocos políticos y drogabusólogos. Su truco es claro, conseguir una particular sociedad moral y saludable a cambio de renunciar a la libertad general. La estrategia es mantener un *status quo* mediante culpa y ciencia cargada de moralina.

La contribución de la reducción de riesgos en las distintas realidades particulares ha sido desigual, discrepante e incluso contradictoria, pues las ideologías o valores subyacentes a quienes le han dado vida así lo promulgaban. Su contribución a la realidad global, ya no a nivel de prácticas, sino

a nivel discursivo o representativo, ha abierto una brecha para la reflexión, las preguntas, el conocimiento y al empoderamiento individual, comunitario y colectivo. Esto ha reforzado de argumentos al estado de sitio que vive el prohibicionismo y sus funestas consecuencias en nuestros días. En este sentido, todas las encarnaciones de la reducción de riesgos han tenido un valor, cada una en su medida y peso. Cada granito de arena que se haya cimentado en este campo ha actuado a favor de una mirada distinta al mero “Di No!”, al omnipresente mensaje abstencionista fomentador del miedo.

Los profesionales de la reducción de daños y riesgos han reivindicado históricamente que los usuarios de drogas merecen el mismo respeto y dignidad que los demás usuarios de los servicios de salud. Pero dentro del paradigma de la reducción de daños y riesgos ha surgido una tensión creciente en relación a los valores que expone. Esta tensión se expresa en dos polos:

- La versión que identifica la reducción de daños y riesgos como un movimiento basado en los derechos humanos. Esta línea defiende que el consumo de drogas es un derecho humano.
- La versión que prioriza la Salud Pública entendida como la optimización de la salud de los afectados por encima de todo.

Priorizar los Derechos Humanos o la Salud Pública nos lleva a diferentes conceptos de la reducción de daños y riesgos y diferentes formas de acción correcta.

Priorizar la Salud Pública, en algunas circunstancias, puede ser plenamente coherente con las políticas prohibicionistas, si estas reducen el daño. Por el contrario, la versión de los derechos humanos subordina las consideraciones de Salud Pública al derecho a consumir e implica el apoyo a políticas que, a veces, pueden incrementar el daño.

Este debate tiene implicaciones teóricas y prácticas sobre qué es la reducción de daños y riesgos, sobre qué hacen dichos profesionales en su práctica, sobre qué tipo de sociedad propugnan y cómo proponen llegar, estratégicamente, a ella. De hecho, lo que está en juego es una concepción más o menos paternalista de la Salud Pública.

La versión Salud Pública justifica la prohibición por que el estado propugna la abstinencia. Para estos, por ejemplo, desarrollar una vacuna anti-cocaína para acabar vacunando a toda la población es una solución deseable. Para la versión basada en los derechos humanos; mediante un mercado regulado, los controles fiscales y otras regulaciones serían los mecanismos más fuertes de promoción de la salud. La versión derechos humanos critica la prohibición por que no funciona e intensifica los daños asociados al consumo. Si de acabar con la prohibición se derivara un mayor índice de consumo y más daños asociados, ellos lo considerarían como un indeseado pero necesario precio a pagar. Reconocer un derecho es totalmente diferente a animar a la gente a

ejercerlo, es coherente intelectualmente decir: “reconozco tu derecho a consumir drogas pero no te animaré a hacerlo debido a sus potenciales efectos sobre tu salud”. Lo mismo pasa con el suicidio. O en el caso del tabaco: permitir a los adultos consumir tabaco a la vez que ofrecer más y mejores programas de tratamiento para aquellos que busquen la abstinencia. De hecho, según cifras de la OMS, entre las 10 primeras causas de muerte encontramos la diabetes, la cardiopatía isquémica y otras enfermedades relacionadas con los hábitos alimenticios o con el estilo de vida. Pero las principales se atribuyen a la ingesta de grasas y, pese a ello, no se inicia ninguna cruzada contra las grasas, de hecho, es curioso, porque se prohíbe el anuncio de alcohol (que probablemente es responsable de algunas de esas causas de muerte) y del tabaco (una de las principales causas de muerte), pero no se prohíbe la publicidad de las hamburguesas, más bien se publicitan en horario infantil.

Pese a que algunas formas de descriminalización puedan ser investigadas, las Convenciones de Naciones Unidas no permiten evaluar sistemas regulados de oferta de drogas que son usadas por placer. Esto hace muy difícil esperar evidencias adecuadas para valorar políticas basadas en la versión de derechos humanos de la reducción de daños y riesgos. El contexto internacional prohibicionista lo imposibilita (Hunt, 2004).

Por todo ello es interesante tomar un punto de vista más alejado y plantear la siguiente hipótesis:

La legalización seguramente aumentaría el consumo (a mayor accesibilidad mayor consumo). Pero el debate deberá ser en relación al balance de riesgos-beneficios tanto en términos sociales como de Salud Pública y privada. El consumo en sí no es algo ni positivo ni negativo, entonces no se deriva de él un beneficio social o de salud del aumento o disminución del mismo. Es más, un aumento del consumo en una situación de despenalización podría ser social y sanitariamente más deseable que la situación actual de hipotético menor consumo.

Hay un lío considerable dentro del campo de la llamada prevención del consumo de drogas. Los preventólogos o drogabusólogos se han visto forzados a adoptar diferentes estrategias de intervención en función de a quiénes dirigían el mensaje (colegio, instituto, familias, etc.). Esto representó un gran hito después de mucho empeñarse en lanzar un único mensaje a toda la población. La obsesión por las estadísticas de consumo contamina la mirada sobre el fenómeno del consumo y los programas de prevención financiados. En cuanto al ámbito del ocio, se han dado principalmente dos estrategias de intervención: la reducción de riesgos y los programas de ocio alternativo. La primera se da en espacios de ocio nocturno, la segunda en equipamientos municipales tales como polideportivos o centros juveniles. La primera, al involucrar a los jóvenes y al sector del ocio, ha crecido de forma orgánica

con el paso de los años. La segunda es un formato que se repite; partidos de fútbol, cine fórum, talleres, etc., pero que no tiene nada que ver con el consumo de drogas en particular. Diversificar el tiempo libre es bueno *per se*. Mejor obviar la cantidad de comas etílicos que se han dado después de ganar un campeonato organizado un viernes noche por el ayuntamiento.

Cada espacio de intervención, así como el programa de intervención que sobre él se proyecta, actúan como un espejo que devuelve una imagen o da un resultado a quien lo ejecuta. Los programas de ocio alternativo presentan a grupos de jóvenes haciendo deporte. Parecen postular que hacer deporte equivale a combatir el consumo, una sólida premisa en boca de un preventivo que hace aguas al ver quien patrocina la Champions League, léase, el consumo fomenta el deporte.

La reducción de riesgos ha dado cuenta de que, entre otras, consumir no es igual a tener problemas, que hay lugar para el consumo responsable, que el consumidor se preocupa por su salud, que el consumo plantea una necesidad de gestión y que justo allí, por ahora, la reducción de riesgos tiene un sentido. La reducción de riesgos nos habla de la normalización del consumo, de la integración del mismo en el ocio de las personas y de que, en definitiva, la persona consumidora es mucho más proclive al placer con medida que a la desmesura del placer. La reducción de riesgos habla de propiedades farmacológicas, pero también de efectos deseados e indeseados, de actitudes y comportamientos de riesgo. Y no nos olvidemos, fundamental, información sobre la legalidad relativa a cada sustancia. Las preguntas sobre el riesgo de ser multado o encarcelado son muy frecuentes entre las personas cercanas al consumo, es decir, es uno de los riesgos más nítidamente experimentados; el temor a experimentar algo percibido como injusto. Hay una relación directa entre el grado de persecución y la peligrosidad con que se dan los consumos.

Otra imagen que nos ofrece la reducción de riesgos de la realidad sobre la que se proyecta es que quien consuma de una forma problemática o accidentada no tiene tanto una relación directa con las propiedades adictivas o dañinas de tal o cual sustancia sino con su momento vital y circunstancias particulares. En estos casos el consumo es el síntoma, y para atacar las causas hay que dispensar una atención profesional y especializada. Bajo este prisma, hacer prevención sería ayudar en los procesos de maduración y crisis de las personas, haya o no consumo. Lo irónico es que las drogas, usadas por distintas personas, de diferentes maneras y en circunstancias particulares, han sido una herramienta con un papel en dinámicas de maduración o crecimiento personal y/o instrumentos integrados en rituales que han facilitado la cohesión de los grupos. Es la desmesura lo que ha jugado en su contra.

La reducción de riesgos, a día de hoy, es una marca y se ha ganado un hueco en el campo de los discursos sobre drogas y en el imaginario colectivo.

Las webs, los blogs y las redes sociales vehiculan y retroalimentan el discurso. La reducción de riesgos tiene vida propia.

La ética y la reducción de riesgos

Hay una herencia muy profunda bajo el experimento prohibicionista. Es el tabú que enlaza placer y fiesta. Para Escotado (1994):

La guerra a las drogas es una guerra a la euforia autoinducida y delata miedo al placer. El sufrimiento, tan común, coge a todos preparados y no suele exigir pedagogos; pero el placer –especialmente si se presume intenso– demanda una protección, que pedagogos oficiales se encargan de impartir por las buenas o por las malas, normalmente por las malas. Nada más oportuno entonces que recordar el concepto clásico de euforia así como la idea que otras culturas tuvieron y tienen de la ebriedad.

La censura de determinados placeres es algo propiciado por instituciones y personas. Es habitual, como se ha dicho antes, que cada sociedad tenga su droga de elección y reniegue de las otras. No es infrecuente que alguien que toma determinada droga piense que los otros no deberían hacerlo; “sobre todo los adolescentes!” –reza el dichoso mantra (cuyo efecto principal es elevar el miedo entre los adultos). La cultura de masas y la mentalidad adulta consideran lícita aquella forma de ebriedad que les es cercana y desprecian las otras formas, las de las minorías. El placer tiene un potencial subversivo. Por eso, el poder institucionaliza, controla, administra, regula o prohíbe los canales de acceso al placer.

El culto al trabajo de la mentalidad capitalista considera que la fiesta está en las antípodas de la producción. La fiesta es la sacralización social del tiempo. En la fiesta los individuos se divierten, bailan, duermen poco, comen, beben, se drogan y a veces, incluso fornican. La fiesta la hacen sus instituciones, estas procuran dar una buena imagen de sí, pero también la hacen grupos que las aprovechan para cuestionar las condiciones de su presente y que si tienen la mínima oportunidad la hacen pasar del ocio a la reivindicación. La fiesta es contradictoria, puede integrar o desintegrar, en ella se intensifican los límites o incluso se disuelven, promueve experiencias de hermanamiento, a la vez que insinúa constantemente la fragilidad del mismo. La fiesta, según el antropólogo Manuel Delgado, sirve para que florezca durante unos instantes aquello que está latente, la parte oculta del orden social, el que se intuye en potencia, el que es temido y/o anhelado, lo que de alguna forma sabemos que está allí fundando y negando el aquello cotidiano (Delgado, 2003). La fiesta aúna aquello diverso, sin que sea menos cierto que también puede diversificar cualquier uno, hasta incluso no dejar rastro de él.

El mundo del placer y la fiesta están vinculados a los miedos, si afinamos un poco más divisaríamos, entre otros, el miedo a pasar vergüenza, miedo a perder los límites, el miedo a la locura, el miedo a la adicción y el miedo

a la muerte. El consumo de drogas que vehicula placer y riesgo es como un barquito de papel que nos adentra en lo inefable del placer y la fiesta. ¿Cómo definir con palabras lo que es sentir el ambiente de fiesta?

La reflexión sobre la gestión del riesgo/placer ha sido el motor de progresión de la disciplina de la reducción de riesgos. Detectar nuevos fenómenos, analizarlos y ofrecer respuestas bajo el prisma del riesgo ha permitido erigir un cuerpo de respuestas que han orientado a miles de personas en su búsqueda ante algo que se encuentra velado, contaminado o mitificado. La lógica inherente a la reducción de riesgos ha ido llenando huecos, atando cabos, trenzando argumentos para dar una respuesta; esta lógica es la de la crítica racional. Crítica no en un sentido peyorativo sino constructivo. Criticar es ordenar, categorizar, entender, comparar, situar. El método que ha impulsado la reducción de riesgos está influenciado por el método científico, tiene una pretensión de objetividad. Sí la lógica de la reducción de riesgos es algo objetivo, lo que es subjetivo o relativo es la ideología que subyace a quien interprete la reducción de riesgos. Este texto ha intentado presentar el debate sobre las políticas de drogas, y por ende, el de la reducción de riesgos como un debate sobre maneras de entender la libertad. Un ejemplo brillante de dicho ejercicio es el libro *Hedonismo Sostenible* de Eduardo Hidalgo (2011).

Proponemos tres formas de entender la libertad para clarificar de lo que estamos hablando. En primer lugar la ética del libertino; es la de aquel que solamente le importa el aquí y ahora; ejerce su libertad sin tener en cuenta las consecuencias en terceros. La segunda es la ética del liberal, que defiende que su libertad acaba donde empieza la del otro. El individuo es lo primordial (la disonancia se da en aquellos que predicán dicha equidad y finalmente solo defienden los derechos y privilegios de una clase social, una casta, una élite, etc.). La tercera es la ética del libertario, este solo acepta que hay libertad si la hay verdaderamente para todos. Por lo tanto, en función del plano ético en que nos situemos, cambiará radicalmente nuestra concepción de las actuales políticas de drogas.

La reducción de riesgos es un apéndice del prohibicionismo, es deudora de él. Con otras sustancias, fármacos o actividades de riesgo institucionalizadas no decimos o hacemos reducción de riesgos, lo que hay es una cultura, un conocimiento y una transmisión integrada que no necesita de categorías especiales ni teorías del riesgo, *per se*. La reducción de riesgos preguntándose el porqué de los riesgos ha trazado un camino que acaba plegándose sobre sí mismo. La reducción de riesgos depende del experimento prohibicionista. El día que este acabe, acabará la reducción de riesgos. El mayor riesgo que enfrenta la reducción de riesgos es el prohibicionismo mismo, todos los riesgos que de él se derivan o conceptualizan tienen un sesgo brutal añadido. La reducción de riesgos es la taxonomía del sesgo prohibicionista. La reducción de riesgos

es un síntoma más del prohibicionismo, una reverberación de la disonancia. La teleología de la reducción de riesgos es exorcizar al prohibicionismo y con ello, darse por auto extinguida.

Referencias bibliográficas

- BOURDIEU, Pierre (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- DELGADO, Manuel (2003). *Carrer, festa i revolta. Els usos simbòlics de l'espai públic a Barcelona, 1951-2000*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- ESCOHOTADO, Antonio (1994). *Sobre Ebriedad*. El País, 16 de Julio de 1994. Disponible en <http://www.escohotado.com/articulos/sobreebriedad.htm>
- FORSYTH, Alasdair J.M. (2012). "Virtually a drug scare: Mephedrone and the impact of the Internet on drug news transmission". *International Journal of Drug Policy*, 23 (3), 198–209.
- GOFFMAN, Erving (2003). *Estigma La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. (original 1963).
- Grupo de Estudios de Políticas Criminales (GEPC). (1991). *Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas*. Disponible en http://www.gepc.es/index.php?mod=galeria&accion=ver_noticia&cat=9&id=182
- HIDALGO, Eduardo (2011). *Hedonismo Sostenible*. Madrid: Amargord.
- HUNT, Neil (2004). "Commentary: Public health or human rights: what comes first?" *International Journal of Drug Policy*, 15 (4), 231–237.
- Narcoguerrilla (2006). *Campañas antidroga y efecto bumerán*. Disponible en <http://narcoguerrilla.blogspot.com.es/search?q=campaña>
- ZINBERG, Norman (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale: University Press.

CONCEPTUALIZACIÓN Y POLÍTICAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

Mauricio SEPÚLVEDA GALEAS

Profesor visitante posdoctoral Universidad de Chile y Grup Igia
sepulveda.galeas@gmail.com

Oriol ROMANÍ

Universitat Rovira i Virgili y Grup Igia
oriol.romani@urv.cat

Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo

Al igual que en otros puntos del mundo occidental, fue a finales de los años setenta e inicios de los ochenta, cuando en España comenzó a consolidarse una determinada forma de construcción social del llamado problema de las drogas, definiéndose sus parámetros básicos. En este marco, el presente artículo abordará la problemática del riesgo desde una perspectiva genealógica y discursiva, haciendo uso del concepto de gubernamentalidad como categoría de análisis. Una analítica de la gubernamentalidad en el campo de las drogas, nos permitirá saber cómo el consumo de drogas ha sido problematizado a través de determinados aparatos de conocimiento (el análisis y cálculo del riesgo), y de determinadas prácticas sociales e institucionales (la gestión del riesgo y gobierno de las drogas). En definitiva, se trata de saber cómo los cambios en la problematización del riesgo afectaron y afectan las respuestas, y cómo estas relaciones se forjaron conforme se producían determinados ensamblajes semióticos/materiales –tecnologías y racionalidades de gobierno– a través de los cuales fue cristalizando un determinado *know-how*, un modo de gestionar el problema drogas, una determinada forma de producción del orden social. En definitiva, saber cómo se forjaron ciertos hechos y verdades que hicieron posible que esta entidad –las drogas– deviniera en objeto de pensamiento, es decir, en **objeto de gobierno**, y que el riesgo deviniera en su dispositivo por excelencia. En este capítulo intentaremos responder la siguiente pregunta: ¿Qué significados, usos y sentidos ha adquirido el riesgo en el gobierno de las drogas?

Genealogía del riesgo

Aunque de origen incierto, es probable que la palabra riesgo tenga el mismo origen que la palabra castellana risco –peñasco escarpado–, evocando los obstáculos que los navegantes debían sortear para llegar a destino. Su significado habría tomado cuerpo entre los siglos XVI y XVII con motivo de los viajes emprendidos por los exploradores occidentales. Se trataría de un término náutico que refería a

encontrar un peligro o chocar contra un riesgo. Aplicado a los que se atrevían a afrontar peligros –cuya raíz, a su vez, alude a las nociones de prueba, ensayo– sus significados apuntarían al despliegue de la voluntad individual, la cual sería protagonista de dichos actos: sujetos propiamente modernos, que se apropian de su actuar (Sepúlveda, 2002). Sin embargo, hay quienes sostienen su posible procedencia del árabe, advirtiendo que su primera expansión se debería a la introducción de la imprenta especialmente en Italia y España (Campione, 2003).

Según Giddens (1994) la afirmación del concepto se habría producido a propósito de la invención de la contabilidad y la introducción del libro de doble entrada, lo que habría hecho posible hacer previsiones permitiendo calcular los beneficios y las pérdidas de las inversiones futuras. De tal manera que junto al surgimiento de la noción de riesgo habría cobrado valor la idea de seguro. De ahí que no sería casual que los primeros contratos de seguro (siglo XVI) surgieran en el ámbito del tráfico marítimo. De hecho podría decirse que la seguridad constituye la otra cara del riesgo.

Desde un punto de vista sociohistórico, la noción de riesgo sería genuinamente moderna. Y lo sería en tanto proviene de la comprensión de que los resultados imprevistos pueden ser consecuencia de nuestras propias actividades o decisiones, en lugar de ser expresión de ocultos significados, de la naturaleza o de las inciertas intenciones de una divinidad. Ello nos habla de unos procesos de secularización de la fortuna, en tanto lo que las sociedades tradicionales atribuían a la fortuna, las sociedades modernas lo atribuirán al riesgo. En consecuencia, desde una perspectiva socio-histórica, o más precisamente, desde la sociología del riesgo (Romaní, 2010), este concepto aparece como un constructo social histórico, un dispositivo de racionalización, de reducción de la indeterminación, de manejo de la incertidumbre. Desde este punto de vista, si bien en sus orígenes el riesgo estuvo fuertemente imbricado a la cuestión del peligro, la nueva noción de riesgo introduce una diferenciación entre ambos. Tal diferencia estriba en que un peligro potencial puede ser conceptualizado como riesgo cuando éste no deriva de un fenómeno externo e imprevisible para los seres humanos, sino que es, en cierta forma, la consecuencia de una intervención humana activa, la cual será responsable de dicha amenaza. Dicho de otro modo, el peligro sería un efecto indeseado que tendría su génesis –su causa– en algo externo al sujeto. En cambio el riesgo, sería la probabilidad que se materialice un daño en el caso de una interacción voluntaria y el sujeto de esta relación sería el afectado por el daño potencial (Campeone, 2003).

Para la sociología del riesgo, desde un punto de vista histórico, dicha voluntariedad constituye la pauta principal (dominante) de la acción social moderna. En efecto, la socialización y la valoración positiva del riesgo se implantarán progresivamente en el desarrollo de las actividades sociales, hasta el punto de convertirse en un elemento constitutivo de la sociedad burguesa naciente. Razón

por la cual, el riesgo, como noción y/o concepto, sería típico de la organización capitalista, en tanto introduce el cálculo racional orientado al futuro en términos de beneficios y pérdidas.

La toma de conciencia sobre los efectos imprevistos del propio desarrollo, inherente a la idea misma de progreso, se remontaría a la consolidación del capitalismo industrial en la segunda mitad del siglo XIX. Como una verdadera paradoja, la mejora de los estándares de vida, irá acompañado de una amenaza constante, de una inseguridad creciente que genera costes individuales y colectivos. Al respecto, Ewald (1986) encontrará ejemplificada la irrupción de la presencia insidiosa y omnimoda del riesgo en el descubrimiento de Pasteur; el mundo moral y el orden de la ciencia se re-articularán a la sombra de Pasteur sobre la presencia de cada individuo y de cada relación social como portadora de una potencia de contagio (Mínguez, 1995). Al igual que Ewald (1986), influidos también por la obra de Michel Foucault, otros autores, aunque desde ángulos distintos, han intentado trazar una genealogía –siempre de modo parcial– del riesgo. Es decir, analizarlo como categoría de pensamiento, concepto e idea, producto de intereses, de lucha, y a la vez como fruto de una larga e intensa cooperación social (Álvarez-Urúa, 2000). Dicho análisis genealógico en concordancia con ciertos planteamientos provenientes de la sociología del riesgo, indican que el riesgo sería consustancial al avance de la sociedad industrial. Sin embargo, los genealogistas van más allá, afirmando que su noción se halla inscrita en el desarrollo de la gubernamentalidad biopolítica. De acuerdo a Foucault (2000), uno de los fenómenos más significativos de las sociedades industriales fue la adquisición de poder sobre el hombre en tanto ser vivo. Una suerte de estatización de lo biológico, de secuestro de la vida, implementada de forma sistemática y racional a través de toda una gama de dispositivos de poder que apuntaban a la población en tanto objeto/sujeto biopolítico (Sibilia, 2005). Ahora bien, desde un análisis de la gubernamentalidad, “el centro de la acción está puesto en el sujeto, su libertad y autonomía, pero bajo condiciones de regulación que aseguran al final su sometimiento” (Rojas, 2010: 61).

Al respecto, Foucault (2006), mediante el análisis del tratamiento disciplinario de la peste en el siglo XVII y la gestión de la viruela en la Francia del siglo XVIII, advertirá de un cambio de lógica del poder, en tanto en el caso de la gestión de la viruela, lo determinante no será ya contener al individuo afectado (reclusión y aislamiento por ejemplo), sino determinar el perfil de sujetos más expuestos a la infección en virtud de datos como la edad, el sexo, la raza o el lugar de residencia, con el fin de adoptar medidas preventivas. La retórica preventiva ha asentado en el cuerpo social la representación del riesgo (social). En este marco las nuevas estrategias médico-psicológicas y sociales pretenden ser sobre todo preventivas, y la moderna prevención pretende ser,

ante todo, detectora de los riesgos. Un riesgo no es la presencia de un peligro concreto para una persona o grupo de individuos, sino la relación de datos o factores (de riesgo) que hacen más o menos probables conductas o fenómenos indeseables. El riesgo se definiría por la presencia de uno o varios criterios asociados, tanto de orden médico como social. Para éste, los dispositivos de seguridad expresan a partir del siglo XVIII un modo de intervención del poder que complementa el marco disciplinario dirigiéndose no ya al cuerpo del individuo culpable, sino a la idea de peligrosidad; a la gestión de una serie de eventos probables que se refieren a los grupos de población en que el individuo se inscribe (San Martín, 2009). Por ello, desde un punto de vista genealógico, la noción de riesgo, desde los albores de la modernidad, se encuentra fuertemente imbricada a la cuestión del peligro, y éste a la cuestión del gobierno de las poblaciones. Por ello mismo, desde una perspectiva político-epistemológica, el riesgo no solo será una manera moderna de considerar el peligro, atribuyéndole una probabilidad en un contexto de incertidumbre, sino que además constituye un dispositivo de gobierno inscrito en la gramática del biopoder. De hecho, los riesgos (o peligros) no son datos absolutos, pues existe una selección y una construcción social de los mismos, a través de los cuales éstos son moralizados y politizados respectivamente (Douglas, 1991). Parafraseando a Foucault, quien afirmará que no hay liberalismo sin cultura del peligro, hoy se puede decir que no hay neoliberalismo sin cultura del riesgo. Si la estimulación del temor al peligro, en cierto modo, fue la condición, el correlato psicológico y cultural interno del liberalismo, el discurso “riesgosista” va a ser su equivalente neoliberal (Sepúlveda, 2011).

En síntesis, el riesgo es una forma de racionalidad, una manera de objetivar los eventos con el fin de hacerlos gobernables. Razón por la cual su análisis se sitúa en las relaciones entre saber/poder, en los modos en que estas relaciones se configuran a partir de determinadas formas de conocimiento. Sobre esta base, se puede afirmar con toda rotundidad que el riesgo constituye un concepto clave en la modernidad por cuanto habría posibilitado, no solo la colonización del futuro –como posibilidad de prever y controlar eventos– sino también habría hecho posible el gobierno de las poblaciones, en virtud de los cambios políticos que se sucedieron entre el orden social de los antiguos regímenes (feudalismo) y los estados modernos (capitalismo).

La cuestión del riesgo en el campo de las drogas

En plena expansión neoliberal, la cuestión del riesgo ha ido adquiriendo de forma progresiva una presencia prominente, tanto en el habla experta como profana. En efecto, por un lado el término riesgo es un concepto que forma parte del vocabulario utilizado frecuentemente por los diferentes técnicos y especialistas implicados en su gestión y control, y por otro, forma parte del

lenguaje cotidiano de las personas que por diferentes razones son expuestas a dichos fenómenos, asumiendo por ello y para ello ingentes esfuerzos, ya sea para evitarlos o bien para reducirlos (Sepúlveda, Latorre y Trujols, 2007). En cuanto al habla experta, en el campo del VIH y del consumo de drogas, la noción de riesgo constituye el “pan cotidiano” conceptual de las iniciativas de prevención, sin que la noción sea realmente comprendida y menos aún cuestionada. En efecto, el término riesgo suele ser utilizado con diversos sentidos, los que a menudo se solapan entre sí, dependiendo de quién lo emplee, de su finalidad y de su contexto de enunciación; riesgo como peligro o amenaza (por ejemplo las drogas); una situación o actividad que puede tener consecuencias dañinas (por ejemplo fumar cigarrillos); riesgo como término para las consecuencias dañinas de un peligro (el riesgo de fumar es el cáncer de pulmón); o, más cercano a su significado original, riesgo como probabilidad de la ocurrencia de un (a menudo adverso) resultado (la probabilidad de tener cáncer de pulmón) (Gamma, Jerome, Liechti y Sumnall, 2005).

Y es que en cierta medida, ello se debe a que la idea de riesgo se ha convertido en un instrumento abierto a la construcción de múltiples significados sociales. O por el contrario, en otras ocasiones, la idea de riesgo tiende a exhibir la representación de un espacio social reducido, en la medida que transporta un habla despolitizada, esto es, en el sentido de la construcción de imágenes naturalizadas de las conductas y de la realidad social en general (Lupton, 1993). En este sentido, detrás de diferentes fórmulas y tipos de cálculos de riesgo, el tipo de universo semántico que caracteriza al lenguaje del riesgo es, entonces, limitado y cerrado a cualquier clase de interpelación, ya sea desde el punto de vista de sus contenidos y significados como de sus implicaciones (Lupton, 1993).

La construcción del riesgo como dispositivo de gobierno

En el caso de España, una lectura integrada del Plan Nacional sobre Drogas de 1985, de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y de su homóloga correspondiente al periodo 2009-2016, indica que la noción de riesgos ha sido utilizada de múltiples formas: para segmentar poblaciones (grupos de riesgo), para identificar comportamientos desviados (conductas de riesgo), para identificar predisposiciones psíquicas (búsqueda y exposición al riesgo), para identificar entornos o contextos (zonas de riesgo), para monitorear logros políticos (percepción de riesgos) como plataforma analítica (modelo de factores de riesgo), así como para referir al conjunto de acciones socio-institucionales relacionadas con el manejo social y control de los riesgos (gestión del riesgo). Ahora bien, desde un punto de vista genealógico, si bien el riesgo ha sido utilizado de múltiples formas en el campo de las drogas, será conforme al contexto histórico, político y social, que dicha multiplicidad adquiera una determinada forma

de operar, una determinada realidad semiótica-material. En efecto, el análisis de los documentos institucionales antes señalados, permite –en parte– rastrear y reconstruir el proceso mediante el cual el riesgo, como tecnología y como racionalidad, es incorporado al discurso gubernamental de las drogas.

Por razones de espacio no podremos extendernos en un análisis pormenorizado de dicho proceso. Sin embargo, de cara a problematizar la cuestión del riesgo en el campo de las drogas, consideramos necesario poder esbozar tres planteamientos derivados de lo anterior. Para ello vamos a articular un análisis de este proceso reconociendo en este, al menos tres momentos o fases de desarrollo signadas por una serie de desplazamientos relativos tanto a su conceptualización (racionalidad) como a su aplicación (tecnología). A la primera fase o momento lo llamaremos dispositivo bioterritorial, al segundo dispositivo de regulación, y finalmente, al tercero lo llamaremos dispositivo de gubernamentalidad.

En un primer momento, el gobierno de las drogas en España, o mejor, las políticas públicas sobre drogas, otorgan un lugar periférico a la cuestión del riesgo. Así queda documentado en el Plan Nacional Sobre Drogas de 1985, en el cual apenas se hace mención a este concepto. Sin embargo, las pocas referencias a éste serán significativas, por cuanto revelan la temprana emergencia de un concepto que lejos de perpetuarse en los márgenes, en las décadas siguientes llegará a convertirse en un concepto central. No solo eso, sino que además, desde su temprana aplicación, este adquiere un estatus tecnológico y epistémico que perdurará hasta nuestros días. En efecto, en términos tecnológicos, el riesgo será utilizado como un dispositivo que permitirá categorizar a individuos o grupos de individuos, diferenciándolos entre sujetos en riesgo y sujetos de riesgo, es decir, diferenciar aquellos que se encuentran expuestos de aquellos que nos exponen. Por cierto, la palabra tecnología alude aquí a un conjunto de procedimientos que tiene como fin moldear las conductas de individuos y poblaciones y que tendrán como sustento el conocimiento provisto por la estadística, las ciencias sociales y epidemiología (Murillo, 2010). De igual modo, permitirá una primera operación de geolocalización de dichos grupos, identificando, diferenciando, o mejor dicho graduando, áreas (zonas) de riesgo.

De otro lado, en términos epistemológicos, la entrada en escena del riesgo en el horizonte del gobierno de las drogas, habría venido de la mano del modelo de los factores de riesgo, el cual supone que las conductas problemáticas son el resultado probabilístico de múltiples factores que interactúan entre sí aumentando o disminuyendo el riesgo de los individuos. De acuerdo a Breilh (2003), el modelo de los factores de riesgo, como toda formalización positivista, tendría ciertas características definitorias; a) vaciamiento de contenido histórico y reificación de los factores; b) ausencia de explicación de los procesos generativos y reduccionismo probabilístico; c) aplanamiento

ontológico, metodológico y praxiológico; d) ambigüedad interpretativa (Breilh, 2003). Para dicho autor, este modelo constituye un dispositivo estratégico del causalismo positivista orientado a la instrumentalización de programas de salud ligados a la gobernabilidad. Dicho modelo de análisis, será el aparato conceptual a partir del cual se estructurará la política nacional de drogas para las próximas décadas.

En un segundo momento, la cuestión del riesgo va a adquirir una posición central. En efecto, conforme queda documentado en la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000–2008, el riesgo se constituirá en una tecnología de gobierno cuya “performance” se mostrará acorde con un nuevo tipo de racionalidad política en el campo de las drogas, racionalidad en la cual el vocablo estrategia –arte de dirigir un asunto para lograr el objetivo deseado– será fundamental. Ahora bien, los usos antes descritos –geolocalización y modelo de los factores de riesgo– no solo tendrán continuidad en esta fase, sino que además sumarán mayor complejidad tanto en su formulación conceptual como en su aplicación técnica. Así por ejemplo, las prácticas divisorias instituidas mediante la estimación diferencial del riesgo –población en y de riesgo– y sus operaciones de geolocalización –áreas de alto riesgo– serán el suelo tecnológico sobre el cual se va articular la geopolítica del riesgo. Conforme a ésta, si los individuos eligen ignorar los riesgos, se estarán poniendo ellos mismos en peligro de enfermar y morir, lo cual los alejará de todo rol útil en la sociedad, transformándose en una carga para el sistema de protección social. De otro lado, aquellos individuos que exponen directamente a otros al daño, significarán un riesgo potencial para la comunidad, lo cual merecerá su control (Lupton, 1993). Dentro de esta retórica del riesgo se producirá una elisión entre las agendas de cuidado y las de control. Efectivamente, como ya ha sido señalado, por este camino se llegará a la definición de determinadas poblaciones como riesgosas, ya no solo para sí mismos, sino que para “otros”, las cuales serán objeto de vigilancia, control y castigo, más que de soporte. Ahora bien, la distinción entre aquellos merecedores de apoyo y aquellos a los que se asegura corrección nunca será del todo nítida y menos explicitada. Junto a lo anterior, en esta segunda fase de desarrollo del riesgo como dispositivo de gobierno, emergerán dos nuevas aplicaciones del riesgo en tanto tecnología de gobierno.

En primer lugar, el riesgo deja de ser una categoría discreta que permite establecer diferencias en términos absolutos entre quienes se encuentran en riesgo y quienes no, sin establecer ninguna continuidad ni punto intermedio entre ambas posiciones (valores). Ahora el riesgo adquiere un valor relativo en tanto sus variables son continuas, pudiendo establecerse valoraciones de distintos niveles de riesgo. La dicotomía del riesgo, como categoría discreta, será reemplazada por una representación procesual de la salud (abstinencia) /

enfermedad (toxicomanía), introduciendo en su problematización una racionalidad de gobierno sustentada en una economía política de continuos y heterogeneidades, y por tanto, susceptible de (auto) regular de forma segmentada (selectiva, indicada, etc.) y focalizada (grupos de riesgo, poblaciones vulnerables, entre otros). Dicho de otro modo, susceptible de gobernar mediante políticas de gestión diferencial (Castel, 1984). Este tipo de aproximación o abordaje del riesgo (*risk approach*) pretenderá maximizar la utilización de los recursos públicos para la prestación de servicios, identificando para ello las personas en mayor riesgo de modo de poder prestarles atención específica oportunamente.

En segundo lugar, en esta fase adquiere centralidad la cuestión de la percepción del riesgo. Cabe recordar que para algunos autores (Kelly, 2005), el riesgo comprende dos elementos clave: determinantes objetivos, como probabilidad de un resultado negativo dada una cierta acción dentro de un contexto dado, y determinantes subjetivos, en tanto amenazas de peligro sentidas o percibidas dada cierta acción (Luhmann, 1993 citado en Kelly, 2005). Los determinantes objetivos del riesgo varían a través de los individuos dependiendo de factores biológicos (en el caso de los usos de drogas éstos podrían ser indicadores metabólicos), tanto como de factores sociales (posición en la estructura de clase o en las particularidades históricas del marco cultural propio). Los determinantes subjetivos del riesgo pertenecen más específicamente al modo en que los humanos viven la experiencia del riesgo. Por lo general, los mismos autores que sostienen esta suerte de “doble naturaleza” del riesgo son conscientes de las limitaciones que tiene este tipo de planteamiento. Ahora, si bien esta suerte de doble naturaleza del riesgo se ha ido orientando en favor de la dimensión subjetiva de éste, la discusión no ha sido del todo zanjada. De hecho, gran parte de las teorías sociales sobre el riesgo, si bien ponen un fuerte énfasis en sus dimensiones subjetivas, a la hora de ser aplicadas al estudio del riesgo, estas dimensiones van a ser traducidas como procesos propios de la cognición social. En efecto, la cuestión de la subjetividad del riesgo, será entendida y analizada (reducida) como una problemática, sino equivalente, estrechamente relacionada con la percepción del riesgo. En ese marco, la evaluación del riesgo que hace la gente común es visto como un proceso cognitivo que puede ser medido en condiciones experimentales, divorciadas del contexto social. Así por ejemplo, para analizar el proceso de toma de decisiones respecto al riesgo se emplearán experimentos de laboratorios, simulaciones, juegos y técnicas de investigación intentado lograr determinaciones cuantitativas del grado de aceptación del riesgo (Lupton, 1993). En este contexto, la percepción del riesgo se presenta como un factor desencadenante de determinadas conductas ante situaciones potencialmente peligrosas en los múltiples contextos en los que se encuentran inmersos e interactúan los individuos. Olvidando que “la percepción del riesgo depende de un imaginario, no de una ceguera o una pretendida irracionalidad” (Le Breton, 2011: 24), se examinará la percepción

y aceptación del riesgo por parte de las personas legas de forma objetiva, sistemática y científica con el propósito de proveer de medios “racionales” para la toma de decisiones. Propiedad de la ciencia cognitiva y moldeado por las teorías de la elección racional y toma de decisiones, estos modelos van a conceptualizar la percepción de riesgos como un proceso relativamente unidireccional y racional. De ahí es que en esta fase se pondrá un énfasis en las acciones de entrega de información objetiva sobre los riesgos relacionados con los consumos de drogas.

En tercer lugar, el riesgo comienza a perfilarse como una cuestión indisoluble de los jóvenes y de sus prácticas de ocio. Si bien dentro de una variedad amplia de disciplinas existe una gran riqueza de discusiones teóricas e investigaciones sobre jóvenes y riesgo, surgirá una mirada hegemónica que tenderá a construir una imagen de la gente joven como una población riesgosa por excelencia por definición o en virtud del mundo contemporáneo en el que éstos viven. Es sabido que históricamente los discursos públicos han utilizado a los jóvenes como barómetro de enfermedades sociales pues parecen representar –para el mundo adulto– una amenaza que es tomada como indicador del declive moral de la sociedad (Sharland, 2006). En ese horizonte, las narrativas del riesgo ofrecerán simultáneamente, la promesa, la justificación y las técnicas para regular el comportamiento de los jóvenes, la disposición y los futuros deseables. Desde esta perspectiva, el discurso del riesgo y los jóvenes en el campo de las drogas delinearán una heterotopía de las drogas, articulada a través de dos ficciones fuertemente entrelazadas entre sí; por un lado, una ficción de anomalía, simbolizada en la figura del joven yonqui, el toxicómano por excelencia prototípico de la década de los ochenta; por otro lado, una ficción de la norma encarnada en el joven prudente u homo prudens, el hombre del riesgo cero (Garland, 2005) prototípico de la sociedad liberal. Figura, esta última, que representa la conjunción de una racionalidad neoliberal y una racionalidad del riesgo. Un individuo activo que se autorealiza intentando que sean de calidad cada una de sus decisiones. Un individuo que se hace responsable, no como ciudadano ni a través de las relaciones de mutua interdependencia, sino al cuidado de sí mismo, privatizando la gestión de su proyecto de vida (Ampudia de Haro, 2006).

En un tercer momento, las tendencias descritas en las dos fases anteriores tienden a profundizarse, observándose una clara consolidación del riesgo como dispositivo de gobierno. En efecto, y siguiendo a Foucault, podemos decir que los dispositivos consisten en una serie de prácticas y discursos, de saberes y de ejercicios, dirigidos a crear cuerpos dóciles, pero, a su vez, cuerpos libres. De esta forma, “los sujetos lograrían asumir su identidad y su libertad en el proceso mismo de su sometimiento” (Rojas, 2010: 61). En efecto, el riesgo en tanto tecnología será el eje articulador en torno al cual se organizará el nuevo *Know-How* de gobierno en el campo de las drogas. Del mismo modo,

su racionalidad política profundizará aún más su carácter “postwelfarista”, adquiriendo, de ahora en más, el semblante inconfundible de una racionalidad neoliberal. En este proceso se observarán algunas discontinuidades en los discursos y prácticas de gobierno respecto al riesgo. Esto puede ser constatado en el documento correspondiente a la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2016 en la cual se pueden observar los siguientes desplazamientos:

En primer lugar, el riesgo adquiere un estatus programático en el marco de la reducción de la demanda. En efecto, las estrategias y programas de disminución de riesgos serán ahora presentadas como un complemento necesario de las estrategias y programas de reducción de daños. Si bien en los planes y estrategias anteriores a la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009–2016, el riesgo fue adquiriendo de forma progresiva un claro protagonismo técnico-político en el campo de las drogas, será de la mano de esta última estrategia cuando el riesgo adquiera un estatus pleno de dispositivo de gobierno. De hecho, en la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000–2008 las actuaciones orientadas a la reducción de la demanda, entre las que se reconocen los programas de reducción de daños, no referirán a la disminución de riesgos como estrategias o programas complementarios. De ahora en más, el análisis de los riesgos relacionados con los consumos de drogas, considerados por lo general como externos a los individuos –en tanto sustancias en sí mismas tóxicas– incorporan la percepción, las actitudes y los comportamientos ante estos como parte intrínseca de los mismos, y por tanto fundamentales de conocer y manejar en su abordaje.

Desde esta perspectiva –Risk Analysis/Assesment/Management– el estudio del riesgo contemplará de forma variada tanto la evaluación, la percepción como el gerenciamiento o gestión de los riesgos (Spink, 2007). La complementariedad de ambas estrategias, se justificará sobre la base de una racionalidad lineal de corte asistencial y sanitario. En efecto, como bien indica la propia estrategia 2009-2016, si bien se trata de dos conceptos próximos, estos no serían idénticos, pues la disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención, mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (PNSD, 2009). Estas diferencias conceptuales hechas sobre la base de un continuo asistencial, a nuestro juicio, eluden y omiten una cuestión de fondo: que tanto el riesgo como el daño son conceptos que obedecen a dos tipos de racionalidades ético-políticas muy distintas entre sí. En efecto, el daño se halla inscrito en una matriz ético-jurídica en la cual responsabilidad y reparación son dos cuestiones prácticamente indisociables de su significación histórica. Jurídicamente se entenderá el daño como toda alteración negativa de la persona en sus derechos y garantías; como efecto de causas que pueden ser imputables a otros y, por lo tanto, susceptible de reparación (Rodríguez San Julián, Ballesteros, Megías y Rodríguez Felipe, 2008). Se entiende también

como el menoscabo que sufre una persona en sus bienes vitales naturales, en su propiedad o en su patrimonio, a consecuencia de un acontecimiento o evento determinado. Desde esta perspectiva, el concepto de daño constituye uno de los presupuestos de la responsabilidad jurídica, y es el eje de la responsabilidad civil. Ahora bien, en el caso del Estado, que es responsable por acción y por omisión frente a sus compromisos con los ciudadanos, la omisión, por ejemplo de protección frente a personas o grupos vulnerables, es en sí mismo el evento dañino por cuyas consecuencias debe responder. De ahí que, inmerso en el lenguaje jurídico, el daño, como toda ley, sancionará hechos pasados. Sin embargo, para que haya daño será necesario que se establezca el vínculo entre daño-efecto y daño-consecuencia; es decir, si no hay evento dañino no hay daño y si no hay evidencia de las consecuencias, tampoco se puede hacer referencia a la existencia del daño (Rodríguez San Julián *et al.*, 2008). Por otro lado, el riesgo, en tanto probabilidad de ocurrencia de un evento mórbido o fatal el cual puede ser leído de un modo objetivo, racional, es decir determinado de forma precisa mediante técnicas probabilísticas –incertidumbre medible– se inscribe en una matriz moderna de saber-poder vinculada al nacimiento de la gubernamentalidad liberal. Aquí el afán predictivo característico de la razón moderna en su empeño por colonizar el futuro, se entrelaza al de control y regulación de las poblaciones, característicos del biopoder. En efecto, el riesgo en tanto permite designar las probabilidades de susceptibilidad atribuibles a un individuo o grupo cualquiera de un colectivo particularizado de acuerdo con el grado de exposición y de vulnerabilidad, hará posible la clasificación de estas poblaciones, permitiendo su conocimiento y gestión (Mayrhofer y Cuevas, 2010). Cabe recordar que las técnicas biopolíticas no solo aumentan la vida, también la protegen, la regulan. Hacen vivir, sin por lo tanto dejar de gobernar los procesos vitales. En ese sentido, se trata de una gestión, una administración, un *management* de la vida. Como bien advertirá Foucault la vida será el soporte por medio del cual el poder se propone controlar, dominar doblar, ocupar el bíos (Adorno, 2010).

En segundo lugar, el análisis de riesgos y drogas ilícitas comenzará a ser dominado por la “ciencia de la prevención”. Este campo emergente buscará desarrollar bases científicas para las estrategias específicas de prevención. Basándose en la información de expertos en farmacología, neurotoxicología, medicina psiquiátrica y ciencias de la salud, la ciencia de la prevención identificará una serie de riesgos “cuantificables” para la salud individual y el “bienestar psicológico” relacionados con el consumo de sustancias ilícitas. Así pues, la introducción de una gama de sofisticados métodos científicos provenientes de las ciencias de la salud y la epidemiología, habrían medicalizado aún más los debates sobre políticas de drogas en los últimos años. En esa dirección, de especial importancia habría sido el movimiento hacia la “práctica basada en

la evidencia científica”, en la que todas las políticas y estrategias de drogas requieren demostrar evidencias claras de eficacia y sostenibilidad para una puesta en marcha segura. Por supuesto, lo que cuenta como evidencia y cómo se recoge dicha evidencia estará lejos de ser debatido. Aún así, dicho movimiento seguiría expandiéndose, llegando a constituirse en la voz autorizada en el campo de la prevención en general, y en el de las drogas en particular. Incluso habría llegado a ser la voz autorizada, tanto para aquellos que abogan por una sociedad libre de drogas como para aquellos que abogan por una política no maximalista tendiente a la normalización de los usos de drogas (como por ejemplo aquellos que adscriben al enfoque de Reducción de Daños).

Se advertirá que en los discursos “expertos” el uso de drogas será caracterizado como una práctica de “alto riesgo”. Significativamente, esta evaluación habría sido aplicada a toda la gama de experiencias de uso de drogas, desde los usos regulares o dependientes hasta los experimentales, ocasionales y los llamados “usos recreativos”. Se trata de una caracterización del riesgo como real, objetivable, verificable y relacionado causalmente a daños específicos. Si bien esta caracterización del riesgo, en principio, estaría basada en lo informado por un grupo reducido de “expertos” profesionales y científicos (por ejemplo comisiones de expertos), de forma creciente y progresiva ha ido ganando terreno en el campo de las drogas, llegando a constituirse en una perspectiva hegemónica tanto en la producción de conocimiento como en su gestión política.

Ahora bien ¿qué elementos habrían hecho posible que se produjera tal desplazamiento en las políticas sobre drogas? O dicho desde la perspectiva de las prácticas discursivas ¿cuáles han sido las condiciones de posibilidad que permitieron dicho desplazamiento discursivo en el campo de las drogas?

A modo de conclusión

Es posible que en la actualidad se esté experimentando un acoplamiento y superposición entre los distintos modelos o enfoques existentes sobre las drogas (el modelo de la sociedad libre de drogas o abstencionista y el modelo de reducción de daños), a partir de cierto modo de producir la significación del riesgo. Dicho acoplamiento se estaría produciendo como consecuencia del posicionamiento hegemónico de ciertos discursos “cientificistas” (neopositivistas) sobre el riesgo, a partir de los cuales, la forma distintiva de concebir y caracterizar el riesgo, entre uno u otro enfoque comienza sospechosamente a difuminarse. Al respecto, Duff (2003) dirá que es importante hacer notar la forma en que el riesgo se combina con daño y peligro. Si en el uso convencional, el riesgo es definido en términos de la probabilidad de que ocurran sucesos o consecuencias indeseables, en esta nueva ecuación del “riesgo-peligro-daño” éste surge como resultado de la eliminación de la *chance* –la contingencia–

ya que se sostiene que el uso de drogas “invariablemente” produce diversos daños y por tanto son un peligro debido a la propia naturaleza del objeto en cuestión. En consecuencia no hay riesgo de daño, el daño es un resultado cierto a corto, mediano, o largo plazo.

Referencias bibliográficas

- ADORNO, Francesco (2010). “Poder sobre la vida, política de la muerte: sobre las formas de resistencia al biopoder en Foucault”. En Vanessa Lemm (ed.), *Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (433-452). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales. Colección Pensamiento Contemporáneo.
- ALVAREZ-URIA, Francisco (2000). “Capitalismo y subjetividad. La teoría política y social de Michel Foucault”. En Pablo Lopez & Jacobo Munoz (eds.), *La impaciencia de la libertad: Michel Foucault y lo político*, (85-106). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- AMPUDIA DE HARO, Francisco (2006). “Administrar el yo: literatura de autoayuda y gestión del comportamiento y los afectos”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 113, 49-72.
- BECK, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. (original 1986).
- BREILH, Jaime (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CAMPIONE, Roger (2003). “El que algo quiere algo le cuesta: notas sobre la Kollateralschädengesellschaft”. En Cándido Da Agra; José Luís Domínguez; Juan Antonio García; Patrick Hebberecht & Amadeu Recasens (eds.), *La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto*,(11-46). Barcelona: Atelier. Colección Políticas de seguridad.
- CASTEL, Robert (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- DOUGLAS, Mary (1991). *Pureza y peligro*. Madrid: Siglo XXI. (original 1966).
- DUFF, Cameron (2003). “The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations”. *Health, Risk & Society*, 5 (3), 285-299.
- EWALD, François (1986). *L'État providence*. París: Grasset.
- FOUCAULT, Michel (2000). *Defender la sociedad*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (original 2004).
- GAMMA, Alex; JEROME, Lissa; LIECHTI, Matthias & SUMNALL, Harry (2005). “Is ecstasy perceived to be safe? A critical survey”. *Drug and Alcohol Dependence*, 77 (2), 185-193.
- GARLAND, David (2005). *La cultura del control*. Barcelona: Editorial Gedisa. (original 2001).
- GIDDENS, Anthony (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid; Alianza Universidad.
- HACKING, Ian (1991). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- KELLY, Brian C. (2005). “Conceptions of risk in the lives of club drug-using youth”. *Substance Use & Misuse*, 40 (9-10). Special issue: Club Drug Epidemiology, 1443-1459.
- LE BRETON, David (2011). *Conductas de riesgo. De juegos de morir a los juegos de vivir*. Buenos Aires: Topia.
- LUHMAN, Niklas (1993). *Risk: A sociological theory*. New Jersey: Aldine.
- LUPTON, Deborah (1993). “Riesgo como peligro moral: las funciones política y social del discurso del riesgo en salud pública”. *International Journal of Health Services*, 23 (3), 425-435.

- MAYRHOFER, Michaela & CUEVAS, Hernán (2010). “Una nueva configuración de poder/saber en el campo del biopoder y las organizaciones de “pacientes””. En Vanessa Lemm (ed.) *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (85-122). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales. Colección Pensamiento Contemporáneo.
- MÍNGUEZ, Luis M^a (1995). *L'État providence y la crisis del estado de bienestar*. Paris: Grasset.
- MURILLO, Susana (2010). “Biopolítica, ciencia y epistemología”. En Isabel Cassigoli & Mario Sobarzo (eds.), *Biopolíticas del Sur*. Santiago de Chile: Editorial Arcis.
- Plan Nacional sobre Drogas (1985). *Documento Fundacional de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Secretaria General Técnica.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000 – 2008*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaria General Técnica.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2016*. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan Nacional Sobre Drogas.
- RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, Elena; BALLESTEROS GUERRA, Juan Carlos; MEGÍAS QUIRÓS, Ignacio & RODRÍGUEZ Felipe, Miguel Angel (2008). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD/Caja Madrid.
- ROJAS LASCH, Carolina (2010). “Gobernar la extrema pobreza: un análisis del dispositivo de intervención Chile Solidario–Puente”. En Vanessa Lemm (ed.), *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica* (51-83). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales. Colección Pensamiento Contemporáneo.
- ROMANÍ, Oriol (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Editorial Bellaterra.
- SAN MARTIN, David (2009). “El riesgo como dispositivo de gobierno en la sociedad de control”. En Antón Fernández de Rota (ed.), *La globalización en crisis. Gubernamentalidad, control y política de movimiento* (51-68). Malaga: Universidad Libre Experimental. Cuaderno- Herramienta/02.
- SEPÚLVEDA, Mauricio (2002). “Repensado la retórica del riesgos”. En Martin Hopenhayn (ed), *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas* (50-61). Santiago de Chile: Cepal. Cuaderno de políticas sociales.
- SEPÚLVEDA, Mauricio (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: Exotización, vicio y enfermedad*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- SEPÚLVEDA, Mauricio; LATORRE, Andrea & TRUJOLS, Joan (2007). *Revisión bibliográfica: Los estudios sobre percepción de riesgos en jóvenes usuarios de sustancias psicoactivas*. Barcelona: Grup Igia. Mimeo.
- SHARLAND, Elaine (2006). “Young people, risk taking and risk making: perspectives for social word”. *Forum Qualitative social research*, 7 (1), 53-70.
- SIBILIA, Paula (2005). *El hombre posteoagánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.
- SPINK, Mary Jane (2007). “Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de habilidades personales como estrategia de promoción de la salud”. *Fermentum*, 17 (50), (575-598).

REDUCCIÓN DE DAÑOS Y CONTROL SOCIAL ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Oriol ROMANÍ

Universidad Rovira i Virgili y Grup Igia
oriol.romani@urv.cat

Aclarando algunos conceptos

En este escrito pretendo clarificar de qué hablamos cuando hablamos de la reducción de daños en drogas, poner de relieve algunas de sus contradicciones y marcar las que creo deben ser las principales orientaciones ideológicas, teóricas y metodológicas de la reducción de daños en drogas para que este campo tenga una verdadera utilidad social en las políticas de drogas, en el sentido de que resulte práctico para solucionar algunos de los problemas que éstas deben enfrentar; lo cual requerirá, al mismo tiempo, que se basen en cierto rigor científico y en unas perspectivas teóricas críticas que permitan ir más allá de cómo se presenta socialmente este constructo.

Lo primero que quiero subrayar es que aquí voy a hablar, fundamental aunque no únicamente, de reducción de daños, y no tanto de reducción de riesgos, cuya clarificación conceptual se aborda en el capítulo “Riesgos, daños y prevención” de esta misma obra. Lo cual no quiere decir que no tenga que abordar el lugar de la percepción de los riesgos en la vida cotidiana de la gente, como un elemento explicativo de las conductas tendentes a minimizar un daño, potencial o actual, a partir de esa percepción.

Desde una perspectiva de análisis sociocultural de la realidad sabemos muy bien la importancia central que las percepciones sobre los fenómenos sociales tienen en su propia constitución. En el caso de las drogas, sin querer entrar a profundizar ahora en perspectivas históricas y transculturales, está claro que nos remiten a ámbitos tradicionalmente básicos de la vida, como la religión y la medicina, pero también a otros propios de la contemporaneidad, como el ocio. Es más, podemos suponer que en nuestras sociedades contemporáneas, esta última connotación es la que cubrirá gran parte del espectro del significado que se dé al uso de este tipo de sustancias, por más que la religión (sentido de trascendencia) o la medicina (auto-cura) también tengan su lugar. Así pues, en cada uno de los contextos donde se den sus consumos, habrá unas percepciones sociales más o menos elaboradas que nos expliquen qué son las drogas, que cualidades tienen, para qué sirven, qué efectos se esperan

de ellas, cómo deben de tomarse, que consideración tiene el que toma esta o aquella sustancia, según la manera en que lo haga, etc.

Hoy en día, todavía ocupa un lugar hegemónico un modelo de percepción y gestión de las drogas que se basa en la articulación de dos paradigmas fundamentales en la definición de las mismas, el de tipo jurídico y el de tipo médico. Dicho modelo ha logrado producir un conjunto de ideas sobre lo que son las drogas y su lugar en el mundo (con su influencia en las visiones generales del mundo que forman parte de los discursos hegemónicos existentes), en las cuales tienen un peso estratégico sus aspectos morales: asociación con lo que debe o no debe ser, con lo prohibido, con el placer, con la postergación de la recompensa, con la auto-contención, con el ejemplo público...; y ha producido también un conjunto de dispositivos sociales para gestionar su presencia, sus efectos y sus consecuencias.¹ Es en este contexto que debemos situar la emergencia de la reducción de daños.

En efecto, a pesar de estos discursos todavía hegemónicos que condicionan las percepciones de los posibles daños relacionados con las drogas, las prácticas sociales en torno a las mismas, y los discursos que junto con estas van emergiendo, son mucho más variadas de lo que aquellos discursos hegemónicos podrían dar a entender. A partir, fundamentalmente, de los años ochenta en Europa, todo un conjunto de estas prácticas y discursos ha ido convergiendo hacia esto que hemos categorizado bajo el nombre de reducción de daños. Ello ha sido posible por diversos factores, entre los cuales no es menor la constatación por parte de distintos sectores sociales directamente implicados (personal y/o profesionalmente) en el mundo de las drogas de que las intervenciones basadas exclusivamente en el modelo penal prohibicionista no resultaban nada prácticas, sino que eran más bien contraproducentes, para la gestión del conflicto social y el abordaje de los problemas de salud que se asocian a ciertos consumos, y más si esto se planteaba desde una perspectiva del respeto a los derechos individuales y sociales básicos. A partir de la evaluación de algunos de los efectos perversos más evidentes del modelo penal, puestos de relieve sobre todo con la extensión del VIH y otros problemas sanitarios derivados de la práctica endovenosa clandestina, se fueron elaborando orientaciones, básicamente sociosanitarias, de tipo más pragmático, que desembocaron en las políticas de reducción de daños (Grup Igia y cols., 2000).

Claro que lo que acabamos de ver fue posible, a su vez, por el contexto político más general que supuso la crisis del Estado post-fordista y el desarrollo de la

1. En diversos estudios hemos constatado como las percepciones y discursos sobre las drogas han tenido un importante peso dentro del conjunto de las cosmovisiones que más han circulado en nuestro país en los últimos treinta años. El llamado “problema de la droga” constituye un problema social que, a pesar de que tuvo sus primeras manifestaciones en “los felices años veinte”, se consolidó como tal durante la transición a la democracia y en los inicios de ésta, y desde entonces forma ya parte del repertorio de los problemas básicos de nuestra sociedad (Usó, 1996; Megías, Comas, Domingo, Elzo, Navarro, y Romaní, 2000; Romaní, 2004).

mundialización neoliberal, que implicó el inicio del proceso de desmantelamiento de los Estados del Bienestar en favor de regiones supraestatales (tipo UE) o entes locales intraestatales (regiones de distinto tipo y/o municipios). Aunque todavía estamos de lleno en este proceso, aquí podemos aplicar aquel refrán de que “no hay mal que por bien no venga”, pues no hay duda que el hecho de que el Estado se haya reservado básicamente las “grandes políticas” económica y militar (lo que en el caso de las drogas, significa el control de la oferta) mientras ha renunciado en gran parte a competencias en políticas locales de salud, educación y servicios sociales (que trabajan sobre todo prevención y asistencia) ha posibilitado que, a estos niveles, se pudieran ir ensayando unas políticas de drogas un tanto distintas a las hegemónicas, al cumplimiento de muchos aspectos de las cuales los Estados están obligados por la firma de convenios internacionales.

Ahora estamos ya en condiciones de avanzar en algunas definiciones, siempre provisionales, sobre el tema que nos ocupa, ya que conocemos el contexto en el cual han surgido. Por un lado, una que proviene de una fuente institucional: “Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final –abandono del consumo– y considerar objetivos intermedios –disminución de la mortalidad, limitación del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc.–, como aspectos esenciales que hay que atender” (Resolución del Consejo de Ministros de la Salud de la Unión Europea del 16-V-89, citado por Nieva, Baulenas y Borràs, 1995: 26). Por otro lado, veremos un análisis un poco más prolijo de lo que significan estas políticas:

Los programas de minimización del daño para el gobierno de las drogas ilícitas tienen como punto de partida que todos los daños relacionados con las drogas son entendidos como riesgo, como probabilísticamente identificables y como previsibles o capaces de ser minimizados; de esta manera, todas las intervenciones se dirigen a la reducción de riesgos. Aquí es importante subrayar que en estos programas los riesgos se toman para incluir tanto los riesgos de los individuos consumidores de drogas como los riesgos hacia otros individuos o hacia la sociedad en su totalidad (...) no hay, por lo tanto, un foco especial en los riesgos que los consumidores de droga representan a otros. Los riesgos son sociales en tanto que afectan a todos, incluyendo a los consumidores. No se supone que todos los riesgos son generados solamente por los consumidores de droga; algunos, de hecho, se consideran creados por las políticas de gobierno, así como por las acciones de otros individuos. Éstos incluyen respuestas prohibitivas y excluyentes que aíslan y demonizan a los consumidores, que alternadamente crean riesgos de salud aumentados porque son excluidos de la ayuda social y médica (...) no sólo las drogas ilícitas son consideradas como creadoras de daños y/o dañinas. De hecho, el tabaco y el alcohol, así como las drogas farmacéuticas, se consideran, incluso, como creadores de mayores perjuicios en la sociedad (O'Malley, 2007: 159-160).

Mientras que la primera definición “oficializa” de alguna manera la reducción de daños, legitimando un giro en las políticas de drogas, de las consecuencias del cual no sé hasta qué punto sus promotores eran conscientes, en el segundo caso empezamos a vislumbrar algunos de sus efectos en forma de categorizaciones

que problematizan las relaciones que se dan entre los distintos elementos que componen la reducción de daños. Por un lado, se habla de riesgos probabilísticamente identificables; por el otro, de las raíces socioculturales de los riesgos. Esto último implica reconocer que los riesgos emergen y evolucionan en el seno de una dinámica altamente compleja, cuya orientación quizás pueda llegar a conocerse, pero me temo que no precisamente a través del cálculo probabilístico. Lo cual da de lleno en la contradicción en la que incurren aquellas corrientes que pretenden que la reducción de daños es una corrección técnica que contribuirá a mejorar la prevención en el campo de las drogas: si somos consecuentes con el análisis complejo que requiere el fenómeno que estamos analizando, debemos poner “patas arriba” la ciencia de la prevención basada en los factores de riesgo para situar la cuestión en el seno de las tecnologías socio-políticas que definen a la gubernamentalidad contemporánea (Duff, 2003; Sepúlveda, 2010).

Pero antes de entrar en este tema, que trataremos más adelante, subrayar algo evidente: no podemos hablar de daño sin hablar de riesgo, entonces, ¿de qué hablamos, de reducción del riesgo o del daño? Para intentar responder a esta pregunta podemos acudir a otra fuente institucional, que pretende dejarlo claro cuando plantea que “(...) se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida)” (PNSD, 2009); este sería un buen ejemplo del abordaje de la reducción de daños como una cuestión meramente técnica. Definición que podemos contrastar con otra más global que, más allá de las distinciones técnicas, siempre necesarias, nos indica la filosofía de fondo que caracterizaría a la reducción de daños: “El principio general que guía a la reducción de daños es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos para disminuir los diferentes tipos de daños” Grup Igia (2002).

Transformaciones en el control social: de las instituciones al mercado

Nos hemos referido ya a los cambios sociopolíticos generales dentro de los cuales ha emergido la reducción de daños, pero ahora quiero referirme más específicamente a algunas de las más significativas transformaciones del control social ocurridas a lo largo de la segunda mitad del siglo xx para situar mejor las condiciones de esta emergencia. Para ello, debemos antes saber a qué nos referimos cuando hablamos de control social. Una primera aproximación como la que sigue puede resultarnos de utilidad:

Si definimos el control social como todo aquel conjunto de presiones de los que dispone una sociedad para orientar la conducta de sus miembros de cara a garantizar su reproducción social, no descubriré nada nuevo si digo que la historia del control social es la historia de la humanidad. Pero, como es bien sabido, el concepto de control social, como un conjunto de controles especializados y explícitos, es un concepto que surge con la modernidad. (Romaní, 2003: 429).

Quizás lo que más nos pueda interesar aquí es el juego existente entre las dos formas de control social que subyacen a esta definición que acabamos de ver, es decir, los controles sociales informales, imbricados en las relaciones sociales cotidianas de la vida de la gente en todas las sociedades, a través de las cuales se da el proceso de socialización primaria y el de endoculturación permanente, y que produce unas formas de subjetivación de los individuos características de cada sociedad; y los controles sociales formales, profesionalizados y especializados que actúan desde diversas instituciones del Estado. Aunque sabemos de la existencia de este tipo de control social explícito en sociedades anteriores a la moderna, el peso central que en ella adquiere, su justificación ideológica basada en la capacidad de la racionalidad burocrática para prevenir situaciones futuras y las contundentes realidades que ha creado (desde los Estados del Bienestar hasta el Holocausto) han terminado por convertirlo en una seña de identidad de la modernidad.

Esta gran presencia de las instituciones había llegado a ofuscar un hecho que desde diferentes perspectivas antropológicas de análisis de la modernidad se puso de relieve, y es la persistencia de la fuerza de las relaciones informales y del control social que a través de ellas se ejerce, también en el seno de las instituciones. En realidad, el poder institucional estaría configurado por los tipos de articulaciones, por las tensiones, entre relaciones y controles sociales formales e informales (ver, por ejemplo, Gledhill, 2000; o Comelles, 2006).

Simplificando mucho procesos muy complejos, que han adquirido diversas formas y han tenido ritmos diferentes en distintos lugares, podemos decir que este juego de tensiones se mantuvo con un cierto equilibrio inestable hasta que con el desarrollo de eso que conocemos como “la globalización” –es decir, el proceso de mundialización neoliberal, iniciada en el último cuarto del siglo xx–, el mercado se va liberando de sus controles políticos y los poderes, ejercidos paulatinamente por redes financieras transnacionales, necesitan nuevas formas de control social, no tan rígidas como las que caracterizaron los Estados del Bienestar, para que el poder cada vez mas omnímodo de ese mercado controlado financieramente sea visto por la mayoría de la población como el mejor de los mundos posibles, a pesar de las limitaciones que va imponiendo a derechos sociales básicos adquiridos por la ciudadanía a través de años y años de luchas sociales.

Se va configurando así un nuevo tipo de control social, que sería aquel “(...) conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis

y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad”, que es la manera como Foucault (2006: 136) describe la gubernamentalidad. Dicho concepto incluye el uso de todo un conjunto de técnicas sociopolíticas, dirigidas a trabajar la construcción de subjetividades acordes con la “flexibilidad” del mercado, entre las que podemos señalar desde el lugar central que ocupa la cultura consumista, a la presencia cada vez mayor de las técnicas “psi” y de la industria de la auto-ayuda, pasando por las empresas del ocio, el espectáculo y la comunicación que, no por casualidad, cada vez tienden más a confundirse.² Esta sería la forma dominante de control social que, de forma coherente con las corrientes postmodernistas, se va desplegando junto al desarrollo de la mundialización neoliberal; pero que entra en crisis, lógicamente, en aquellas zonas y periodos en que el empobrecimiento de las poblaciones fruto del hiperdesarrollo de ese mercado desbocado, les impide consumir y, de alguna manera, continuar “disfrutando del espectáculo”, por lo que entonces pasan a primer plano los dispositivos de seguridad más tradicionales de las sociedades capitalistas (aunque no sólo de ellas) en forma de represión ante las movilizaciones populares. En efecto, como plantea Rose (2007: 135):

(...) Sería engañoso interpretar el rediseño contemporáneo acerca de los límites de lo político como una mera “reducción del papel del Estado en la sociedad”. Por un lado, hemos visto la difusión de los mecanismos que Deleuze caracterizó bajo la rúbrica de “sociedades de control”, en la que la conducta es continuamente monitoreada y reconfigurada por las lógicas inmanentes al interior de todas las redes de prácticas. En tales prácticas somos continuamente sujetos de procesos de integración funcional: “el proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida”, “el reentrenamiento continuo”, “la constante presteza para el trabajo”, “el consumo incesante” (Deleuze, 1995). Pero estos procesos de modulación continua de la conducta han estado acompañados por la intensificación de la intervención política directa, disciplinaria y, frecuentemente, coercitiva y carcelaria en relación con personas y zonas particulares (la población reclusa aumenta a lo largo de toda Europa, por ejemplo).

Las políticas de reducción de daños surgen, pues, en el contexto general de desarrollo de las condiciones sociales y políticas generales que constituirán la mundialización neoliberal, señalados en el primer punto, y en el contexto específico de las transformaciones de los principios y técnicas de control social que acabamos de esbozar en este segundo apartado. Veamos ahora alguna de las contradicciones que ello conlleva en el desarrollo de dichas políticas en el campo de las drogas.³

2. Hecho que fue analizado ya tempranamente, y de forma brillante, por Baudrillard (2007), entre otros.

3. Lo del “campo de las drogas” no lo digo como una coletilla, sino para dar a entender que esta misma perspectiva se ha aplicado a otros campos conflictivos, como es el de las llamadas bandas juveniles, y con resultados interesantes. Ver, por ejemplo, Feixa y Romaní (2010).

Técnicas de gobierno, control social y reducción de daños

Cuando nos referimos a ciertas novedades en las formas de control social, no nos referimos tanto a la centralidad del espectáculo, hecho al fin y al cabo heredero del *panem et circensis* romano; sí quizás un poco más a la presencia permanente y masiva del consumo, fenómeno emergido a mitades del siglo xx en los EEUU, a diferencia de los momentos de redistribución ritual, que era el tipo de consumo que caracterizaba a muchas sociedades tradicionales; si no, sobre todo, a que estas nuevas formas intentan llevar la lógica de la relación individuo- institución, con la que la modernidad pretendió romper los lazos comunitarios tradicionales, hasta el punto de proponer la relación entre individuos autónomos como la única posible en el conjunto de la sociedad. Ello supone ofrecer una imagen idealizada de individuos auto-suficientes y auto-gestionados, responsables, cívicos, etc.

El conjunto de técnicas que configuran el acervo disponible para la gubernamentalidad tienden a posibilitar la gestión de esos individuos (supuestamente) autónomos. Esto, en el campo de las drogas, supone algunas operaciones previas, como reconvertir un mercado muy condicionado políticamente por la prohibición y la estigmatización, en algo más asequible a los “individuos responsables”, es decir, a una población más normalizada. Ya que parece que no hay más remedio que convivir con las drogas, convirtámoslas en unas mercancías más inocuas, en que algunas de las pulsiones básicas que nos empujan a consumirlas, como el placer, queden distorsionadas bajo categorizaciones más aceptables –y por lo tanto, manejables– socialmente. La supuesta compulsión adictiva de los discursos prohibicionistas se convierte, en la perspectiva neoliberal de la reducción de daños, en la libertad de escoger aquello que conviene más al individuo informado, libertad de escoger que se plantea en términos estrictamente racionales.

Dicha libertad requerirá, de algún modo, de la presencia de “expertos” (en un mercado de nuevas profesiones, o en forma de publicaciones de distinto tipo) que nos ayuden, en ciertos momentos de duda, a distinguir entre los “buenos usos” y los “malos usos” de las drogas. Según exponen O’Malley y Valverde (2004), este discurso (neo?)liberal plantea unas afinidades electivas entre libertad, buen orden y placer, frente a desorden, compulsión y dolor. Pero siempre en una versión racionalizada del placer, en la que, para poderlo disfrutar, se ha desactivado su relación con la compulsión incontrolable, pues de otro modo nos encontramos con la amenaza de la experiencia del dolor.

Esto es revelador de las contradicciones que la gestión de los placeres presenta en las sociedades neoliberales:

Pleasure, especially as in the figure of the felicity calculus, is at the heart of liberal constructions of the rational and free subject. Pleasure and rationality are foundationally linked, precisely because the pleasure/pain couple is a given in the liberal constitution

of rational calculation. At the same time, however, pleasure is a problem where its pursuit – as in the imagery of ‘hedonism’ – conflicts with other key requirements made of liberal subjects, notably ‘responsibility’, ‘rationality’, ‘reasonableness’, ‘independence’ and so on. In this sense, for liberal governance pleasure is a construct that has to be handled strategically (O’Malley y Valverde, 2004: 27- 28).

Este manejo estratégico del placer requiere un lenguaje técnico que poco tiene que ver con las experiencias de la gente, pero que resulta mucho más adecuado a las necesidades de la gestión; así, las preferencias de una persona por beber tal vino o cerveza, o fumar una hierba, se convierten en la ingestión de etanol o de tetrahidrocannabinol, en una operación de abstracción que hace irreconocible la experiencia fenomenológica que nos produce placer.

Todo ello nos lleva a dos consideraciones metodológicas con consecuencias en las posiciones que adoptemos respecto a lo que nos interesa o no en la reducción de daños. Por un lado, si nos quedamos en el discurso de la pura racionalidad abstracta, propio de la ciencia positiva, no podremos captar muchos de los aspectos que nos interesa gestionar, pues dejamos fuera muchos de los aspectos que forman parte de la vida cotidiana de la gente. Es lo que planteábamos cuando, hablando del riesgo y los jóvenes, exponíamos el concepto de “riesgo situado” de Tulloch y Lupton (2003), es decir:

Aquel riesgo construido día a día en que el contexto cotidiano de las personas que se relacionan con estos riesgos, que los asumen o no, pero siempre como una parte más del conjunto de pequeñas y grandes decisiones (o no decisiones, en muchos casos) que toman en determinados momentos, en determinadas compañías, con ciertas expectativas, razonamientos y pasiones. Es decir, en los contextos en los que se elaboran las decisiones a partir de una evaluación de ganancias/pérdidas, pero no contemplada desde el simplismo del *homo economicus* y la racionalidad pura, sino como sujetos enraizados en un grupo social, en este caso condicionado en gran parte por la edad y el género, y situados en un entorno y en un momento histórico determinados. (Romaní, 2010: 30).

En este mismo párrafo aparece de diversas maneras el otro aspecto al que me refería, que es central desde una perspectiva de análisis sociocultural de la realidad, como es el de la socialidad constitutiva de todo ser humano. Por más que el discurso liberal se empeñe en esconderlo, todo individuo es producto de unas condiciones sociales y culturales, forma parte de grupos sociales determinados, etc. Precisamente la insistencia del discurso neoliberal en la idealización del individuo contemporáneo tiene la finalidad de esconder las raíces estructurales de las sociedades, de las que esta socialidad humana es un elemento clave, para poder manejar mejor, desde la estadística al marketing político, a los grupos humanos, cuya existencia conoce perfectamente quien emite este discurso. También la reducción de daños, como no podía ser de otra manera, es un fenómeno radicado socioculturalmente, como hemos visto antes, aunque en muchas ocasiones esto parece olvidarse, cuando se plantea como si fuera una mera cuestión de opciones personales.

Quizás ello ocurra porque cuando tratamos el tema de la reducción de daños en poblaciones que no presentan grandes problemas sociales, no estigmatizadas, o cuando la planteamos para grandes grupos sociales como puede ocurrir en el caso del tabaco, por ejemplo, nos olvidamos de algo que en sus orígenes, entre poblaciones marginales con consumos endovenosos de algunas drogas, estaba muy claro, como eran las raíces sociales y culturales de sus daños y, por lo tanto, la necesidad de abordarlos a estos mismos niveles; que incluyen, desde luego, el trabajo individual, pero que si dicho trabajo desconoce el contexto, se verá abocado a la inoperancia, como tan a menudo ha ocurrido en el campo de las drogas, entre otros.

Se trataría simplemente de ser consecuentes a nivel metodológico con lo que nos ha enseñado la realidad. Si constatamos la centralidad de los factores socioculturales en la reducción de daños, deberíamos elaborar teorías y aplicar metodologías coherentes con ello. Hace años que sabemos, no sólo en el campo de las drogas, sino en el de la salud en general, que para el mejoramiento de los niveles de salud de una población son más importantes cuestiones sociopolíticas, como la capacidad de decisión, el poder del que dispone la población para vivir su vida, que las meramente técnicas; si se quiere decir de otra manera que, además de tener la capacidad de vivir una vida digna de ser vivida (elemento clave para una buena salud), la aplicación de muchos desarrollos técnicos sólo será posible si hay un cierto nivel de poder para imponer su agenda por parte de la mayoría de la población concernida por tal o cual problema de salud (¡empezando por su definición como problema a tratar!), en lugar de depender de factores externos como ciertos programas de investigación, la oportunidad política de ciertas iniciativas, o los intereses de las compañías farmacéuticas (ver Serapioni y Román, 2003).

De hecho, esta línea de fomentar y sistematizar la participación de los propios afectados por problemas de drogas y la de sus redes sociales primarias en programas de reducción de daños, de buscar fórmulas de colaboración más horizontal entre los técnicos y las poblaciones afectadas, de luchar por conseguir mayores recursos, de intentar clarificar de cara a la población general qué es lo que se está haciendo en reducción de daños, de buscar alianzas con otros sectores sociales para conseguir una cierta ampliación de la capacidad de decisión de “los de abajo”, etc. Es lo que se está intentando tirar hacia adelante desde hace varios años por parte de distintos grupos de ciudadanos y ciudadanas, básicamente (aunque no solamente) profesionales de drogas, usuarios y familiares, a través no sólo de la actividad del día a día en los distintos dispositivos de reducción de daños, sino también a través de investigación aplicada, formación, publicaciones, movilizaciones, distintas iniciativas políticas, reuniones y congresos a distintos niveles, etc., pues no quieren ser sólo “las fuerzas opositoras transformadas en proveedores de servicio”, en acertada expresión de Rose (2007: 138) cuando se refiere a la externalización de servicios sociales, sino algo más.

Diría, pues, que la tensión entre las ofertas del discurso neoliberal para “un buen gobierno de las drogas”⁴ que se ofrece en el mercado, y las líneas de trabajo con ya bastantes años de profundidad que llevan en sus espaldas los citados grupos de profesionales y consumidores a partir de sus experiencias personales, profesionales y políticas, en el sentido de intentar incorporar la reducción de daños al campo de la salud pública, es la que marca la arena de lo que se puede hacer en estos momentos en las políticas de reducción de daños (...) a pesar de que tengamos que reconocer, pues no somos ingenuos, que, ahora y aquí, las posiciones que representamos estos últimos estén perdiendo estrepitosamente la partida, como parece claro por las políticas anti-sociales de los gobiernos europeos, español y catalán, que con mayor o menor intensidad están llegando a los recortes y/o la supresión de ciertos programas y dispositivos de reducción de daños, entre otros muchos programas sociales. Pero reconocer esta situación actual no quiere decir para nada renunciar a luchar por lo que creemos que debe ser.

La reducción de daños, una apuesta por la consolidación de las políticas públicas

Antes de entrar en esta parte final y más propositiva del texto, no puedo dejar de señalar las contradicciones en las que se tienen que mover estas posiciones que piensan que la reducción de daños en drogas debería ser parte integrante de la salud pública de una sociedad, ya que en la mayoría de las veces –y, desde luego, en nuestro país de manera clara– se han visto obligados a trabajar desde los márgenes del sistema público, lo que quiere decir que aunque su actividad pueda formar parte de programas de salud pública, se realiza a través de la gestión de ONGS o empresas del tercer sector, cuando no de empresas privadas *stricto sensu*, como ya está empezando a ocurrir en estos momentos.

Ello significa, de alguna manera, reforzar la segregación de las poblaciones vulnerables que les han sido encomendadas por las instituciones públicas, lo que llega a contaminar a los propios profesionales que trabajan con ellas. Aunque hace unos años las diferencias eran más notorias que en la actualidad, en que la liquidación de la sanidad pública para disfrute de algunas empresas privadas está empeorando, entre otras cosas, las condiciones laborales de sus profesionales, todavía las condiciones de quienes trabajan entre los más marginales acostumbran a ser más precarias de lo habitual. Es lo que tiene trabajar con poblaciones a las que se considera al margen, tal como planteábamos hace unos años:

4. Aquí quiero señalar una cosa: en muchos aspectos, el discurso liberal al que antes nos hemos referido, de un cierto contenido epicúreo, puede ser muy atractivo, aunque esto es opinable. La falacia que crítico es que se plantee casi como un programa de obligado cumplimiento, admitamos que aplicado con la mejor de las intenciones desde una perspectiva de un cierto despotismo ilustrado; y, sobre todo, que pasa por alto las condiciones sociales de posibilidad que impiden a mucha gente acceder a un trato con las drogas que les suponga una experiencia enriquecedora en su vida.

El modelo economicista neoliberal que rige el mundo globalizado y constriñe las políticas públicas parece dejar fuera de los circuitos de rentabilidad la atención a quienes se pueden considerar “no-productivos”, ergo “no-consumistas” y, por tanto, “no-asistibles”. Así pues, simbólica, política y económicamente, encontramos que hay bolsas de población completas que no cuadran en los balances. La forma de que las cuentas se equilibren, por tanto, es hacer “separata” con ellos: un capítulo aparte que otros se encarguen de gestionar, para que la máxima política y simbólica a que nuestro modelo socioeconómico rinde culto, el Déficit Cero, sea cumplimentada. (Romaní y Ilundáin, 2009: 44- 45).

Es por ello que trabajar de manera consecuente en este sector no sólo implica un quehacer profesional, sino que de alguna manera exige una cierta militancia, un “plus” que permita conjugar aquello que día a día se tiene entre manos con los objetivos a los que se pretende llegar. Y es por ello que a partir del análisis de como funciona este sector, y del de la experiencia de muchos profesionales en él, surge la necesidad de clarificar de qué hablamos, y que estamos haciendo, cuando hablamos y trabajamos en actividades de reducción de daños en drogas.

Es evidente que la reducción de daños, y no sólo en el campo de las drogas, tiene diversas caras. El análisis que hace Nichter (2006), por ejemplo, en el campo de la salud en general, está basado en las percepciones de la gente en su vida cotidiana sobre la salud y sus riesgos, y en las respuestas que ofrece el mercado, y en este sentido podríamos decir que se centra en una serie de prácticas muy coherentes desde la gubernamentalidad neoliberal. No entra a referirse a programas de salud pública en drogas, pues en este campo se refiere sólo al tabaco, y por esto, a la vista de lo que hemos analizado en este artículo, y sobre todo en su sección anterior, a veces parece que hablemos de dos mundos completamente distintos. Por otro lado, su análisis es muy clarificador respecto al rol del mercado en las prácticas de reducción de daños, sobre todo porque lo sitúa en el marco de una antropología de la vulnerabilidad, el riesgo y la responsabilidad.

En efecto, la vulnerabilidad y las percepciones que las poblaciones pueden tener sobre ella, a partir de las situaciones que viven y de las políticas del miedo que, sobre todo a partir del 11-S de 2001 forman parte de la gubernamentalidad, y que favorecen las ansiedades que están a la base de aquellas percepciones, son elementos que no podemos dejar de tener en cuenta en el análisis de la reducción del daño, también en el campo de las drogas. Es más, como se verá a continuación, la vulnerabilidad la considerábamos como el eje principal de las políticas de reducción de daños en una declaración elaborada hace unos años pero que creo que, por su toma de posiciones, puede ser muy útil para cerrar este texto, aquí y ahora:⁵

5. Se trata de la declaración de “Principios básicos de la Reducción de Riesgos y Daños en Drogas”, dada a conocer en abril del 2008 en Oporto, dentro el proceso de preparación de la 5ª (y, de momento,

Las políticas y programas de Reducción de Riesgos y Daños en Drogas se extendieron, desde la década de los ochenta, concretándose en una serie de intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos asociados a ciertos consumos de drogas; pronto se evidenció la necesidad, en muchos casos, de minimizar los daños asociados a las leyes sobre drogas; así como la necesidad de luchar contra las situaciones de vulnerabilidad en las que vivían muchas de las poblaciones objeto de estas intervenciones.

En estos momentos, la Reducción de Riesgos y Daños, en el campo de las drogas y en otros aspectos de la salud es una expresión que reclaman muchas intervenciones, programas y políticas. Aparentemente hay un cierto consenso sobre la misma, pero si profundizamos un poco, creemos que encontraríamos líneas muy distintas de actuación, desde aquellas que buscan la mera contención de algunos problemas sociales acuciantes, hasta las que se orientan a plantear la Reducción de Riesgos y Daños en un contexto de profundización de las políticas públicas. Situándonos más en esta segunda orientación, presentamos a continuación lo que creemos deben ser los principios básicos de la Reducción de Riesgos y Daños en la actualidad.

La Reducción de Riesgos y Daños es un movimiento que se basa en la cooperación transversal de distintos actores: la sociedad civil, a través de movimientos sociales, organizaciones privadas y distintas instituciones de tipo social (universidades, iglesias, partidos políticos etc.); y el Estado, los municipios, y las diversas administraciones e instituciones públicas. De tal modo que no consista ni en la imposición unilateral de políticas estatales ni en la acción de unas ONG's allí donde el Estado ha dimitido de sus obligaciones de intervención social, sino en el producto del diálogo entre los distintos actores (sociales, políticos, profesionales, etc.) en el contexto de una renovación y consolidación de las políticas públicas.

El núcleo de las políticas de Reducción de Riesgos y Daños consiste en desarrollar y consolidar en diferentes ámbitos, acciones alternativas a los modelos actualmente dominantes de gestión política de las drogas, basadas en el principio general de potenciar la cohesión social y la salud, a través de unas políticas de drogas técnicamente más eficaces y socialmente más equitativas.

Somos conscientes de la gran variedad de situaciones que se dan en el mundo en general y en nuestros propios países en particular, por lo que es muy difícil concretar de manera unívoca estos objetivos generales de la Reducción de Riesgos y Daños. Pero sí creemos que se pueden proponer unos elementos comunes que localmente pueden tener desarrollos distintos, porque sabemos que hablar de drogas es hablar siempre de los contextos donde éstas se insertan y de las personas que se relacionan con ellas.

La vulnerabilidad sería el eje central de las políticas de Reducción de Riesgos y Daños, pues afecta de manera conjunta a los aspectos sociales y físico- psíquicos (salud) de las personas. En muchos contextos será necesario enfatizar sus aspectos socioeconómicos (poblaciones marginales de las grandes ciudades, grandes poblaciones pobres de los países del Sur...), mientras que en otros el énfasis puede estar en otras vulnerabilidades (como, por ejemplo, las derivadas de la estigmatización de presos y enfermos mentales, o de la inserción juvenil en las sociedades neoliberales centradas en el consumo intensivo de bienes y servicios).

última) Conferencia Latina de Reducción de Daños en Drogas (CLAT 5), que se celebró en Oporto del 1 al 5 de julio de 2009, por parte de las asociaciones organizadoras de dicha conferencia: Grup Igia (Barcelona), APDES (Oporto), EGO (París) y LUP (Milano). Como se podrá observar, aquí se habla indistintamente de reducción de riesgos y daños, opción que en aquel momento se pensó que era más estratégica; al tratarse de la reproducción de un documento ya elaborado, evidentemente, no he cambiado ni una coma.

Además de estos aspectos, hay otros temas en los que la Reducción de Riesgos y Daños tiene que trabajar actualmente de forma prioritaria: la perspectiva de género, para visibilizar una parte fundamental de las poblaciones con las que trabajamos y responder a sus necesidades específicas, producto de unas relaciones desiguales; la perspectiva ecológica, integrando esta dimensión en nuestros análisis e intervenciones para intentar paliar, desde nuestro ángulo, algunas de las limitaciones sobre elementos básicos para la sobrevivencia (agua, tierra, etc.) que un mercado desbocado ha impuesto a cada vez más gente; las migraciones, que plantean nuevas formas de trabajar en salud (y en muchos otros campos); la conquista de la ciudadanía plena, como forma de poder intervenir en la resolución de estos conflictos sociosanitarios; o un abordaje de los Derechos Humanos que incluya estos elementos, para asegurar la viabilidad de nuestras intervenciones. Las intervenciones de Reducción de Riesgos y Daños deberían sistematizarse en distintos ámbitos: sociosanitario (acceso a tratamientos, prevención de enfermedades, formas menos dañinas de consumo de sustancias...); político-legal (identificación y modificación de regulaciones, leyes y disposiciones que repercuten negativamente en los ciudadanos, que dificultan las intervenciones...); económicosocial (identificación de las repercusiones –sociales, y en el campo de las drogas– de las diferentes políticas económicas, evaluaciones de coste-beneficio ...); y cultural (conocimientos, actitudes y comportamientos de la sociedad ante el fenómeno de las drogas, rol de los medios de comunicación...)

La experiencia nos ha enseñado que las metodologías básicas para desarrollar las políticas de Reducción de Riesgos y Daños son las de tipo dialógico y cualitativo, es decir, no las que parten de la imposición de los programas elaborados unilateralmente por los expertos, sino aquellas basadas en las aportaciones consensuadas de los distintos actores, con la aportación de sus saberes específicos, y con las aportaciones técnicas adecuadas a cada situación.

En este sentido la Reducción de Riesgos y Daños debe basarse en las evidencias científicas validadas por el análisis de las buenas prácticas en Reducción de Riesgos y Daños, promoviendo intervenciones sustentadas en el rigor conceptual y científicamente orientado, así como en los otros principios ideológicos de la Reducción de Riesgos y Daños hasta ahora enunciados. Se trata de una actitud científica basada en la racionalidad concreta, que permite una visión más profunda, compleja y, por lo tanto, más útil, de la realidad, frente a aquella centrada sólo en la racionalidad abstracta, hegemónica todavía en ámbitos como la biomedicina, pero que deja fuera de su análisis elementos tan fundamentales del comportamiento humano como las emociones, los intereses o los contextos situacionales.

En definitiva, las políticas y programas de Reducción de Riesgos y Daños suponen la implementación de una intervención comunitaria y participativa en el campo de las drogas tendente a conseguir, junto a otros actores sociales, aquellos niveles de capacidad de decisión (empowerment) que permitan a las poblaciones unas mejores condiciones de salud y cohesión social, es decir, de vida.

Referencias bibliográficas

- BAUDRILLARD, Jean (2007). *Cultura y Simulacro*. Editorial Kairos: Barcelona (original 1978).
COMELLES, Josep Maria (2006). *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.
DELEUZE, Gilles (1995). *Postscript on control societies in Negotiations*. New York: Columbia University Press. (Citado en Rose, 2007).

- DUFF, Cameron (2003). "The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations". *Health, Risk & Society*, 5 (3), 285-299.
- FEIXA, Carles & ROMANÍ, Oriol (2010). "Catalan King versus Global King. Riflessioni sulla glocalizzazione degli immaginari cultural". En Queirolo Palmas, Luca. (ed.), *Atlantico latino: gang giovanili e cultura transnazionale*. Roma: Carocci Editore.
- FOUCAULT, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GLEDHILL, John (2000). *El poder y sus disfraces. Perspectivas antropológicas de la política*. Barcelona: Bellaterra.
- Grup Igia y cols. [Miguel Díaz y Oriol Romaní, coords.] (2000). *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona- Madrid: IMSP-FAD.
- Grup Igia (2002). *2ª Conferencia de Consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: Exclusión o integración social*. Bilbao. Barcelona: Publicaciones Grup Igia.
- MEGÍAS, Eusebio; COMAS, Domingo; ELZO, Javier; NAVARRO, José & ROMANÍ, Oriol (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.
- NICHTER, Mark (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica". *Desacatos*, 20, 109-132.
- NIEVA, Pilar; BAULENAS, Gemma & TRE Borràs (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Madrid: PNSD.
- O'MALLEY, Pat (2007). "Experimentos en gobierno. Análíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo". *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8), 151-171.
- O'MALLEY, Pat & VALVERDE, Mariana (2004). "Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of 'Pleasure' in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption". *Sociology*, 38 (I), 25-42.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: PNSD.
- ROMANÍ, Oriol (2003). "Prohibicionismo y drogas, ¿un modelo de gestión social agotado?" En Bergalli, Roberto (coord.), *Sistema penal y problemas sociales* (429-450). Valencia: Tirant lo Blanch.
- ROMANÍ, Oriol (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel (2ª ed.) (original 1999).
- ROMANÍ, Oriol & ILUNDÁIN Enrike (2009). "Profesionales y militantes: el ejercicio de la reducción de daños relacionados con usos de drogas". En Laespada, Teresa y Yraurgi Ioseba (eds.), *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína* (37- 47). Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- ROMANÍ, Oriol (coord.) (2010). *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?*. Barcelona: Bellaterra.
- ROSE, Nikolas (2007). "¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno". *Revista Argentina de Sociología*, 8 (5): 110-150.
- SEPÚLVEDA, Mauricio (2010). "Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio". *El Cotidiano*, 163: 55- 65.
- SERAPIONI, Mauro & ROMANÍ, Oriol (2003). "Potencialidades e desafio da participação dos cidadãos em saúde. Análise de três casos: Brasil, Itália e Inglaterra", *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003, 8, 448-448.
- TULLOCH, John & LUPTON, Deborah (2003). *Risk and Everyday Life*. London: Sage.
- Usó, Joan Carles (1996). *Drogas y cultura de masas (España 1855- 1995)*. Madrid: Taurus.

EL MANEJO DEL RIESGO ENTRE LOS Y LAS JÓVENES: DAÑOS, BENEFICIOS Y CONTEXTOS EN EL CONSUMO DE DROGAS

Elena RODRÍGUEZ SAN JULIÁN

*Socióloga. Codirectora de Sociológica Tres.
Profesora Asociada del Departamento de Sociología IV (UCM)
elena.rodriguez@@sociologicatres.com*

El enfoque habitual del riesgo en las actuaciones de drogas

Las actuaciones en materia de drogas, especialmente las destinadas a objetivos de prevención, han estado –y están– orientadas por un manejo del concepto de riesgo cargado de contradicciones y de limitaciones, que no ha tenido en cuenta el análisis global y teórico que las ciencias sociales han avanzado para su comprensión desde hace décadas.

En primer lugar se trabaja con una idea de riesgo que parte de una visión plana y unívoca, que contrasta claramente, en términos discursivos, con la variabilidad de interpretaciones que los diferentes escenarios y contextos sociales atribuyen al dicho concepto. El mismo término se utiliza en nuestra sociedad para aludir a situaciones completamente divergentes en términos valorativos (sociedad del riesgo, deportes de riesgo, riesgo empresarial...) que no permiten un posicionamiento apriorístico, y que al mismo tiempo están sugiriendo a la ciudadanía, muy especialmente a la joven, tanto la necesidad de experimentar y arriesgar como, contrariamente, la de prevenir y evitar, según las situaciones. Desde esta dualidad, los discursos preventivos en materia de drogas chocan, muy probablemente, con una pantalla contradictoria que resta permeabilidad al conjunto de sus mensajes.

Pero, además, la mayoría de las actuaciones de drogas manejan el riesgo tan sólo desde la óptica de los daños, confundiendo frecuentemente ambos términos y, sobre todo, excluyendo el componente de beneficio que está implícito, *per se*, en el concepto de riesgo como probabilidad en la medida que implica el balance entre las posibles ventajas frente a los posibles daños.

Por otra parte, frente a la complejidad de las lecturas de los riesgos, la posición de dichas actuaciones considera una lectura lineal desde la que los riesgos asociados al contacto con las drogas tan sólo tienen una vertiente (la de los daños), que además está calibrada y objetivada desde los expertos en la materia siendo el reflejo de lo que debe ser racional en el afrontamiento de los riesgos de drogas. Siendo así, las personas en general, y la población joven en particular, tan sólo deben conocer las conclusiones expertas para

tomar la decisión “correcta” respecto a los consumos: la información es la única lógica coherente en esta racionalidad, de tal manera que quien tenga conocimientos e información correcta y adecuada sobre las drogas deberá rechazar el consumo.

Esta manera de interpretar las opciones ante el riesgo deslegitima por irracionales las decisiones y/o conductas que contradigan los cánones expertos, o lo que es lo mismo, considera incoherente el contacto con las sustancias si se tienen referencias suficientes para conocer los daños que provocan.

Desde esta interpretación se ha analizado con profusión la relación entre la percepción del riesgo de las distintas drogas (realmente la percepción subjetiva de los daños que provocan) y los consumos, concluyendo una cierta correlación entre ambas variables que se traduce en que cuanto mayor es el nivel del riesgo/daño percibido, menor es el consumo. Sin embargo esta correlación no es perfecta, y deja espacios que no explican completamente la posición de los y las potenciales consumidores ante el riesgo asociado a los consumos de drogas, sobre todo las situaciones en que, siendo conscientes de los posibles daños, las personas deciden consumir (o experimentar), sin que ello pueda ser considerado como un comportamiento irracional o patológico.

El cuestionamiento de estas premisas, y la apuesta por una reinterpretación de las lecturas del riesgo en relación con los consumos de drogas, dieron origen a la investigación en la que se basan las reflexiones siguientes, desde un análisis específico de las posiciones ante el riesgo en general, y ante las drogas en particular, entre la población joven española entre 15 y 24 años (Rodríguez San Julián, Ballesteros Guerra, Megías Quirós y Rodríguez Felipe, 2009).¹

Las posiciones formales de los y las jóvenes ante el riesgo

Los estereotipos colectivos sobre la juventud tienden a proyectar hacia las personas jóvenes una predisposición hacia el riesgo, que parte del prejuicio de que el hecho de ser joven debe implicar necesariamente un mayor interés y capacidad para asumir riesgos en general.

Frente a este prejuicio, las posturas formales de los y las jóvenes ante el riesgo son extremadamente ambiguas y mucho más moderadas de lo que el discurso social presupone.

1. Este texto se basa en el estudio *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*, editado por la FAD, con la colaboración de la Obra Social de Caja Madrid y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (Rodríguez San Julián, E.; Ballesteros Guerra, JC.; Megías Quirós, I.; Rodríguez Felipe, MA. (2009)

FIGURA 1.

Acuerdo alto con posiciones ante el riesgo. Población 15-24 años (%).



Fuente: Rodríguez San Julián, Ballesteros Guerra, Megías Quirós y Rodríguez Felipe (2009).

De hecho, lo que se encuentra es una ambivalencia ante opciones de riesgo concretas, frente a la disyuntiva entre asumirlo o evitarlo, en las que porcentajes similares de jóvenes se posicionan en uno u otro sentido, e incluso son claramente minoritarias las tendencias más proclives a la experimentación o el riesgo. Por ejemplo, es poco más de la mitad del colectivo la que cree que “en la vida hay que arriesgarse”, a la vez que algo más del 40% considera que “más vale evitar las cosas que pueden complicar el futuro”, o que una cuarta parte de las personas jóvenes afirme que le gusta experimentar aunque ello implique un riesgo y la misma proporción exprese claramente que no le gustan los riesgos.

En conjunto, en relación con la predisposición ante el riesgo en general, se pueden identificar tres tipos de posturas, no excluyentes entre sí, y que no muestran posiciones cerradas al respecto: una más cercana a la posibilidad de asumir riesgos (algo más del 40% de los jóvenes), traducida en la idea de que “el riesgo es inevitable y tiene lecturas positivas”; una segunda que entiende que es necesario convivir con el riesgo pero desde la precaución, y que sería la opción de casi el 24%, y una postura contraria claramente a la

proximidad a los riesgos, mucho más proclive a la evitación sistemática, en la que estaría representado el 29% del conjunto de jóvenes.

En lo que respecta a la experimentación y los riesgos asociados a los consumos de drogas, los datos también desmitifican la supuesta banalización juvenil de la relación con estas sustancias. Más bien el reconocimiento de los posibles daños que supongan los consumos (especialmente los frecuentes) se encuentra en niveles muy similares a los que identifican otros grupos de población adulta, de tal manera que la inmensa mayoría de los jóvenes se sitúa en posiciones contrarias a la experimentación con drogas o a la aceptación de los riesgos de los consumos: entre el 1 y el 10 se puntuó con una media de 8 la idea de que las drogas destruyen y suponen demasiado peligro, mientras que la afirmación de que las drogas pueden usarse, aunque sea con cuidado, tiene una puntuación media de 4,5. Obviamente estas posturas incluyen matices importantes que apuntan a significativas minorías: hasta un 20% cree que las drogas tienen riesgo como todo lo que merece la pena en la vida y que se pueden usar, con precauciones, y un 28% cree que los riesgos que implican las drogas pueden ser controlados. Esas opiniones minoritarias pero relevantes identifican aproximadamente al 15% de jóvenes, los más proclives a la experimentación, frente al 60% que se opone frontalmente a la cercanía con las sustancias, rechazando cualquier forma de acercamiento a ellas.

Es también suficientemente clara la discriminación entre sustancias concretas, a pesar de que los y las jóvenes enfatizan la gravedad de los daños posibles en consumos habituales y perciban un bajo nivel de compensación en asumir determinados riesgos a cambio de acceder a las posibles ventajas que pudieran derivarse.

Los daños potenciales percibidos son muy superiores en el caso del uso habitual de cocaína o pastillas (cerca de una media de nueve en la escala de 1 a 10), y algo más bajos, pero aún así muy elevados (entre 7 y 8 de media) en relación con el consumo habitual de alcohol, cannabis y tabaco. Esta diferenciación entre sustancias supone que, en términos porcentuales, existen porcentajes significativos de jóvenes que se sitúan en posiciones intermedias en la valoración de la peligrosidad asociada al uso de drogas legales² y también de cannabis, cosa que no ocurre con el resto de drogas ilegales.

Desde el punto de vista de la posible compensación que suponga asumir el riesgo de daños si existe una expectativa de beneficios, también las posturas formales ratifican la negación de la proclividad al riesgo, de tal manera que la media de compensación para los diferentes consumos se sitúa alrededor del 2, en la misma escala de 1 a 10.

2. La consideración de drogas legales e ilegales opera en el imaginario independientemente de que, para el colectivo menor de edad, la denominación de legales no exista para sustancia alguna.

FIGURA 2.

Balace daños y beneficios en ciertos consumos. Población 15-24 años (%).

Consumos	% cree que daños son bajos	% cree que compensa
Conducir bajo efecto de drogas/alcohol	4,0	2,7
Consumir habitualmente “pastillas”	4,8	2,4
Consumir habitualmente cocaína	5,1	2,7
Consumir habitualmente cannabis	18,7	13,1
Consumir habitualmente alcohol	5,2	5,5
Consumir habitualmente tabaco	7,7	7,1

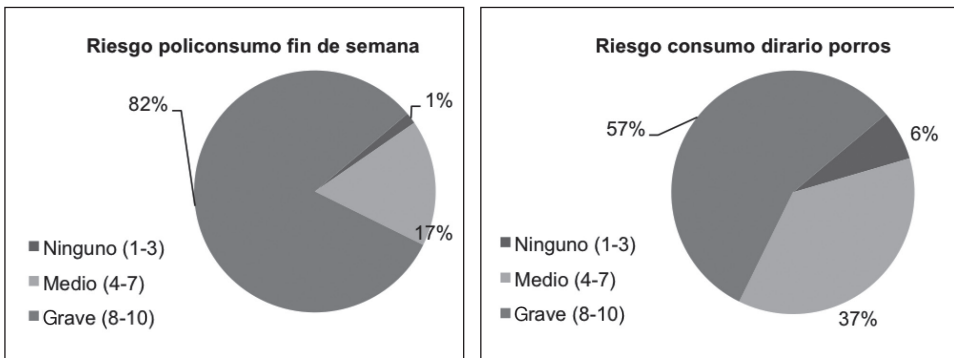
Fuente: Rodríguez San Julián, Ballesteros Guerra, Megías Quirós y Rodríguez Felipe (2009).

Lo más significativo, sin embargo, está en las excepciones. Por una parte la relativización que supone la valoración de riesgo y compensación del consumo de cannabis, frente a la que casi el 19% de los y las jóvenes cree que implica un bajo nivel de daños y respecto a la cual el 13% cree que compensa asumir los riesgos asociados.

Por otro lado la matización, siquiera ligera, en la valoración genérica de los riesgos cuando el foco se acerca a modelos de consumo más cercanos a la realidad juvenil. En referencia el policonsumo de fin de semana (mezcla de alcohol, cannabis, cocaína y pastillas), y aunque un 82% del colectivo cree que supone un alto nivel de riesgo, un 17% se sitúa en posiciones intermedias y el 1% niega la peligrosidad. En cuanto al consumo diario de cannabis la valoración de alto riesgo se reduce al 57%, mientras que un 7% niega el riesgo asociado y el 37% lo considera de nivel intermedio.

FIGURA 3.

Comparativa de riesgo percibido en dos modelos de consumo de drogas. Población.



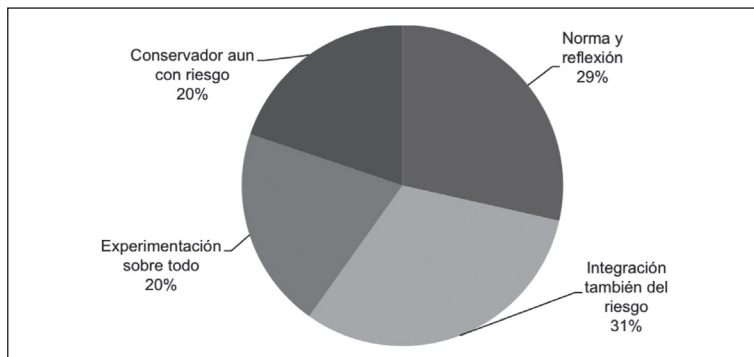
Fuente: Rodríguez San Julián, Ballesteros Guerra, Megías Quirós y Rodríguez Felipe (2009).

Pero resulta aún más llamativo el señalamiento de los tipos de daños y beneficios posibles asociados a ambos consumos-tipo. Respecto a los daños, se destacan sobre todo los problemas familiares, de salud, mentales y accidentes, en similar orden y proporción para los dos modelos. Estos cuatro tipos de problemas serían los que señalan más del 10% de jóvenes, de entre 12 posibilidades presentadas. Por el contrario, también en una batería de 11 posibilidades sobre posibles beneficios, se destaca una mayor variabilidad de opciones, todas ellas relativas a los espacios de diversión y ocio prototípicamente juveniles (aguantar la fiesta, divertirse más, desinhibición y espontaneidad, facilitar las relaciones, aumentar las sensaciones y relajar –sobre todo el cannabis–). Y lo que es más importante, los y las jóvenes destacan más posibles beneficios que daños (en número de posibilidades), y que, además, esas ventajas posibles se corresponden con su experiencia más cercana.

La contundencia de los resultados globales no oculta, más bien al contrario, la inmensa heterogeneidad y diversidad de la realidad juvenil. La caracterización cuantitativa de esta diversidad, a partir de un modelo aproximativo, sugiere al menos cuatro tipos de posturas ideales respecto al riesgo en general y en concreto el relativo a las drogas. Sin entrar en el detalle de la tipología, que puede consultarse íntegramente en el informe de referencia, vale la pena rescatar algunas ideas. La primera es que en cada uno de los tipos se incorpora la ambivalencia citada frente al riesgo; la segunda es que, desde esa ambivalencia, las diferencias entre las posturas son, en algunos casos, matices muy sutiles, sobre todo en los tipos intermedios. La tercera y fundamental, que más de tres de cada cuatro jóvenes se sitúa en posiciones muy controladas respecto al riesgo, mientras que sólo el 20% muestra una tendencia claramente proclive, en conjunto, hacia la experimentación por encima de los posibles daños que conlleve.

FIGURA 4.

Principales posiciones ante el riesgo y las drogas. Población 15-24 años (%).



Fuente: Rodríguez San Julián, Ballesteros Guerra, Megías Quirós y Rodríguez Felipe (2009).

La lectura del riesgo desde la contextualización personalizada

Una lectura en profundidad de los matices encontrados permite avanzar hacia la comprensión más contextualizada y operativa sobre la vivencia particular de los y las jóvenes ante el riesgo. Esta lectura, desde el análisis de los discursos grupales, apunta muy claramente a que las ideas del riesgo, como es de esperar, no son objetivas ni neutras, sino que se tamizan desde la construcción social, grupal, y la experiencia propia en cada contexto.

Con esta perspectiva, la contundencia en el alejamiento del riesgo desde los postulados formales abre paso a un segundo nivel de discurso que subjetiviza las posiciones, las contextualiza y socializa, reconstruyendo otra perspectiva del riesgo, mucho más ajustada y a la medida. El riesgo formal, que podemos llamar objetivo, es el que responde al “deber ser”, desde el que las drogas son malas, hay que evitarlas, y sus daños son conocidos y objetivables. El riesgo subjetivo, contextual, se refiere al “ser”, en definitiva, a lo que la propia cultura, o microcultura, incorpora en la vivencia de la realidad cotidiana.

Las ideas que nutren este segundo nivel de aproximación tienen que ver con la lectura de las repercusiones de los consumos, de los tipos de consumos y sus contextos, y de la percepción subjetiva de la capacidad personal para afrontarlos.

En cuanto a los daños y las repercusiones, la lectura subjetivizada apunta a la sustitución del concepto “daños seguros” por el de “daños probables”. La identificación de los primeros es la reconocible desde la información y las creencias colectivas interiorizadas, en términos genéricos: adicciones, riesgos para la salud, riesgos sociales y de desintegración personal y familiar, etc. La de los segundos se refiere a reconocer una probabilidad, y no una certeza, que depende de muchas circunstancias (entre otras el manejo personal y la capacidad de control), que no es reconocible en lo inmediato, y que es una consecuencia más de entre todas las posibles (en las que, por cierto, no todas son “malas”)

Por otra parte, la lectura subjetiva incorpora la idea de “legitimidad”, que implica una distinción en la valoración del riesgo según los modos de consumo, de tal manera que según quién, cuándo y cómo se consuma, la experiencia o el uso más frecuente se reinterpretan. El consumo legítimo, y el que asume los riesgos subjetivizados, es el que corresponde al deber ser juvenil: hay una edad para consumir drogas, siempre y cuando se consuma en los contextos adecuados (la fiesta, en general) y en entornos colectivos (nunca en soledad). En función de esta legitimidad, se considera que el riesgo es tanto mayor (o más probable) cuando el consumo se produce en entornos, contextos o edades en los que no corresponde hacerlo (y por tanto no es legítimo), lo que deja abierto el espacio en el cual sí es legítimo consumir drogas

Y, por supuesto, lo que supone el establecimiento de los referentes de legitimidad es la determinación de los límites fuera de los cuales existe realmente el riesgo formal, el genérico, que es el aplicable a “otros” cuando esos otros saltan las fronteras del consumo legitimado (cuando consumen adultos, o se consume en momentos o contextos que no son de fiesta, o cuando se necesita consumir estando solo).

En relación con la probabilidad y la legitimidad se contextualiza la diferencia discursiva entre experimentación y hábito. El hecho de experimentar con las drogas forma parte de lo que “en algún momento se debe hacer”, para saber lo que son, y no implica demasiado riesgo a no ser “que te guste y repitas”, es decir, que se convierta en un hábito. En el hábito es donde la probabilidad de daños se puede hacer realidad, mientras que probar (en general, entendido como el consumo esporádico) sólo puede producir una mala experiencia (que puede ser letal, pero que es “lotería”). Por supuesto que en esta manera de manejar los conceptos, el de hábito no se refiere a la reiteración de comportamientos de consumo en los espacios y tiempos de ocio grupal (que son legítimos), sino a la rutinización de los consumos más allá de estos contextos, que es lo que se identifica discursivamente como dependencia o adicción.

En esta distinción sobre los tipos y modos de consumo se incorpora también la modulación de los riesgos posibles en función de los plazos. A corto plazo, la posibilidad de riesgos se diluye, ya que sólo se visualiza si la mala suerte (la lotería) opera: que las sustancias sean de “mala calidad”, que uno mismo no tenga condiciones para soportar los efectos... Sin embargo, a largo plazo el riesgo es más probable, pero eso supondría que se ha desarrollado hábito y dependencia (adicción) y que se ha roto con la norma de legitimidad (se ha seguido consumiendo a una edad en la que no es lícito hacerlo). Por tanto, los riesgos a largo plazo tampoco se asumen desde el ideal de lo que debe ser la relación propia con las drogas: “yo sólo experimento, lo dejaré cuando llegue el momento y, además, controlo”.

Con todas estas matizaciones, lo cierto es que desde el discurso contextualizado, la postura inicial y formalizada sobre el riesgo se diluye tanto que, en realidad, deja prácticamente de existir o al menos de servir como referencia operativa. Y es evidente que la interiorización de las normas grupales, sociales en general, respecto a los consumos de drogas tiene mucho que ver con la propia interiorización del rol social asignado a una persona joven.

Las expectativas colectivas sobre la identidad juvenil no sólo modulan lo que el conjunto de la sociedad espera que sea un o una joven, sino que también perfila lo que los propios jóvenes esperan de sí mismos y de sus iguales. En el imaginario colectivo se ha instalado la convicción de que el consumo de drogas, sea o no “adecuado” o “nocivo”, es sobre todo norma entre los y las

jóvenes (es “normal”), lo que implica que representa parte de lo que se espera que haga todo el mundo (joven) y de lo que, además, se debe hacer si se quiere compartir esa identidad prefijada y construida colectivamente. La magnificación de la percepción colectiva sobre el nivel de consumos de drogas entre los y las jóvenes forma parte de esta representación normalizada, según la que se supone que las prevalencias de consumo en este grupo de población son muy superiores a lo que en realidad los datos y las series epidemiológicas muestran.

La interiorización de esta representación es el núcleo más real de lo que técnicamente se ha venido definiendo como presión del grupo, sólo que desde una interpretación algo distorsionada. Muchas estrategias preventivas que trabajan este componente se orientan a posibilitar las habilidades personales para rechazar la sugerencia explícita de consumo entre pares. Sin embargo, desde nuestra hipótesis, el argumento central es que el grupo (los iguales concretos) no exige el consumo, sino que para ser miembro del grupo es necesario ser “normal” y regirse por las mismas pautas que el resto de los miembros. Y esa norma está definida más allá de las personas concretas puesto que es la expectativa que socialmente se ha definido. En esta concepción de lo normal tiene el mismo estatus consumir drogas que el hecho mismo de salir los fines de semana, manejar una determinada tecnología para comunicarse o ir a ciertos lugares y no a otros: se trata de estar integrado mediante la participación en lo común.

Como consecuencia de todo lo anterior, otra de las ideas clave para la comprensión del dimensionamiento y posición ante los riesgos, al menos desde la óptica juvenil, es que las disyuntivas de riesgo no se presentan aisladas, sino que forman parte de un entramado de situaciones y posibilidades que, todas ellas, requieren tomas de decisiones. Si los riesgos no aparecen de uno en uno, y la opción entre unos y otros es contradictoria o incompatible, la decisión final, más o menos racionalizada, debe basarse en la priorización. Y el riesgo de “ser raro”, es decir de la exclusión grupal o identitaria, es mucho más peligroso y costoso desde esta óptica juvenil que el del consumo, sobre todo si se tienen en cuenta los matices ya apuntados. Y ser normal implica compartir, estar presente y participar, pero sobre todo adquirir y contar con las condiciones óptimas para considerarse, y ser considerado, como uno más, identificable con el resto.

Y en este sentido es donde entra en juego la clave fundamental en la percepción y valoración del riesgo, puesto que no tiene sentido hablar de riesgos si no se consideran los beneficios. Daño y beneficio es un tándem necesario para entender la manera de afrontamiento de los riesgos en general y, por supuesto, también los de drogas. Obviamente los y las jóvenes plantean el dilema sobre si se deben asumir los posibles daños porque cuentan con la posibilidad de conseguir ventajas con los consumos. Si no fuese así el dilema no existiría: no es concebible asumir daños si no hay una expectativa de beneficios.

La perspectiva que se apunta a este respecto es, claramente, la del reconocimiento formal de los beneficios que ya se señalaron anteriormente, pero que desde el discurso grupal sí permiten una apropiación explícita (por contextualizada) y una identificación precisa sobre los motivos y contextos en los que es posible y asumible el riesgo en base a la compensación que pueda suponer. Por supuesto, siempre dentro de un equilibrio, en el que el peso de los daños se ha relativizado suficientemente.

Además de los beneficios genéricos relativos a la inclusión y la normalidad, a las drogas, de forma específica, se le atribuyen las siguientes opciones ventajosas:

- Las drogas ayudan a divertirse y a recrear la fiesta. No es que las drogas “diviertan” en sí mismas, sino que cooperan para encontrar las condiciones que pueden hacer posible que la expectativa de diversión se materialice.
- Parte de la diversión (y de la complicidad grupal) implica aguantar el tiempo necesario (todo el que sea posible), y aguantar en las condiciones adecuadas para no perder el ritmo colectivo y formar parte del ambiente. Y eso lo puede facilitar el consumo de drogas
- Estas sustancias, en general, facilitan las relaciones interpersonales, especialmente las que tienen que ver con la posibilidad de seducción y establecimiento de relaciones sexuales. Y no tanto porque se necesite ligar bajo los efectos de las drogas, o que se espere tener más éxito al respecto, sino porque las sustancias permiten probarse en situaciones nuevas, o ante opciones nuevas.
- Las drogas también ayudan a sentirse diferente, a encontrar aspectos de uno mismo inexplorados y que se supone que pueden hacer mayor la capacidad de disfrute.
- Y, muy claramente, las drogas sirven para explorar todas las posibilidades, incluido el riesgo, para conseguir el objetivo de que la fiesta rutinizada de los fines de semana sea realmente excepcional. En la búsqueda de rupturas con los ritmos cotidianos, la necesidad de que la fiesta suponga excepcionalidad se traduce también en el intento de que los tiempos de fiesta no se conviertan en otra rutina más.

Obviamente, todo este elenco de posibles beneficios esperados se plantea desde el conocimiento preciso de los efectos de las distintas sustancias. Frente a los beneficios transversales a todas ellas, cada una aporta unas posibilidades específicas, que son claramente reconocidas por los y las jóvenes: el alcohol abre la fiesta, la cocaína aumenta la euforia, las pastillas ayudan a aguantar y encontrar sensaciones, el cannabis relaja... y cada una de ellas se maneja, al menos discursivamente, desde las necesidades que se van encontrando en los distintos momentos.

Unas reflexiones finales. A modo de conclusión

- La percepción social del riesgo respecto a los consumos de drogas es claramente multidimensional: es una realidad dinámica y compleja, en la que influyen, de forma abrumadora, todas las referencias sociales que son compartidas colectivamente, y que determinan los parámetros a partir de los cuales se define la

conceptualización y relación con las sustancias, y lo que se espera de cada grupo social al respecto.

- No se puede reducir el análisis del riesgo a la valoración de la peligrosidad y características de las sustancias (sus efectos, consecuencias...), sino que es necesario tener en cuenta las condiciones de consumo, las características del colectivo consumidor y las referencias culturales específicas de éste.
- La percepción subjetiva del riesgo respecto a las drogas distingue absolutamente la problematización general y abstracta (la que se refiere al conjunto social teórico) y la minimización de los riesgos que se refieren a uno mismo, o al entorno más cercano. La evaluación de la propia exposición al riesgo y las diferencias entre esa evaluación y la que se percibe para otros, está determinada por las expectativas sociales, por la experiencia y, en definitiva, por los contextos en los que se produce la toma de decisiones. Cuando se habla de expectativas sociales hay que visualizar todas en conjunto: expectativas sobre los comportamientos de los jóvenes, expectativas concretas respecto a los comportamientos del grupo de iguales, expectativas de los jóvenes sobre los contextos en los que se movilizan los consumos, y expectativas sobre las sustancias mismas y los problemas asociados.
- Los consumos de drogas (y, por tanto, las justificaciones argumentativas sobre los riesgos y los beneficios) son coherentes con el resto de valores dominantes, muy concretamente con las expectativas de valor hacia lo presente, lo hedonista, y lo consumista. Desde la perspectiva de los valores colectivos y del consumo podemos hablar de una nueva cultura de los riesgos, en la que las drogas cuentan con un estatus más normalizado y consecuente con dichos presupuestos. Los estereotipos estigmatizadores sólo funcionan para lo no conocido o para lo que escapa del supuesto control propio. Los mismos parámetros dinámicos rigen para todas los objetos: si es moda, si es normal, vale, aunque pueda producir daños.
- La experiencia (propia o vicaria) reduce la expectativa de peligro potencial: son las situaciones más novedosas o menos conocidas las que generan mayor nivel de alarma para valoración de los daños y la decisión sobre el riesgo.
- La incorporación de la idea de beneficios es básica para comprender la evaluación de los riesgos sobre drogas. La posibilidad de existencia de beneficios asociados es la que define la tesitura real para la toma de decisiones. Si no hay perspectiva de beneficios el concepto de riesgo no tiene sentido: no hay decisión posible.
- La valoración general de los riesgos está condicionada por la “percepción de la probabilidad de exposición, la de la magnitud de las consecuencias y la del control personal” (Puy Rodríguez, 1994). Para determinados tipos de consumo, la normalización (alta probabilidad de ocurrencia), estaría compensada por la sensación de alto control personal (o derivado de la experiencia vicaria) y del conocimiento de la escasa trascendencia de las consecuencias (al menos en el corto plazo).
- La expectativa de riesgos y beneficios (que es compartida) modulará las posiciones frente a la experimentación o el uso más o menos cotidiano de drogas. En la construcción social de la percepción del riesgo tan importantes son los referentes sociales generales como las microculturas específicas. Es imposible no destacar el papel del grupo como referente básico en la valoración y la toma de decisiones.

Bibliografía

- BECK, Ulrich (2002). *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo XXI de España Editores. (original 1999).
- DOUGLAS, Mary (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós. (original 1986).
- MEGÍAS, Eusebio (dir.) (2007). *Adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres*. Colección Estudios Sociales, nº 22. Barcelona: Fundación La Caixa.
- MEGÍAS, Eusebio (dir.) (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*. Madrid: FAD.
- MEGÍAS, Eusebio (dir.) (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD.
- MEGÍAS, Eusebio & ELZO, Javier (coords) (2006). *Jóvenes, valores y Drogas*. Madrid: MSC-FAD-Caja Madrid.
- MEGÍAS, Ignacio; RODRÍGUEZ, Elena; MÉNDEZ, Susana & PALLARÉS, Juan (2005). *Jóvenes y sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*: Madrid:FAD-INJUVE.
- PUY RODRÍGUEZ, Ana Concepción (1994). *Percepción social del riesgo. Dimensiones de evaluación y predicción*. Tesis Doctoral. Madrid: Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- RODRÍGUEZ, Elena & MEGÍAS, Ignacio (2005). *La brecha generacional en la educación de los hijos*. Madrid: FAD.
- RODRÍGUEZ, Elena & MEGÍAS, Ignacio (2001). "Estructura y funcionalidad de las formas de diversión nocturna: límites y conflictos". *Revista de estudios de Juventud*, 54.
- RODRÍGUEZ, Elena; MEGÍAS, Ignacio & SÁNCHEZ, Esteban (2002). *Jóvenes y relaciones grupales. Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio*. Madrid: INJUVE-FAD.
- RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, Elena; BALLESTEROS GUERRA, Juan Carlos; MEGÍAS QUIRÓS, Ignacio & RODRÍGUEZ FELIPE, Miguel Angel (2009). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD/Caja Madrid.

MARCO JURÍDICO DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL CAMPO DE LAS DROGAS

Xabier ARANA

Investigador Doctor del IVAC/KREI (UPV/EHU)

xabier.arana@ehu.es

Introducción

Reducir riesgos (posibilidad de que algo suceda o no suceda) para evitar daños (causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia) es una filosofía que una parte significativa de la población intentamos poner en práctica diariamente, por ejemplo, cuando nos ponemos el casco antes de subirnos a una moto o nos ajustamos el cinturón de seguridad previamente al arrancar el motor de un coche. Sin embargo, no todas las personas disponen de los mismos criterios para reducir riesgos y evitar daños, es más, una misma persona, a lo largo de su experiencia vital puede asumir diferentes tipos de riesgos e incluso de daños.

El fenómeno de los diversos consumos de diferentes drogas también pone en evidencia esta realidad. En la mayoría de nuestros hogares disponemos de café, bebidas alcohólicas y un botiquín con medicamentos. Del mismo modo, no es extraña la presencia de tabaco y, en menor medida, de derivados cannábicos. En el día a día podemos observar la filosofía de reducción de daños también en relación a las drogas. Así, hay personas que toman café a la mañana para estar más despiertas, en cambio no lo toman antes de acostarse con el fin de poder descansar adecuadamente. Muchas de las personas que conducen vehículos consumen pequeñas cantidades de alcohol –o no lo consumen– mientras desarrollan esa labor. A pesar del más o menos amplio arsenal de medicamentos disponibles en nuestro botiquín casero, generalmente, sólo recurrimos a él cuando tenemos algún tipo de dolencia significativa. Todo ello evidencia que una gran parte de la sociedad se responsabiliza de los usos de drogas, es decir, sabe hacer usos responsables de las mismas y recurre a criterios preventivos y/o de reducción de daños para que los beneficios sean mayores que los perjuicios.

La amplia experiencia en materia de regularización de drogas a través de la historia evidencia la existencia de diferentes regulaciones dependiendo de los tipos de sustancias, la edad u otras circunstancias de las personas consumidoras, los contextos de dichos consumos y los compromisos internacionales

adquiridos por los Estados. Así, se disponen de regulaciones diferentes para las bebidas alcohólicas, el tabaco, los fármacos (para la adquisición de muchas de estas sustancias se requiere prescripción facultativa), y las denominadas drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas (integradas dentro de las diversas Listas de los Convenios Internacionales en dicha materia).

El presente capítulo es una aproximación a los aspectos jurídicos de cómo se enmarca la reducción de riesgos y de daños en la legislación vigente y, al mismo tiempo, un análisis de si ésta reduce riesgos y daños o, por el contrario, los genera a las personas consumidoras, a las personas cercanas y a la sociedad en general, todo ello, en un contexto donde una de las acepciones del término “daño”, también incluye el condenar a alguien, el dar sentencia contra una persona, cuestión ésta de importante trascendencia en los casos de personas consumidoras de sustancias denominadas drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Reducción de daños en el marco prohibicionista

Más allá de que esta filosofía pueda abarcar a sustancias denominadas legales (por ejemplo, los programas de “Riesgo y Alcohol” impartido en algunas autoescuelas) como a otro tipo de sustancias, en el caso de las sustancias denominadas ilegales, aplicar tanto la filosofía de reducir riesgos como de evitar daños tiene un condicionante legal con capacidad para condicionar la puesta en práctica de determinados programas de reducción de daños.

El prohibicionismo moderno en materia de estupefacientes se caracteriza por ser un “localismo globalizado”, es decir, la proyección de la política puritana de los Estados Unidos de finales del siglo XIX en materia de drogas, extendida al resto del mundo en la medida que la influencia americana se va expandiendo a todo el planeta (Arana, 2003). Algunos de los mitos sobre los que se ha construido la actual política prohibicionista, se han demostrado que no son ciertos, por ejemplo, que el consumo de derivados del cannabis o de derivados de opiáceos potencien la comisión de actos violentos, o que existe una causa-efecto de la denominada “teoría de la escalada”, donde se empieza consumiendo cannabis y se concluye consumiendo heroína.

La regulación internacional en materia de opio tiene ya más de un siglo de recorrido. Con posterioridad se han ido incluyendo otras sustancias como los derivados del cannabis y los derivados de la hoja de coca. Tras la II Guerra Mundial, con la entrada en vigor de la Convención Única sobre estupefacientes (Nueva York, 1961), se abroga y sustituye el resto de los instrumentos internacionales en esta materia y se asientan las bases del denominado prohibicionismo moderno. Diez años más tarde se firmó en Viena el Convenio sobre sustancias psicotrópicas y, en 1988, nuevamente en Viena, se sancionó la Convención de Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psico-

trópicas. No obstante, en el propio Preámbulo de la Convención Única de 1961 se aprecia un planteamiento claramente dicotómico –uso médico frente a uso indebido– que cercena la amplia gama de posibilidades presentes en los diversos usos de este tipo de sustancias. Bajo la aparente preocupación por la salud física –e incluso moral– de la humanidad, así como por las repercusiones políticas económicas y culturales del tráfico de este tipo de sustancias (Convención de 1988), se enmarcan las bases de la política criminal prohibicionista.

La selección de las sustancias a incluir en las Listas (donde no se encuentran ni el alcohol ni el tabaco), así como la terminología generada en estos Convenios –estupefaciente, uso indebido...–, tan ambigua como acientífica, han generado un marco legal y un lenguaje propio que se han introducido y reproducido, en las legislaciones de los Estados, y también en los discursos médicos, sociales y políticos de la inmensa mayoría de la población. La posibilidad de penalización de la mayoría de las conductas relacionadas con este tipo de sustancia, el recurso a poder aplicar un amplio abanico de sanciones, y la introducción de nuevas técnicas de control han llegado a generar fuerte inseguridad jurídica, nada acorde con la necesaria aplicación de un Derecho penal mínimo, ni con un Derecho penal garantista. Por todo ello, la aplicación de los criterios presentes en los Convenios internacionales referentes a las sustancias denominadas estupefacientes, ha supuesto una internacionalización de los conflictos en estas materias y, además, están condicionando las políticas penales y sociales de muchos países al exigir e imponer la unificación de criterios y de legislaciones en materia de tráfico ilícito, sin tener prácticamente en cuenta las diversas realidades existentes en los diferentes Estados que forman parte de Naciones Unidas. Henman (2008: 17) considera el régimen internacional de prohibición de este tipo de sustancias como una especie de “mandamiento de dios (...) no susceptible a un sereno análisis crítico”.

Por este motivo, el fenómeno social de este tipo de sustancias se ha convertido en uno de los pilares fundamentales sobre los que se centran el control social, tanto en el ámbito estatal como internacional. En materia de drogas, la década de los años ochenta evidencia un claro ejemplo de la influencia prohibicionista con efectos claramente negativos para las personas consumidoras de heroína y para la sociedad en general. De la Fuente y Barrio (1996: 257) han resumido acertadamente esta cuestión:

En España se supeditó una auténtica política de salud pública (orientada a la minimización de los efectos del consumo de drogas sobre la salud y basada en la puesta en marcha de medidas pragmáticas, priorizadas y de validez científicamente comprobada) a una ‘política sobre drogas’ más generalista (basada fundamentalmente en criterios moralistas, cuyo único objetivo válido es el no consumo de ninguna sustancia psicoactiva, que niega u olvida la evidencia científica de que el riesgo para el consumidor es muy diferente según el tipo de droga que consuma y los patrones de consumo que adopte para consumirla.

Durante esta década, la oferta terapéutica para la mayoría de las personas que consumían heroína por vía parenteral era la abstinencia, no había posibilidad de otros recursos terapéuticos.

La necesidad de “romper el falso dilema terapéutico de abstinencia o nada” (Arrese, 1991: 7) no fue tarea sencilla y supuso, inicialmente en el ámbito socio-sanitario, dar pasos hacia el respeto de las personas consumidoras de heroína, con sus ritmos, sus estilos de vida, sus críticas, etc. El Estado español comenzó con “un cierto retraso cualitativo y sobre todo cuantitativo” la puesta en práctica de los programas de reducción de daños, sobre todo si lo comparamos con otros países europeos (Gran Bretaña y Países Bajos) donde la situación, desde una perspectiva de salud pública, era de menor magnitud (Parras, 1999: 180). Con los primeros casos de VIH relacionados con personas que consumían heroína, “la droga” “pasa a representar una doble amenaza: la amenaza de la contaminación y la amenaza del delito” (Da Agra, 2003: 222). La situación de marginación y de persecución de gran parte de las personas consumidoras de heroína era una especie de punta de iceberg de una cruzada moral donde en nombre de “guerra a la droga”, “se amparaba una nueva moral” caracterizada por la promoción de valores tradicionales y por la “intromisión en los derechos individuales” basándose en la gravedad de la situación (Larrauri, 1991: 194).

Esta situación fue mucho más dramática en el ámbito penitenciario, entre otras cuestiones, porque existía mayor dificultad para conseguir en las prisiones jeringuillas nuevas o esterilizadas, que la propia heroína. Si a ello se le añade el hacinamiento existente en este tipo de centros, las consecuencias fueron muy serias en el ámbito de la salud, tanto para las personas que se inyectaban en prisión como para otros sectores de la sociedad, cuando quienes estaban en prisión salían al exterior. Durante el año 1988, en un contexto donde la secretaría de Estado para Asuntos Penitenciarios reconocía su incapacidad para impedir la entrada en prisión de las sustancias denominadas estupefacientes y personas presas morían en prisión por sobredosis, “las Cortes votaron negativamente una propuesta de ofrecer gratis jeringuillas a los reclusos” (Usó, 1996: 340).

El Gobierno era consciente de la situación en la que se encontraban las personas que se inyectaban en las prisiones y, tras la firma de un acuerdo entre los ministerios de Sanidad y de Justicia, dentro de un plan de salud para las cárceles –donde se excluía la entrega de jeringuillas a los presos consumidores de heroína por vía parenteral–, se ofreció lejía a estas personas para desinfectar jeringuillas.¹ Dentro del propio ejecutivo, el ministerio de Sanidad era partidario del reparto de jeringuillas en prisión, sin embargo, el ministerio de Justicia era contrario a tal política de reducción de daños y, una vez

1. “Los presos recibirán lejía para desinfectar jeringuillas”. *El País*, 27/07/1988: 15.

más, los criterios de seguridad se impusieron sobre la evidencia científica y las políticas de salud pública. Inicialmente el programa de reparto de jeringuillas en prisión, tuvo una fuerte oposición por parte del funcionariado ante el temor de que usaran las personas internas las jeringuillas como un arma. Sin embargo, como se ha reconocido desde Instituciones Penitenciarias, “no ha habido ni un problema de ese tipo”.²

Si realmente se hubiera querido proteger la salud pública, se hubieran puesto en marcha con mucha mayor rapidez algunos programas de reducción de daños (reparto de preservativos y de jeringuillas esterilizadas) como se estaba haciendo en otros países. Transcurridas más de tres décadas de estos hechos y de sus funestas consecuencias, las autocríticas y la asunción de responsabilidades en los ámbitos político, sanitario y social, prácticamente han brillado por su ausencia.

Hoy en día, los criterios emanados de los Convenios Internacionales en materia de estupefacientes siguen predominando sobre la evidencia científica, todo ello en un contexto donde se observa un aumento de la escalada del VIH, sobre todo en los Estados en que está relacionado con el uso de sustancias denominadas estupefacientes en situaciones de ilegalidad. A pesar de esta realidad, las agencias de salud pública “están siendo marginadas mientras se favorecen leyes agresivas de prohibición” (Nájera 2012: 392). Para este autor, se precisa un cambio en las políticas para que las personas consumidoras dejen de ser perseguidas y se alejen del sistema socio-sanitario.

Legislación española y programas de reducción de daños

La legislación española en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas está claramente enmarcada dentro del prohibicionismo moderno sobre estas materias y, más de una vez, ha influido a la hora de poner en práctica algunos de los programas de reducción de daños. Por tanto, es necesario tener en cuenta la legislación penal y administrativa en relación a estas cuestiones.

Un breve acercamiento al tipo básico de la legislación penal en materia de tráfico ilícito de drogas señala el castigo de “los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o, de cualquier otro modo, promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con esos fines” (art. 368 Cp). También se sanciona la posesión de este tipo de sustancias cuando tiene por objeto “aquellos fines”, no así la tenencia para consumo propio.

No obstante, la tenencia ilícita no destinada al tráfico y el consumo de estas sustancias en público se sancionan administrativamente por medio del art.

2. “Las prisiones reparten 13.000 jeringuillas cada año”. *El País*, 08/02/2005: 30.

25.1 de la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana de febrero de 1992, popularmente conocida por la “Ley Corcuera o Ley de patada en la puerta”. De las 326.776 denuncias por tenencia y consumo llevadas a cabo en el Estado español a lo largo del año 2010, algo más de 4 de cada 5 (83,5%) estuvieron relacionadas con el cannabis (OED, 2011: 214). En diferentes foros científicos y de reflexión de las políticas en materia de drogas se ha puesto de manifiesto respecto a esta sustancia que la legislación causa más daños que la propia farmacología (Arana, 2012 a).

Otra legislación administrativo a tener en cuenta es la Ley 17/1967, de normas reguladoras sobre estupefacientes donde, en su art. 22 señala que “no se permitirán otros usos de estupefacientes que los industriales, terapéuticos, científicos y docentes”.

Pese a estas fuertes limitaciones, Muñoz (2002: 45-57) reconoce la existencia en el Estado español y en otros del entorno, de la coexistencia de una política prohibicionista en el ámbito legal con una política reducción de daños en el ámbito asistencial, con las consecuentes contradicciones teóricas y tensiones prácticas. Este autor aprecia una interesante “esfuerzo doctrinal y jurisprudencial orientado a ofrecer una respuesta racionalizadora de los problemas que plantea la regularización legal de las drogas”. Por un lado, el afianzamiento de una jurisprudencia capaz de realizar una interpretación restrictiva de los tipos penales, más en coherencia con una política criminal más sensible a la realidad social y, por otro lado, por las mismas consideraciones, la doctrina mayoritaria interpreta restrictivamente los preceptos de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, “dejando al margen de la sanción administrativa conductas inofensivas para la seguridad ciudadana”, por ejemplo, el consumo privado y la tenencia para dicho consumo.

En base a estas interpretaciones doctrinales y jurisprudenciales, entiende se “han dado una cobertura legal a las distintas iniciativas que se ofrecen desde la perspectiva de la política de reducción de daños”. Concretamente, tanto en la administración controlada de heroína en el marco de un tratamiento deshabitador, como en las salas de consumo higiénico y, también, en el testado de sustancias, siempre que se cumplan determinados requisitos expuestos por este autor en el artículo citado, no se estaría vulnerando la legislación vigente.

En el año 2003, desde la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco se solicitó al Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI) la realización de un dictamen para analizar si este recurso de reducción de daños era compatible con la legislación actual. El IVAC/KREI, tras un análisis de la legislación, concluyó que las salas de consumo higiénico se adaptan a la legalidad vigente tanto penal como administrativa y, además, remarcó su labor de contención del peligro de difusión de infecciones relacionadas con la salud pública (Bua y Del Río 2010). De igual modo Arana y Germán (2002)

afirman que los programas de reducción de daños sobre análisis de sustancias son compatibles con el ámbito penal y administrativo de la actual legislación, respetando los requisitos ya señalados por Muñoz (2002).

La legislación vigente en materia de medicamentos ha permitido el ensayo clínico con heroína para determinados usuarios de heroína y el uso compasivo de heroína para personas que participaron en el PEPSA.³ De igual modo, esta legislación ha posibilitado el llevar a cabo ensayos clínicos con cannabis. En los ensayos clínicos tanto con heroína como con cannabis, las trabas burocráticas añadidas a la labor del personal investigador han ido más allá de lo recomendable por la evidencia científica. En el ámbito de la metadona y otros opiáceos, desde 1983 hasta 1996 se realizaron cuatro cambios legales: inicialmente, la Orden del 23 de mayo de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se regulaban los tratamientos con metadona (prescripción, uso y consumo de metadona para toxicómanos dependientes de opiáceos). No habían transcurrido dos años y medio cuando se promulgó la Orden 31 de octubre de 1985 del mismo Ministerio y sobre la misma cuestión. En 1990, por medio del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, se regulan los tratamientos con opiáceos de personal dependientes de estas sustancias y, unos años más tarde, mediante el Real Decreto 5/1996, se modifica el Real Decreto anterior, donde, entre otras cuestiones, se llegaron a flexibilizar los criterios de admisión a este tipo de tratamientos.

En los últimos años han surgido los denominados Clubes Sociales de Cannabis (CSC), asociaciones sin ánimo de lucro, registradas legalmente y compuestas por personas mayores de edad consumidoras de cannabis (algunas de las cuales hacen un uso terapéutico de esta sustancia). Entre sus fines están el desarrollar e implementar técnicas de reducción de riesgos y prevención de daños asociados al uso de cannabis, así como el poder acceder al cannabis sin tener que recurrir al mercado negro. Como puede observarse, las labores realizadas desde los CSC también se enmarcan dentro de la filosofía y de las prácticas de reducción de daños. Desde el ámbito teórico se ha debatido sobre si el cultivo de cannabis para personas socias –mayores de edad y consumidoras de esta sustancia– es contraria a la legislación vigente o no. De igual modo, las prácticas policiales y judiciales evidencian una enorme casuística (condenas, absoluciones, devolución de la marihuana incautada, etc.) nada recomendable en relación con el principio de seguridad jurídica que debe primar en un Estado social y democrático de Derecho.

3. Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía (PEPSA), llevado a cabo en Andalucía donde se ofertó tratamiento médico-psico-social a personas drogodependientes con serias deficiencias en estos ámbitos y que habían conseguido los resultados esperados en otro tipo de tratamientos. El objetivo de este programa consistía en atraer y retener a estas personas en el sistema público de salud a fin de reducir daños derivados de los consumos de drogas y mejorar su salud física y mental, además de la integración social.

Sin embargo, a raíz de un dictamen solicitado por la Federación Vasca de Organizaciones de Personas Usuarias de Cannabis (EUSFAC) a los catedráticos de Derecho penal José Luis Díez Ripollés y Juan Muñoz, sobre la viabilidad legal de los CSC como modelo de autoorganización del consumo, éstos autores concluyen que la autoorganización del consumo de cannabis, en virtud de los objetivos que pretende (desvincular el consumo de cannabis del tráfico u otro tipo de ofertas ilícitas mediante la gestión por las propias personas consumidoras del cultivo y distribución, el impedimento de difusión indiscriminada de este tipo de sustancias e, igualmente, garantizando el consumo controlado y responsable del cannabis) y cumpliendo determinados requisitos (personas adultas usuarias de cannabis, sin ánimo de lucro, en régimen cooperativo, etc.), no es contraria a la legislación penal ni a la legislación administrativa vigente en el Estado español.⁴

La experiencia empírica nos pone de manifiesto que en el Estado español, a pesar de estar en régimen prohibicionista en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, son posibles las políticas y los programas de reducción de daños. Unas veces con legislación específica, por ejemplo en los casos de tratamiento con opiáceos, y otras, cumpliendo unos requisitos concretos como han puesto de manifiesto los autores citados anteriormente. De todos modos, “se hace necesario e imprescindible para dar seguridad jurídica a las iniciativas de política de reducción de daños” (Muñoz 2008: 75) el llevar a cabo reformas en el ámbito legislativo de: a) el art. 368 Cp, con el objeto de excluir del tipo conductas como la entrega o la facilitación de drogas, cuando no suponga difusión de este tipo de sustancias entre terceras personas indeterminadas; b) la Ley 17/1967 sobre estupefacientes y el Real Decreto 2829/1977 sobre sustancias psicotrópicas, con el fin de autorizar la tenencia y el uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para el consumo privado de reducción de daños asociados al consumo; y c) derogación del art. 25.1 de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, donde se considera infracción grave la tenencia ilícita de drogas, siempre que no sea infracción legal.

No obstante, la legislación prohibicionista ha sido un recurso utilizado políticamente para no avanzar en momentos claves desde una perspectiva de salud pública. Un repaso por la historia de los últimos treinta años nos recuerda las fuertes críticas recibidas y las amenazas realizadas –sobre todo por representantes oficiales de la política prohibicionista, aunque no sólo– al ponerse en práctica los programas con opiáceos (metadona, uso terapéutico de heroína,...), el reparto de jeringuillas y otro material esterilizado, los testados de sustancias, las salas de consumo higiénico, etc. Como ha señalado

4. Ponencia presentada por Juan Muñoz en el I Foro Social Internacional de Cannabis, celebrado en Irún, el 14 y 15 de septiembre de 2012. Revista *Jueces para la Democracia* (en prensa).

Samorini (2003: 17), “todo esto no hace más que seguir el proceso normal de aceptación de una idea nueva: inicialmente ridiculizada y obstaculizada, luego se abre un cansino entre la rigidez mental y los modelos interpretativos preestablecidos, hasta llegar a su completa aceptación como nueva parte del equipaje cognitivo humano (Samorini 2003: 17). Si hoy en día la política de reducción de daños es una realidad, se debe en gran medida a las luchas y demandas de las personas consumidoras, de profesionales concienciados y de otras personas sensibles a esta realidad.

La reducción de daños aplicada al marco jurídico en materia de estupefacientes: de la utopía a la subversión

Las políticas en materia de drogas disponen de una amplia gama de propuestas para afrontar dicho fenómeno desde su globalidad, sin embargo, en la práctica, en el ámbito de las denominadas drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la parte más represiva adquiere el principal protagonismo y, además, invade y condiciona otros aspectos fundamentales como el preventivo, el de la salud o el de la reducción de daños. Ello es posible por la existencia de los Convenios Internacionales en la materia.

Dos de las tres Convenciones Internacionales en materia de sustancias denominadas ilegales fueron realizadas con anterioridad a la epidemia del VIH y, según son interpretadas y puestas en práctica por muchos Estados, “obstaculizan considerablemente las iniciativas de prevención del VIH” entre las personas usuarias de drogas inyectadas” (Barret, Lines, Schleifer, Elliott, y Bewley-Taylor, 2008: 28 y 54). Las interpretaciones y las prácticas están ampliamente condicionadas por la labor que desarrolla la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), quien considera sus informes como verdades indiscutibles y, en consecuencia, de obligatorio cumplimiento. Entre las críticas que se realizan a este organismo destaca el que sus opiniones y recomendaciones no son acordes con la política de las mejores prácticas de Naciones Unidas sobre cuestiones de transcendencia mundial, como la prevención del VIH y los Derechos Humanos. Otros autores (Romaní, Terrile y Zino, 2003: 234-235) le reprochan el que intente “mantener con toda su pureza y vigor el modelo prohibicionista, amenazando incluso (...), derechos fundamentales como el de expresión o información, y pronunciándose explícitamente contra algunos aspectos de las políticas de reducción de daños”. En el campo de la investigación también han sido evidentes las influencias de la JIFE al haber subordinado “la objetividad científica a los intereses políticos, en un esfuerzo por demostrar prejuicios o conceptos preconcebidos y justificar las respuestas punitivas” (Husak 2001: 173-174). Si a todas estas cuestiones le añadimos la negativa de este organismo a la incorporación de la sociedad civil a su actividad, podemos concluir que es totalmente necesaria una reforma integral de

este organismo para que supere su enrocado dogmatismo en base al respeto a los Derechos Humanos, a la evidencia científica y a la incorporación de la sociedad civil.

Es necesario ampliar la filosofía y la política de reducción de daños a más cuestiones. Dorn (2002: 109-110) tras identificar los daños relacionados con las drogas –producción, tráfico, producción y consumo–, reconoce que estos daños provienen tanto de los propios mercados como de algunos aspectos de las políticas. A su entender, “lo decisivo es saber ¿qué se está haciendo para reducir estos daños y qué debería hacerse?”. Tras estas preguntas llega a la siguiente conclusión: actualmente la política internacional en materia de drogas sólo persigue la reducción de daños en el ámbito del consumo de drogas, sin embargo, “el compromiso de reducción de daños –para el ambiente/ecología, para la economía, para la sociedad y para las personas individuales– debería ser un componente integral de toda política relativa a la producción y tráfico de drogas, así como a las política sobre su consumo”. En la misma línea, Zaitch (2008: 106-115) ha reflexionado sobre la necesidad de reducir los daños en el ámbito del tráfico ilícito de drogas donde, el objetivo principal debe ser “evitar y reducir los daños provocados por la ilegalidad del negocio y por las distintas intervenciones”. Para ello, entre otros aspectos, formula la reducción de la violencia, profundizar en la aplicación de los principios garantistas penales y procesales, luchar contra el denominado blanqueo de capitales, tolerancia cero frente a la corrupción, recuperación de los espacios públicos, y superación del carácter simbólico de las intervenciones en materia de drogas.

Por tanto, la reducción de daños tiene que aplicarse también –o sobre todo–, a las legislaciones que regulan este fenómeno social. Las políticas sobre esta materia, deben basarse en conocimientos científicos relativos a los distintos tipos de drogas y no en impulsos emocionales (Consideración J del denominado Informe Catania). Curiosamente, en el ámbito de las drogas, Naciones Unidas ya dispone de un Convenio Internacional que en su escasa vigencia, se ha convertido en un referente mundial de cómo regular las políticas de una droga relacionada con una sustancia cuyos consumos producen graves daños a la salud pública. Es el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) (2003), caracterizado por ser el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS y se le reconoce como el más respaldado de toda la historia de Naciones Unidas. En el CMCT las Partes se comprometen a promover medidas de control sobre dichas sustancia, en base a consideraciones científicas, técnicas y económicas. Como en cualquier estrategia relacionada con el fenómeno social de las drogas, el CMCT pretende influir tanto en la reducción de la demanda como de la oferta pero con unos criterios donde la evidencia científica, la información objetiva, la prevención, la participación de la sociedad civil, la perspectiva de género, y el apoyo a

actividades alternativas económicamente viables, primen sobre los aspectos sancionadores.⁵ Engelsman (2003) adelantó la posibilidad de que un convenio de estas características sirviera para regular el cannabis y sus derivados.

Evidencia científica, respeto a los Derechos Humanos y participación de la sociedad civil (incluidas las personas consumidoras de drogas) son aspectos fundamentales para pasar de la utopía a la subversión ante las actuales legislaciones en materia de sustancias denominadas estupefacientes. Como oportunamente ha señalado Ibáñez (1993: 125-126), subvertir “viene de sub+verteré y significa ‘dar una vuelta por debajo’: cuestionar la ley dando una vuelta por debajo de la ley para poner de manifiesto sus fundamentos”.

A pesar de que algunas de las políticas y los programas de reducción de daños se han puesto en marcha con la actual política prohibicionista, a juicio de Levine (2003 a) la reducción de daños ha desempeñado un lugar muy importante en la crisis de la política prohibicionista, sobre todo, cuando ésta era una seria limitación para desarrollar políticas de salud pública (reparto de jeringuillas, impedimento para llevar a cabo determinados usos terapéuticos con derivados del opio o del cannabis, etc.). Si a ello se le añade una mayor información sobre quiénes son las personas a las que se les aplican las largas condenas por tráfico ilegal de drogas y la situación carcelaria en la que se encuentran, las críticas al prohibicionismo moderno de drogas aumenta.⁶ Este mismo autor considera al conjunto de personas y organizaciones en torno a la reducción de daños como “el primer movimiento internacional popular en retar a la demonización de las drogas, así como a las formas más punitivas de la prohibición” (Levine, 2003 b: 77).

Ibáñez (1990: 51), tras hacer referencia a uno de los diálogos presentes en Las Leyes de Plantón, concluye: “no se puede preguntar por las leyes: el orden social, para que sea efectivo, ha de ser inconsciente para los ciudadanos”. Seguramente entre los éxitos de una parte importante de personas en torno a la reducción de daños está el preguntarse sobre los textos y los contextos donde se han creado las normas en materia de tráfico ilícito de las denominadas drogas ilegales, en su aplicación y, sobre todo, en las consecuencias que han tenido –¡y tienen!– para las personas consumidoras, sobre todo para las más vulnerables, y para la sociedad en su conjunto. Desde los conocimientos

5. Para una mayor profundización en los principios y en la filosofía del CMCT, ver ARANA (2009).

6. Según datos del Anuario Estadístico del Ministerio del Interior (2012: 212), de las 76.079 personas ingresadas en prisiones españolas, a diciembre de 2009, en el caso de los varones (92,01% del total de la población carcelaria), el 28% cumplía condena por delitos contra la salud pública y el 39,5% por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Entre ambos delitos, suponen el 67,5% del total. En el caso de las mujeres (7,99% del total de la población carcelaria), más de la mitad (51,3%) estaban en prisión por delitos contra la salud pública y el 30,7% por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Estos delitos, en el caso de las mujeres, suponen más de cuatro de cada cinco casos (82%). Gran parte de estas mujeres proceden de Latinoamérica y han arriesgado hasta sus vidas haciendo de mulas, a veces, llevaban las sustancias bajo sus ropas pero, otras veces, las habían ingerido.

científicos actuales, y desde la profundización en una cultura democrática de respeto a las diversas sensibilidades existentes, es preciso llevar a cabo una profunda revisión de este tipo de políticas para que dejen de ser una nueva –o quizás, no tan nueva– forma de colonialismo y sirvan para poner en práctica políticas donde los aspectos sociales, educativos, preventivos, de salud, de reducción de daños, y de respeto a los Derechos Humanos, primen sobre la política criminal (Arana, 2012b).

Referencias bibliográficas

- AGRA, Cândido Da (2003). “Ciencia, ética y arte de vivir. Elementos para un sistema de pensamiento crítico sobre el saber y las políticas de la droga”. En Candido Da Agra; José Luís Domínguez; Juan Antonio García Amado Patrick Hebberecht & Amadeu Racasens (eds.), *La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto* (201-225). Barcelona: Atelier.
- ARANA, Xabier (2009). “Políticas en materia de tabaco”. En José Luís De la Cuesta e Ignacio Muñagorri (dirs), *Políticas y legislación en materia de tabaco* (17-69). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ARANA, Xabier (2012a). “Ondorioak /Conclusiones”. *Cannabis: usos, seguridad jurídica y políticas. Colección Derechos Humanos “Francisco de Vitoria”. Foros de reflexión y participación* 184-191. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- ARANA, Xabier (2012b). *Drogas, legislaciones y alternativas. De los discursos de las sentencias sobre el tráfico ilícito de drogas a la necesidad de políticas diferentes*. Donostia: Gakoa.
- ARANA, Xabier & GERMÁN, Isabel (2002). “Programas de testado de sustancias: intervención en reducción de riesgos y daños como estrategia de prevención en materia de drogas”. *Eguzki-lore*, 16, 153-195.
- ARRESE, José Luis (1991). “Entre el todo y el nada. Programa de objetivos intermedios”. *Boletín sobre Drogodependencias. CREFAT*, 10, 7.
- BARRET, Damon; LINES, Rick; SCHLEIFER, Rebecca; ELLIOTT, Richard & BEWLEY-TAYLOR, Dave (2008). *Reajustar el Régimen. La necesidad de una política internacional sobre drogas basada en los Derechos Humanos*. Oxford: The Beckley Foundation. Drug Policy Programme. Report Thirteen.
- BUA, Alessandro & RÍO, María Del (2010). *Manual de Buenas Prácticas para la apertura de una Sala de Consumo Supervisado*. Bilbao: Médicos del Mundo.
- ENGELSMAN, Eddy (2003). “Cannabis control: the model of the WHO tobacco control treaty”. *International Journal of Drug Policy*, 14 (2), 217-219.
- EUSFAC (2012): Informe. Ponencia Parlamento Vasco.
- FUENTE, Luis De la & BARRIO, Gregorio (1996). “Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado”. *Gaceta Sanitaria*, 10 (57), 255-260.
- HENMAN, Anthony (2008). “Las contradicciones de las políticas de reducción de riesgos y evitación de daños en el contexto de las convenciones de la ONU”. En Muñagorri, I. (dir.), *III Symposium Internacional sobre Reducción de Riesgos. Los legados de la Convención de N.U. (Viena 1988) y de la Asamblea General de N.U. sobre drogas (New York 1998)* 17-21. Donostia: Servicio Editorial UPV.
- HUSAK, Douglas (2001). *Drogas y derechos*. México: Fondo de Cultura Económico.
- IBÁÑEZ, Jesús (1990). “Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas”.

- En Manuel García Ferrando; Jesús Alvira y Francisco Alvira (coords), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (51-85). Madrid: Alianza Universidad Textos.
- IBÁÑEZ, Jesús (1993). “El discurso de la droga y los discursos sobre la droga”. En *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas sociales actuales* (121-138). Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- LARRAURI, Elena (1991). *La herencia de la criminología crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- LEVINE, Harry G. (2003a). “Global drug prohibition: its uses and crises”. *International Journal of Drug Policy*, 14 (2) 145-195.
- LEVINE, Harry G. (2003b). “Prohibición Global de las drogas. Las variedades y usos de la prohibición de las drogas en los siglos xx y xxi”. En Xabier Arana; Douglas Usak y Sebastian Scheerer (coords.), *Globalización y Drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Dykinson, 67-81.
- MUÑOZ, Juan (2001). “Implicaciones legales de la política de reducción de daños”. En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Gestionando las Drogas. Conferencia sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (123-136). Barcelona: Grup Igia,
- MUÑOZ, Juan (2008). “El (des)equilibrio entre la Legislación española y la puesta en práctica de programas de reducción de riesgos”. En Muñagorri, Ignacio (dir.), *III Symposium Internacional sobre Reducción de Riesgos. Los legados de la Convención de N.U. (Viena 1988) y de la Asamblea General de N.U. sobre drogas (New York 1998)*. Donostia: Servicio Editorial UPV, 55-75.
- NÁJERA, Rafael (2012). “La guerra a las drogas y al sida”. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (4), 389-392.
- Observatorio Español de Drogas (2011). *Informe 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- PARRA, FRANCISCO (1999). “Programas de sustitución y sida”. En *Las Drogas a Debate: Ética y Programas de Sustitución* (176-189). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- ROMANÍ, Oriol; TERRILE, Soledad & ZINO, Julio (2003). “Drogas y gestión del conflicto social en el cambio de siglo: ¿nuevos sujetos, nuevos espacios de riesgo?” En Cándido Da Agra; José Luis Domínguez; Juan Antonio García Amado; Patrick Hebberecht & Amadeu Racasens (eds.), *La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto* (227-243). Barcelona: Atelier.
- SAMORINI, Giorgio (2003). *Animales que se drogan*. Madrid: Editorial Cañamo.
- Usó, Juan Carlos (1996). *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Taurus.
- ZAITCH, Damián (2008). “Las Políticas de Reducción de Daños en el Tráfico de Drogas Ilícitas”. En Muñagorri, Ignacio (dir.), *III Symposium Internacional sobre Reducción de Riesgos. Los legados de la Convención de N.U. (Viena 1988) y de la Asamblea General de N.U. sobre drogas (New York 1998)* 95-117. Donostia: Servicio Editorial UPV.

Lecturas complementarias

- BURKHART, Gregor (2002). “Políticas europeas: Posibilidades y límites”. En Amando Vega (coord.), *Drogas. Qué política para qué prevención* (105-127). Donostia: Gakoa.
- CUESTA, José Luis De la & BLANCO, Isidoro (2009). “Estrategias represivas versus políticas de reducción de daños: las drogas en un Estado social y democrático de Derecho”. En Juan Carlos Carbonell Mateu; José Luís González & Enrique Orts (dirs.), *Constitución, Derechos Fundamentales y Sistema penal (Semblanzas y estudios con motivo del setenta aniversario del profesor Tomás Salvador Vives Antón)* (437-453). Valencia: Tirant lo Blanch.

- ERICKSON, Patricia & HATHAWAY, Andrew (2003). “¿Puede la reducción de daños orientar una reforma cuyo enfoque se base en los derechos humanos? El caso de la política de Canadá”. En Xabier Arana; Douglas Usak y Sebastian Scheerer (coords.), *Globalización y Drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos* (161-191). Dykinson: Madrid.
- GONZÁLEZ ZORRILLA, Carlos (1999). “Política(s) criminal(es) en materia de drogas (prohibicionismo versus reducción de daños)”. *Política criminal. Consejo General del Poder Judicial*, 4, 233-295.
- MARTÍ CARRASCO, Víctor (1999). “Panorámica histórica de los programas de sustitución en España”. En *Las drogas a debate: Ética y Programas de Sustitución*. (134-149). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- MORALES, Luis & MOREL, Alain (1999). “Prácticas profesionales europeas en materia de reducción de riesgos”. *Adicciones*, 11 (3), 261-267.
- MUÑOZ, Juan (2002). “Problemas legales de las políticas de reducción de daños”. *Eguzkilore*, 16, 41-59.
- PEARSON, Geoff (1995). “Drogas y justicia penal: una perspectiva de la reducción de daños”. En Pat O’Hare; Russell Newcombe; Alan Matthews; Ernst C. Buning & Ernest Drucker (eds.), *La reducción de daños relacionados con las drogas* (41-58). Barcelona: Grup Igia.
- SORIANO, Raúl (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: MÁS FUENTES, MÁS RIGOR, MÁS DEBATE... MENOS RIESGOS

Alberto GAYO

Adjunto al director del semanario Interviu y reportero experto en drogas
agayo.interviu@grupozeta.es

Introducción

Resulta cuanto menos inquietante que hayan fracasado casi al mismo tiempo las políticas represivas con base penal (guerra global) contra las drogas, las estrategias de comunicación y prevención de gobiernos nacionales e instituciones, y también, aunque en menor medida, el tratamiento informativo y formativo de los mass media sobre la reducción de riesgos en los consumos de drogas. Inquieta porque las grandes mafias dedicadas al narcotráfico –y a otros negocios ilegales– han conseguido en las últimas décadas infiltrar poderes y Estados transformando una actividad delincencial en una fuente de ingresos inagotable; inquieta porque la ciudadanía no se cree, o ve ineficaces, las campañas que intentan disminuir la oferta y la demanda; e inquieta porque el consumidor –o la persona que está a punto de hacerlo– no elige los medios de comunicación tradicionales para informarse, para encontrar rigor y datos veraces sobre cómo gestionar placeres, efectos y riesgos del consumo de drogas.

No voy a justificar, atacar o defender lo que es responsabilidad de muchos (de todos), solo intentaré explicar, como periodista que lleva más de quince años escribiendo acerca del mundo de las drogas (legales e ilegales), en qué ha fallado el periodista y qué se puede hacer mejor desde la profesión de informador para minimizar los efectos negativos de un consumo de riesgo, para dinamizar debates y, sobre todo, para suministrar información veraz al ciudadano.

A menudo se cita a Jaume Funes Artiaga, psicólogo, educador, y también periodista, para definir la historia de las drogas y la comunicación como la “crónica de un desamor” (Funes, 1996). Pero si el vínculo entre políticas de comunicación oficiales (institucionales) y drogas ha sido el desamor, la relación entre la reducción de riesgos y los encargados de formar la opinión pública solo puede calificarse de cisma, sobre todo en sus inicios. La solución estaba en los propios pilares del periodismo: la diversificación de las fuentes que suministran información y que hasta hace bien poco se limitaban a funcio-

narios gubernamentales, policiales y judiciales. Y más aún en el interés (que siempre ha sido escaso) del informador por conocer lo que se ha venido en llamar “el submundo de la drogas”.

A ambos lados de la raya

Querría empezar con un ejemplo, porque solo uno basta para entenderlo. En 1998 el colectivo Energy Control hizo pública su campaña “A ambos lado de la raya”, un innovador folleto, a modo de cómic, en el que unos personajes –todos ellos jóvenes identificados con las tendencias de la moda de esos años– salen de noche y acaban enfrentándose a los dilemas de una fiesta en casa con amigos y de una discoteca. Los principales mensajes que lanzaban los protagonistas podrían resumirse así: el miembro más tranquilo y menos ansioso del grupo llevará la cocaína de todos los que consumen, la droga debe picarse muy bien para evitar hemorragias y el rulo que sirve para esnifar no debe compartirse, es esencial respetar la libertad de quien no quiere meterse una raya, sé consciente de que los efectos se acaban y de que el bajón, si sigues consumiendo, puede ser horrible, y por último: endeudarte o dejar que te fíen puede acarrear muchos problemas.

Podemos identificar este folleto, editado con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Ayuntamiento de Barcelona, como uno de los primeros proyectos de reducción de riesgos y prevención en los consumos de cocaína, pero ¿cuál fue la reacción de los medios de comunicación? La respuesta la tenemos en el titular aparecido en el diario *El Mundo* cuando el folleto había empezado a circular en ambientes festivos: “Un folleto respaldado por el Ayuntamiento de Barcelona y el Plan Nacional sobre Drogas explica cómo consumir cocaína”.¹ ¡Imagínense entonces cómo fue la reacción de otras cabeceras más conservadoras!

Muchos periódicos lo interpretaron como una promoción de la droga, incidiendo en el hecho de que organismos oficiales habían financiado tal “sacrilegio”. De hecho, hasta las instituciones que habían dado luz verde a este colectivo para confeccionar materiales que llegasen a los jóvenes de una manera más directa, didáctica y realista intentaron desligarse. Lo que para unos eran iniciativas que pretendían disminuir los daños de un consumo que se iba a realizar sí o sí, para otros era apología de las drogas, creación de climas de aceptación social de las sustancias e incluso estrategias de legalización.

El principal problema de los profesionales de la información fue que muy pocos intentaron conocer más o profundizar en quién, cómo, por qué y para qué se había editado ese material.

1. Diario *El Mundo*, 28 de septiembre de 1999, citando a la agencia Europa Press. Disponible en <<http://www.elmundo.es/elmundo/1999/septiembre/28/sociedad/cocaina.html>>.

IMAGEN 1
Si te drogas, no te mates.



Fuente: *Interviú* n° 1.222 de 27 de septiembre de 1999.

Hoy, quince años después, a pocos extraña que una información adecuada ayuda a impedir consumos peligrosos más que decenas de anuncios televisivos con un eslogan tremendista. *Interviú* dedicó por entonces seis páginas, ilustradas con el cómic de Energy Control, a explicar qué había a ambos lado de la raya, con testimonios de educadores, psicólogos e incluso consumidores (ver imagen 1). Cuando los periodistas empiezan a hablar con alguien más que con policías de la brigada de estupefacientes la cosa suele cambiar. Con esto no niego la importancia que para un reportero tiene el conocimiento de primera mano de los operativos que realizan las Fuerzas de Seguridad del Estado contra las organizaciones mafiosas dedicadas al negocio de la distribución de sustancias ilegales, pero no debe ser el único enfoque.

Si acudir a una única fuente de información es un escollo para una información rigurosa, el escaso interés de los grupos editoriales y audiovisuales por el asunto, el alarmismo, la generalización o el simplismo de muchas informaciones agrandan ese cisma antes citado entre la reducción de riesgos y los creadores de opinión pública. En mi opinión, los periodistas no se percataron de que las políticas de reducción de riesgos se estaban haciendo mayores, eran irreversibles y eficaces como alternativa a las políticas represivas. Igual que un padre va por detrás a la hora de darse cuenta de la evolución y cambio en las fases de desarrollo en su hijo, los medios de comunicación tardaron en asumir que no quedaban muchas otras opciones que garantizar esa reducción de daños. Cuando lo quisieron ver, la sociedad les había adelantado y pasado por encima.

“Confusionismo” y falta de especialización

El simplismo y la generalización siguen estando a la orden del día. La Guía de Buenas Prácticas para Medios de Comunicación y Profesionales de la Información,² elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas a principios de este siglo, reconocía que la especialización de los profesionales “está directamente relacionada con el rigor y el equilibrio del tratamiento informativo del problema de las drogas”. Pero poquísimos licenciados en Ciencias de la Información, por no decir ninguno, están interesado hoy en día en formarse en la información sobre drogas. Como mucho, abordarán el tema desde la óptica de los sucesos, algo muy extendido en los medios. La ausencia de especialización solo contribuye a la desinformación.

Es lo que la asociación vasca Ai Laket!! definía como “confusionismo” en el libro *Los medios de comunicación y el consumo de drogas* (Pantoja y Abejón: 2004). Según los autores de Ai Laket!!, Bermejo y López de Luzuriaga (2004: 108), ese confusionismo proviene en gran medida:

De no definir conceptos como droga, adicción o dependencia. Se habla de las drogas, metiendo en el mismo saco sustancias que nada tienen que ver en relación a sus efectos, dosis, toxicidad, etc. En otros casos, la confusión deriva de nombrar una sustancia con el apelativo dado en el argot o en determinados ámbitos –éxtasis líquido, drogas de diseño...– pero que no es conocido por el público en general.

En los años noventa, una muestra de esta confusión terminológica provocó la desinformación total entre los usuarios de drogas de síntesis química. Muchos medios de comunicación denominaban –y algunos lo siguen haciendo– éxtasis líquido al GHB (ácido gammahidroxibutírico), un anestésico en polvo que se presentaba habitualmente disuelto en agua y que se vendía en pequeños botecitos. Su presentación y efectos (relajación en distintos niveles dependiendo de la dosis, pérdida de conciencia y caída en un sueño profundo a dosis altas) nada tenían que ver con la MDMA (3,4-metilendioxitmetanfetamina), el principio activo del éxtasis. De hecho, hubo consumidores que ingirieron GHB en altas cantidades pensando que era similar al éxtasis y la sobredosis les provocó estados de coma, en la mayoría de las veces reversible a las pocas horas.

En 1997, este era el titular de un periódico de ámbito nacional: “Un trago que puede ser mortal. El éxtasis líquido (GHB), una droga peligrosa que llegó a España hace dos años, tiene efectos impredecibles en el cuerpo humano y algunos de ellos pueden ser de gravedad extrema”.³ Ya por entonces se sabía que GHB y éxtasis no eran familia ni lejana.

2. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Guía de Buenas Prácticas para Medios de Comunicación y Profesionales de la Información. <<http://www.pnsd.msc.es/prensa/BuenasPracticas.htm>>.

3. Suplemento Salud y Medicina, *El Mundo*, 18 de septiembre de 1997. Disponible en <<http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S261/S261extasis.html>>.

Si en los noventa fue el GHB, durante los primeros años del siglo XXI ocurrió algo parecido con lo que aquí en España los usuarios recreativos llamaron ‘cristal’, MDMA en polvo o en pequeñas rocas cristalinas. Los fabricantes y distribuidores de MDMA comprobaron que la elaboración de pastillas de éxtasis troqueladas con atractivos logos empezaba a ser más costosa económicamente. A la par, varias operaciones policiales habían desarticulado laboratorios en nuestro país y la presión les obligó a cambiar sus patrones de actuación. Tanto los análisis del Instituto Nacional de Toxicología como de colectivos sociales dedicados a la reducción de riesgos detectaron que lo que los consumidores llamaban ‘cristal’ era exactamente el principio activo del éxtasis pero en otro formato. Rocas cristalinas en lugar de las tradicionales “pastis”. Sin embargo, la confusión reapareció cuando se conoció que en Norteamérica, concretamente en EE.UU y Canadá, se denominaba “crystal” a la metanfetamina, también conocida como ‘meth’ o ‘ice’, y no a la MDMA en roca. Hubo periodistas que alertaron de la presencia masiva de metanfetamina en España, cuando lo que circulaba en el mercado negro era cristal de éxtasis. La metanfetamina es desoxiefedrina, cuya intoxicación grave puede llevar a delirios, arritmia, fiebre, convulsiones, coma y hasta colapso circulatorio. A pesar de que la confusión quedó aclarada, la enciclopedia digital Wikipedia sigue asegurando que en español la metanfetamina se conoce como ‘hielo’, ‘cristal’ y ‘vidrio’⁴.

IMAGEN 2

Proyecto Disco Sana.



Fuente: *Interviú* n° 1.339 de 24 de diciembre de 2001.

Ahora que tenemos muy presente el trágico suceso de la discoteca Madrid Arena, donde perdieron la vida, el pasado mes de noviembre, cinco jóvenes durante una avalancha en plena fiesta de Halloween, es importante recordar que en el año 2001 hubo un serio intento de convertir las grandes discotecas

4. Véase <<http://es.wikipedia.org/wiki/Metanfetamina>>.

en áreas seguras para los cientos de miles de chavales que las utilizan todos los fines de semana.

La idea partió de un equipo de la Universidad John Moores de Liverpool (Reino Unido), dirigido por Mark Bellis, quien en colaboración con el Instituto Europeo para el Estudio de los Factores de Riesgo en la Infancia y la Adolescencia (IREFREA) quiso extender a los demás países europeos el proyecto Club Health, algo así como las Disco Sanas. Bellis explicó a *Interviú* que:

El entorno es un factor vital. Muchas de las muertes que se relacionan con el consumo de “éxtasis” no tienen que ver con la sustancia en sí. La temperatura de las macrodiscotecas puede llegar a los 40 grados centígrados, no hay ventilación adecuada, el acceso gratuito al agua no existe, los efectos luminosos y la oscuridad desorientan, no hay zonas de descanso y desconexión (chill-out), los porteros no están preparados para hacer primeros auxilios, no hay transportes públicos suficientes...”⁵.

En aquel momento –y ahora también, visto lo visto– la realidad había desbordado a dueños de locales, a responsables antidroga y a autoridades municipales. En 2001 hasta el subdirector del Plan Nacional sobre Drogas, cargo desempeñado por Emiliano Martín, me admitió que el consumo de drogas, legales e ilegales, en el ámbito recreativo “necesitaba abordarse desde el consenso para tomar medidas de rediseño ambiental”.

Los expertos querían convertir los espacios de ocio masivo en lugares saludables y la primera medida tenía que ver con la selección de los porteros de discoteca. “La selección es prioritaria, los dueños tienen que conocer los antecedentes, incluidos los penales, de los profesionales de la seguridad”, comentaba Belli. Guillermo Canales, psicólogo del proyecto Sintetic en el País Vasco iba más allá: “Los porteros no solo tienen que evitar peleas, también tiene que saber en qué posición poner a un joven que se ha desmayado para evitar que se trague el vómito, cómo ayudar a un chaval cuando sufre una parada provocada por una droga”. De todo aquello no quedó nada. En las hemerotecas, un par de noticias y un reportaje de *Interviú*.

Según la autopsia, ni un miligramo en sus cuerpos

Si a la inacción y al confusionismo añadimos el sensacionalismo, el cóctel es terrible. El pasado mes de noviembre de 2012, pocas horas después de que una avalancha humana acabase con la vida de cinco chicas en el Madrid Arena, hubo tertulianos televisivos que se preguntaron qué juventud es ésta que acude en tromba a escuchar a un “DJ”, que se emborracha y se droga por doquier. Preguntarse por qué la gente usa drogas en una sociedad de consumo, competitiva y que funciona a una velocidad de vértigo es cuestionarse quiénes somos y hacia dónde vamos pero generalizar diciendo que cualquier

5. Proyecto Disco Sana. Alberto Gayo. *Interviú*, 21/12/2001.

chaval que sale a la calle pasadas las doce de la noche lo hace para drogarse es vivir en un limbo peligroso. Cuando tuve la ocasión de analizar toda la documentación de la investigación policial en torno al conocido como “caso Madrid Arena” descubrí –y pocos medios fueron los que lo reflejaron– que las cinco jóvenes que perdieron la vida en los túneles del recinto madrileño no habían consumido un solo miligramo de sustancias ilegales, tal y como reflejaba la autopsia.

En ese evento multitudinario falló toda la estructura de reducción de riesgos, sí, pero por parte de los promotores y de las autoridades públicas que tenían que velar por un desarrollo normal de una fiesta de ese tamaño: la organización fue desastrosa, el aforo sobrepasó lo permitido, la seguridad era mínima, los servicios sanitarios no eran los adecuados, la negligencia municipal fue total, etc. Que había gente usuaria de drogas entre 20.000 chavales está fuera de duda; que las atenciones por intoxicaciones etílicas fueron unas cuantas, también; que aquello era una orgía de sustancias estimulantes y alucinógenas, simplemente no era cierto.

Miedo y desconfianza

¿Qué se consigue con este tratamiento alarmista y sensacionalista? Lo primero, crear un auténtico pavor entre los padres, y al mismo tiempo una desconfianza hacia el medio de comunicación por parte de los usuarios recreativos de drogas. Los jóvenes no se fían de las instituciones, tampoco de los responsables políticos, y cada vez menos de los periodistas, por lo que acuden a fuentes de conocimiento alternativas: amigos, literatura o foros y web de asociaciones y colectivos que, mejor o peor, intentan facilitar en internet otra visión sobre los efectos y riesgos de tal o cual sustancia.

Curiosamente, hace una década, el Plan Nacional sobre Drogas admitía que si dejamos a un lado a trabajadores sociales, educadores, psicólogos, médicos o terapeutas, el resto de la población –el 99 por ciento– tenía como única fuente de información sobre consumos a los medios de comunicación. Ese papel determinante ha perdido fuelle con los años en beneficio de organizaciones que se postulan en pro de políticas de reducción de riesgos con años de trabajo a sus espaldas, colectivos que desde hace casi dos décadas trabajan a pie de calle con consumidores de heroína, cocaína o drogas de síntesis. Hoy se puede afirmar sin temor a equivocarnos que estamos ante la generación mejor informada sobre drogas, y paradójicamente no se debe ni a los mass media, ni a fundaciones o empresas privadas ni a los distintos planes de gobiernos centrales.

Pocos son los medios de comunicación que incluyen en sus códigos deontológicos o libros de estilo alguna referencia acerca de cómo tratar la información sobre las drogas, y menos sobre la reducción de riesgos. Echando un

rápido vistazo al Código Internacional de Ética Periodística de la UNESCO,⁶ que data de hace treinta años, podríamos aprender mucho o, al menos, tenerlo de referencia. En pocas palabras, la UNESCO expone que el pueblo y las personas tienen el derecho a recibir una imagen objetiva de la realidad “por medio de una información precisa y completa”; la tarea primordial del periodista es la de servir el derecho a una información verídica, auténtica y honesta; la información es un bien social y no un simple producto, “tomando en cuenta la diversidad de los intereses sociales”; el respeto a la dignidad humana y al interés público deben primar; y el periodista debe participar activamente “en las transformaciones sociales”. Estos principios elementales no siempre se cumplen cuando hablamos de las drogas.

Abrir debates, formar a la opinión pública

Parece complicado entonces que los profesionales de la información consigan retomar su función de formadores de opinión pública. La función de ayudar a conformar ciudadanos críticos y libres y de participar activamente en la evolución social queda actualmente muy lejos.

No quiero ser agorero pero la realidad española –y europea– no da pie a pensar que los medios de comunicación masivos tengan entre sus prioridades hablar de las drogas. Lo contrario ocurre en Latinoamérica, quizá porque son ya demasiados muertos vinculados al narcotráfico y a la guerra total contra las drogas, demasiada población sufriendo las consecuencias de una sola mirada hacia el problema. Durante 2012, un grupo de ex presidentes de gobierno del continente americano apretaron el acelerador para buscar otros caminos alternativos a las políticas represivas que se plantean desde EEUU hace décadas. Sus propuestas despenalizadoras y reguladoras, su apuesta por dirigir el foco hacia el ámbito sanitario encontraron su eco en líderes y ex dirigentes políticos estadounidenses, pero sobre todo en los medios de comunicación del hemisferio sur americano. El melón se abrió y la digestión de su fruto no sabemos todavía cuál será.

Lo cierto es que la información veraz y el análisis de todos los enfoques son las principales herramientas que el periodista puede aportar para minimizar daños. Ayudar a discernir hace individuos más auto responsables, lleva incluso a que los usuarios de drogas modifiquen conductas de riesgo. En consecuencia, disminuye los efectos más perniciosos del consumo e impide, quizás, el principal peligro: la desinformación y la ignorancia.

6. Conclusiones del Fourth Consultative Meeting of International and Regional Organizations of Journalists, París 20 de noviembre de 1983. Disponible en <<http://eticaperiodistica.wordpress.com/2008/05/19/codigo-internacional-de-etica-periodistica-de-la-unesco/>>.

Historia de una ‘cunda’

A la desinformación contribuye sobremanera la falta de reflexión y la visión simplista. En noviembre de 2011, los informativos de las televisiones y los titulares de los periódicos se hicieron eco de una circular informativa del Ministerio del Interior que rezaba así: “La Policía Nacional detiene a 23 personas y desarticula el negocio de las ‘cundas’ de la droga en Madrid”. Imágenes del operativo policial dieron a entender que se había acabado con la mafia de los denominados “taxis de la droga” –las “cundas”–, esos vehículos que trasladan todos los días a drogodependientes consumidores de heroína desde el centro de la ciudad a la Cañada Real, uno de los puntos de venta de “caballo” más importante del centro de la Península. Pocos periodistas se preguntaron por qué seguían existiendo esas rutas, quiénes eran sus usuarios, cuál era el perfil de los conductores –hasta no hace mucho eran también heroinómanos que a cambio de unos pocos euros, que luego utilizaban para comprar su dosis diaria, se convertían en “taxistas” para otros usuarios–, quiénes eran los dueños de los coches o qué beneficio obtenían. Lo que se vendió como “desarticulación” de un negocio duró apenas 24 horas. Al día siguiente y unas manzanas más allá, el transporte de heroinómanos desde el cogollo de Madrid al poblado situado en la A-3 dirección Valencia continuaba como si no hubiera pasado nada. Socialmente es impensable –y probablemente inaceptable– que se aprovecharan las líneas de transporte público para llevar toxicómanos hasta las casas de los distribuidores de droga, pero la creación de “supermercados” de heroína y cocaína en las afueras de las grandes urbes ha obligado a buscarse la vida a los cientos de personas que necesitan del derivado opiáceo para sobrevivir. Se redujo un asunto complejo a una noticia sobre el “modus operandi” de una presunta organización de delincuentes dedicados al transporte de “yonquis”.

IMAGEN 3

La cunda del vertedero.



Fuente: *Interviú* n° 1.260 del 19 de junio de 2000.

Tuve la ocasión a principios de este siglo de acompañar a un “cundero” y sus clientes desde el centro de Madrid –el problema viene de lejos– hasta el por entonces más famoso poblado marginal de la capital, Las Barranquillas. Aquel vehículo –un utilitario destartado que conseguía que las puertas delanteras no se cayesen mediante sujeciones con cuerdas– era conducido por un hombre que necesitaba consumir lo antes posible. Sus tres acompañantes, cada vez más nerviosos, llevaban esperándole un buen rato. Me contaron en el trayecto de ida que ya no se atrevían a ir en autobús porque había muchos malos rollos en el viaje y que tenían que cruzar una de las autovías de circunvalación, lo que en aquellos años provocó más de un trágico atropello.

Desplazarme hasta allí con ellos me sirvió para conocer de primera mano lo que era un “supermercado de la droga”: un minipueblo con casas fabricadas con materiales de aquí y de allí y con una jerarquización de pesadilla. Unas pocas familias controlaban la venta de cocaína y heroína. Los vendedores, parapetados en pequeñas estancias cuasi blindadas, suministraban micras sin parar. Vigilantes a sueldo de los vendedores colocaban a los drogodependientes a golpe de vara en colas interminables en los patios de cada caseta. Los usuarios más deteriorados física y mentalmente, a los que llamaban “machacas”, se encargaban de captar a los clientes para que entrasen en esta o esa chabola a comprar a cambio de unas micras al día. Vivían allí, tirados por las callejuelas de tierra, e incluso pude observar como uno de ellos, cuando llovía, hacía de tapón humano en el tejado de uralita para que no se mojase “el negocio”.

Pero también hablé con los agentes de las unidades de estupefacientes de la Policía, que me describieron su trabajo. A las puertas del poblado patrullaban en busca de los coches que traían la mercancía para su posterior suministro y en un vertedero aledaño se pasaban noches enteras camuflados entre la basura y con prismáticos de visión nocturna a la caza de los intermediarios que portaban kilos de mercancía cada semana. Posteriormente, dos compañeros de mi publicación, descubrieron que algunas de las familias de etnia gitana que controlaban el negocio y que pasaban oficialmente por ser unidades familiares al borde de la pobreza con derecho a piso de protección oficial eran en realidad dueños de importante terrenos y chalets en la carretera que une Madrid con Extremadura. Todo este relato, que puede parecer de película, era una realidad que pocos querían ver con sus propios ojos. La información contrastada y la utilización de fuentes directas y variadas me ayudó mucho más a entender lo que era y significaba la “cunda”.

Sin duda, uno de los más completos relatos con información veraz sobre la heroína, las ‘cundas’ y la reducción de riesgos la tenemos en la monografía que el psicólogo Eduardo Hidalgo Downing escribió en 2007 dentro de la Colección Psiconáutica de Amargord Ediciones. No se la pierdan. (Hidalgo, 2007: 260-349).

Aunque poco tenga que ver con la reducción de daños, no quiero dejar pasar esta oportunidad para relacionar la anterior información sobre los “cun-

deros” con otra noticia aparecida el año pasado sobre el significado de un par de botas colgadas sobre los cables telefónicos y de la luz en algunos barrios de grandes ciudades. Convertir una leyenda urbana conectada con los pandilleros norteamericanos o una actividad de arte callejero en una noticia sobre drogas solo ejemplifica cómo encaran algunos periodistas el tratamiento informativo de ese ‘submundo de la droga’. Para determinados medios, el lenguaje secreto de esos zapatos colgantes⁷ tiene que ver con la venta de drogas. Serían señalizadores de los puntos de la ciudad donde se venden sustancias ilegales, pero por muchos reportajes y noticias que he leído sobre el tema, todavía estoy esperando que algún sabueso periodista aporte alguna prueba de esa afirmación. Creo que con tan solo consultar a vecinos inquietos o a colectivos de arte callejero tendríamos una respuesta más fundamentada: el calzado de los cables solo es una manera –realmente poco estética– de llamar la atención, nada más.

Research chemicals, la oportunidad

Creo sinceramente que donde el medio de comunicación masivo ha perdido la batalla es en la reducción de daños en relación con las conocidas como *research chemicals* (Rc’s), alucinógenos y estimulantes confeccionados con reformulaciones químicas que aún no están fiscalizados y de los que no existe suficiente literatura científica. El hecho de que cientos de sustancias de laboratorio den su salto al mercado recreativo a través de su venta por internet y sin apenas un testado que permita aclarar dosis, efectos, placeres y riesgo están convirtiendo a muchos usuarios en cobayas humanas. En noviembre de 2007, la revista *Interviú* informó de la aparición de las *research chemicals* en un exhaustivo reportaje. Cuando se pidió la opinión de policía y autoridades antidroga, el silencio y la ignorancia fue la respuesta. Alejo Alberdi, uno de los más ávidos investigadores de este tipo de sustancias, me lo explicó con claridad meridiana:

Para un consumidor o alguien interesado en estas sustancias, hay ventajas e inconvenientes. Rara vez son adictivas, la pureza está más garantizada, el precio es más ventajoso y no hace falta entrar en contacto con el mundo del hampa para conseguirlas, pero hay un serio inconveniente: el usuario se convierte en un conejillo de Indias. Son compuestos de los que apenas se conoce nada en cuanto a seguridad, efectos a largo plazo o dosis letal. La mayoría son drogas visionarias muy fuertes, son imprevisibles, te pueden llevar al cielo, pero también al infierno.

A modo de conclusión

Estoy convencido que la asignatura pendiente de los periodistas, dedicados en exclusiva, o no, a informar sobre sustancias ilegales, o no, está en facilitar

7. Jesús OSSORIO, “El lenguaje secreto de las zapatillas colgantes”. *El Mundo* 23/03/2008. <<http://www.elmundo.es/elmundo/2008/03/21/madrid/1206087762.html>>.

IMAGEN 4
Lo último en drogas



Fuente: *Interviú* n° 1.648 del 26 de noviembre de 2007.

al lector, espectador u oyente datos veraces sobre las contraindicaciones del uso de drogas, los efectos placenteros o dañinos, la dosis de riesgo, tóxica o letal, las diferentes vías de administración y todas las precauciones que deberían tomarse cuando llega ese día en que una persona de forma libre y consciente, o no, decide dejar la abstinencia y descorchar una botella de vino, liarse un porro de marihuana, ponerse una raya de cocaína o sacar del cajón los hipnosedantes. Explicar que no todas las sustancias psicoactivas son iguales, que no todos los individuos sufren los mismos efectos y que el contexto social, familiar, laboral o personal es primordial sería un excelente punto de partida para dignificar la profesión periodística y logra que esa relación de desamor de la que hablábamos al principio torne en una relación de colaboración entre el informador y la reducción de riesgos.

Para crear corrientes de opinión es necesario contar con toda la información objetiva disponible; para servir de correas de prevención los periodistas deben utilizar un lenguaje didáctico y riguroso; para abordar el tema sin amarillismo hay que huir de la ‘versión oficial’ y del dramatismo, acudir a distintas fuentes, dar voz a los que no la suelen tener y contrastar la información; para ofrecer una visión completa de algo muy complejo hay que llegar a las causas.

Referencias bibliográficas

- BERMEJO, Sonia & LÓPEZ DE LUZUARIAGA, Urko (2004). “¿Qué esperan los profesionales que tienen que ver con las drogas de los medios de comunicación? Ai Laket”. En Luis Pantoja & Juan Antoniό Abeijón (eds.), *Los medios de comunicación y el consumo de drogas* (99-114). Bilbao: Universidad de Deusto. Disponible en <<http://es.scribd.com/doc/8651371/Medios-y-drogas>>.
- FUNES, Jaime (1991). “Drogas y comunicación: todos los elementos para una crónica del desamor”. *Comunidad y drogas*, 14.
- HIDALGO, Eduardo (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.
- PANTOJA, Luis & ABEIÓN Juan Antoniό (eds) (2004). *Los medios de comunicación y el consumo de drogas* (99-114). Bilbao: Universidad de Deusto.

BLOQUE II

**LOS COLECTIVOS Y CONTEXTOS DE
APLICACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS**

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL MARCO ESCOLAR

Jordi BERNABEU FARRÚS

Psicólogo y educador
jordibernabeu.cat

Carles SEDÓ

Educación para la Acción Crítica
projectes@edpac.cat

Una buena escuela está abierta a la entrada de otros profesionales y sale fuera a trabajar con otros profesionales. [] Porque la escuela considera los aspectos sociales una parte más del conglomerado educativo de su acción. Jaume FUNES.

Introducción

En este capítulo se desarrollan cuestiones centradas en el aspecto preventivo del consumo de drogas en el ámbito escolar desde la perspectiva de reducción de riesgos. Se centra específicamente en las intervenciones realizadas en el contexto de la educación secundaria. Y expresa cuál será el marco y los principios que dotarán de contenido a la intervención. Cabe decir de antemano que se entiende que este modelo de intervención es totalmente aplicable y viable en tal contexto.

La situación y el contexto

La reducción de riesgos, una propuesta acorde con la complejidad del fenómeno del consumo de drogas, no renuncia a entender que la abstinencia seguirá siendo la manera más segura de evitar ciertos problemas. No obstante, se plantea observar el consumo de las drogas desde planteamientos positivos —la mayoría del alumnado se abstiene o consume de forma controlada—, de forma constructiva, y entiende que la escuela es un marco idóneo para intervenir. Trabaja conjuntamente estrategias de prevención universal con otras de detección precoz y prevención selectiva. Y entiende que aunque un centro educativo debe proponer por norma la abstinencia, los proyectos preventivos que implementa no pueden tenerla como único objetivo.

Esta última afirmación puede parecer polémica en el contexto escolar. Pese a que propuestas similares que no rechazan el consumo, o bien fomenta su uso responsable han sido aceptadas por buena parte de la sociedad, su aplicación en el entorno educativo no está exenta de polémica. La idiosincrasia y la propia dinámica de los centros en ocasiones parecen incompatibles con

estas metodologías de intervención. Los profesionales de la educación pueden sentirse incómodos con este discurso y, dada la formalidad, normativa y estructura de las escuelas, resulta difícil atender esta necesidad.

Alumnos pero también adolescentes o jóvenes

La adolescencia y juventud se consideran etapas prioritarias del trabajo preventivo general y de la reducción de riesgos en particular. El hecho de que se prioricen estas edades se explica, entre otros factores, por la falta de experiencia y desconocimiento sobre las drogas que tienen los adolescentes, su tendencia a consumir mucha cantidad en poco tiempo, la poca importancia que dan a la percepción de riesgo a la hora de experimentar con drogas, o su mayor vulnerabilidad psicológica (Wicks-Nelson e Israel, 1997; Gilvery, 2000).

En el diseño de las intervenciones preventivas es frecuente dirigirse al medio educativo formal para realizarlas. Constituye en muchas ocasiones el campo exclusivo de intervención de muchos programas preventivos (Botvin, 1999). Si bien la intervención a estas edades se efectúa desde ámbitos diversos —la familia, los recursos de ocio o de deporte, u otros— diferentes motivos explican que se escoja intervenir en los centros de secundaria de manera prioritaria. Por una parte se trata de un espacio en el que están presentes simultáneamente la gran mayoría de adolescentes y jóvenes de un territorio, ya que mientras la escolaridad es obligatoria permanece en él un porcentaje muy alto del total; luego se va reduciendo progresivamente el porcentaje de jóvenes escolarizados, ya que una parte accede al mundo del trabajo, a la educación no formal o simplemente abandona los estudios.

Al estar agrupados por edades —salvo repetidores, las diferencias no superan el año— facilita la intervención, en la medida en que los programas preventivos pueden ajustarse con precisión a cada momento evolutivo y a sus experiencias relacionadas. Y si estos programas son bien acogidos en este ámbito es porque tanto la organización educativa como el profesorado tienen incorporado —además de la instrucción propiamente dicha— un rol educativo. Dentro de esta función se entiende que está el cuidado del alumnado que, entre otros temas, incluye el de las drogas. En general, a medida que aumenta la edad estos programas disponen de menos espacio, provocando que haya más actuaciones preventivas en la ESO que en bachillerato. Que a la formación profesional se le dedique menos espacio para la prevención que a bachillerato cuando la reducción de riesgos es significativamente más necesaria, se explica por otras razones.

Un marco de intervención no exento de dificultades

Que las puertas de la enseñanza secundaria estén abiertas y tengan una buena predisposición a la intervención preventiva sobre drogas no quita que

paralelamente existan dificultades para cierto estilo de trabajo. Especialmente quien pretenda realizar una intervención desde un modelo de reducción de riesgos en los centros educativos encontrará toda una serie de trabas para desarrollarla, ya sea por parte de la propia plantilla como de organizaciones externas.

En general las instituciones educativas tienden más al trabajo vertical que a uno más horizontal y colaborativo. Así, las decisiones, el conocimiento o las experiencias consideradas como “válidas” no suelen ser consensuadas o discutidas sino definidas desde la estructura del centro y, desde ésta, transmitidas y difundidas. Un tipo de abordaje que potencie la libertad, la construcción propia de valores o la toma de decisiones, tiene poco espacio en un contexto normativo que suele ser rígido. Se trata justamente de un funcionamiento con unos principios opuestos a los defendidos desde la reducción de riesgos, cuya falta de autonomía la sufre tanto el alumnado como el profesorado.

Además, a los centros educativos se les dota socialmente de la categoría de espacios ejemplares en todos los ámbitos y, evidentemente, la salud no es la excepción. Estado éste que para la visión hegemónica va acompañado necesariamente de la abstinencia a las drogas. Desde esa posición, la salud de los jóvenes y la reducción de riesgos sería un oxímoron. Fácilmente en la secundaria no será bienvenido el trabajo relacionado sobre cómo consumir mientras que sí lo serán las intervenciones sobre drogas que únicamente buscan la abstinencia de todos y de todo.

En este sentido, difícilmente se cuestiona que una profesora dé una opinión no contrastada sobre los efectos de cierto consumo, o que acceda un policía a dar una charla sobre las consecuencias legales indeseables relacionadas con las drogas. Sin embargo, un trabajo de reducción de riesgos puede ser frenado o cuestionado bien por las propias creencias del profesorado o bien por el miedo a reacciones desmesuradas por parte de las familias.

Dado que las dinámicas de los centros educativos distan mucho de los códigos que priman fuera, los adolescentes y jóvenes aprenden que lo que les sirve en un entorno, no les es útil en el otro y al revés. De ahí que el mismo grupo que el viernes hace botellón en una plaza entienda que le conviene expresar el lunes en el aula, si es cuestionado sobre ello en una actuación preventiva, que no es necesario el alcohol para pasárselo bien.

Los adolescentes y, todavía más los jóvenes, estarán acostumbrados a navegar en lo que se refiere a las drogas en discursos diferentes y muy a menudo contradictorios. De sus iguales y de internet recibirán, sin restricción alguna, una amplia información sobre las drogas y sobre cómo consumirlas. En cambio, en el centro educativo recibirán pocos contenidos, pero sí información de los riesgos, los problemas relacionados —con tendencia a maximizarlos— y muchas sugerencias sobre cómo evitar su uso. Y todo en un contexto ideológico

en el que se asocia el consumo a una falta de habilidades sociales y a una supuesta “presión de grupo” de la que son víctimas, mientras que fomenta la creencia de que sólo la abstinencia tiene que ver con estas habilidades o la correcta toma de decisiones.

Mientras, la progresiva derechización general —que está tumbando uno a uno los logros conseguidos con años de esfuerzo en pro de los derechos sociales— también se expresa en el ámbito de las drogas, siendo la reducción de riesgos la más cuestionada. Y los centros educativos, en tanto que instituciones con una inercia muy tradicional, son los primeros en coger el testigo.

Por todo ello, la educación en el consumo, para hacerse un espacio dentro de la intervención sobre drogas de los centros educativos, va a tener que capear entre el lenguaje políticamente correcto, el deseo de unos jóvenes que cada vez confían menos en el ámbito escolar para obtener la información necesaria para gestionar sus consumos, un profesorado cansado de sostener sobre sus hombros los recortes de las crisis, y una institución —el centro de secundaria— que vive de las rentas de una tradición cada vez más obsoleta y alejada de la otra realidad.

Las tendencias de consumo y las problemáticas relacionadas

Realizar una descripción del consumo adolescente tiene sus limitaciones. Sin embargo una aproximación a cómo se está llevando a cabo —en base al contacto de profesionales que trabajan en centros educativos, diferentes estudios (Observatorio Español sobre Drogas, 2012; Observatori Nous Consums en l'Àmbit Juvenil, Martínez Oró, Pallarés, Esplugas, Barruti y Canales, 2010) y a la propia narración del alumnado— además de darnos una panorámica general, nos puede sugerir líneas de intervención y objetivos de reducción de riesgos en el aula:

- El paso de la ESO a la secundaria postobligatoria o al mercado (pre)laboral se presenta como un momento clave en lo que se refiere a qué, cómo y dónde se consume. Las vacaciones de verano suelen ser un punto de inflexión en la transición de la adolescencia a la juventud, tanto en lo referente a salir de fiesta como en el uso de drogas. En consecuencia, si no se trabajan estos aspectos en la enseñanza obligatoria —especialmente con quienes abandonarán los estudios— quizás no haya otra oportunidad de hacerlo.
- El alcohol es la droga más consumida por la mayoría del alumnado de secundaria. Su uso se intensifica entre los 16 y los 18 años, período en que, además, suele aumentar el número de borracheras. De ahí que no tenga mucho sentido intervenir en el aula otras drogas sin tratar ésta previamente.
- El cannabis es la droga ilegal más asequible y consumida. Pero su uso tiende a ser ocasional y se sitúa en un marco relacional. Se puede utilizar esta sustancia para trabajar los límites normativos —fuera y dentro del centro educativo— y los legales.
- El consumo intensivo de cannabis —diario— es reducido. El alumnado que hace un uso más frecuente y regular tiende a realizar proselitismo y reclamar su

legalización o despenalización. Además entre quienes consumen intensivamente, y más si se han iniciado precozmente —primer ciclo de la ESO—, aumenta la facilidad para consumir, más adelante, otras drogas ilegales. Esta realidad puede ser una vía para reflexionar con el alumnado sobre las diferencias entre los usos de drogas recreativos y de fiesta, y los habituales y diarios —que pueden afectar el rendimiento y la dinámica académica.

- Los adolescentes ven al cannabis más problemático que el alcohol. Sin embargo, quién ha fumado cannabis opina que éste crea menos problemas que el alcohol. A partir de estas creencias se puede informar sobre la no necesaria relación entre los riesgos físicos y psíquicos de una sustancia con su trato legal.
- En la ESO el consumo de cocaína es casi inexistente. Y en la etapa postobligatoria, muy reducido y, si se da, tiene carácter puntual vinculado a fiestas o celebraciones. El consumo de MDMA —en pastillas o cristal— y otros derivados de las anfetaminas es muy bajo. El MDMA sigue percibiéndose como una droga muy problemática, incluso más que la cocaína. Y aunque han ido apareciendo en escena otras drogas —setas alucinógenas y ketamina principalmente— tienen poco espacio en las prácticas y en los discursos de secundaria. De ahí que el trabajo de reducción de riesgos de estas sustancias en el aula convenga realizarlo con mucha prudencia y en tercera persona (enfocándolo como si el mensaje se dirigiese a “personas conocidas”).
- Un número significativo de adolescentes que cursan secundaria están en tratamiento con medicación psiquiátrica. Y en ocasiones quienes lo están la consumen junto a alcohol y otras sustancias. El informe de 2010 del Observatorio Español sobre Drogas cuantificaba en un 5,6% el uso de hipnosedantes sin receta. Es necesario mencionar los efectos indeseables que ciertas sustancias —especialmente las alucinógenas— pueden provocar en los jóvenes con tendencia a problemas relacionados con la salud mental, y hacerlo teniendo en cuenta que pueden estar presentes en el aula.
- Las chicas suelen presentar consumos más tranquilos y menos intensivos que los chicos (a excepción del tabaco y la medicación psiquiátrica). Sin embargo, son más invitadas a consumir y expresan sentirse más acosadas. En el trabajo en el centro educativo, si no se pone atención es fácil —de manera inconsciente— enfatizar las situaciones de riesgo y consumo “masculinas”, y silenciar las más propias de ellas.
- Las peleas son una realidad cercana y presente en los jóvenes. Existe una asociación de éstas al hecho de ir bebido, cuestión recurrente en sus apreciaciones. Como la reducción de riesgos no sólo incorpora los riesgos en las personas consumidoras sino también en las que están en contacto con ellas, conviene prevenir estas situaciones, pudiendo realizarse incorporando una perspectiva de género (qué tipos de violencia van asociadas a cierta masculinidad).
- Sobre todo en la secundaria postobligatoria —indistintamente ciclos formativos y bachillerato— es una práctica frecuente subir en vehículos conducidos por una persona bajo los efectos del alcohol. La prevención de esta práctica es altamente prioritaria en todo trabajo en el medio educativo, y debe contemplar cómo evitar esta situación y cómo afrontarla en caso que se produzca.
- El uso de ciertas drogas puede facilitar relaciones sexuales con mayor riesgo (sin preservativo o bajo presión) y agresiones por temas de género. El abordaje preventivo en este ámbito conviene que incorpore dos aspectos: conocer la influencia de diferentes consumos en tales prácticas, y la responsabilización de la persona

ante sus acciones (entender que las drogas pueden ser factores que ayudan pero no son su causa, y que en una relación sexual de riesgo consentida ambas personas tienen su parte).

El discurso preventivo en el medio educativo

La reducción de riesgos propone intervenciones que determinan un posicionamiento claro respecto al consumo, las personas usuarias y su contexto. Por lo que éste no sólo no es neutro, sino que persigue el cambio y, de alguna manera, cierta transformación social. Y estas acciones tienen consecuencias. Si el trabajo con adolescentes requiere un tratamiento acorde con su realidad, y las drogas son una parte de ella, deben desarrollarse alternativas a la idea del “consumo cero”.

Hay una serie de retos que tendrán que resolverse: ¿Cómo promover la abstinencia sin excluir a quienes consumen? ¿Cómo realizar una reducción de riesgos sin que se normalice el uso de drogas y se ignore a los que no las consumen? ¿Se puede plantear cómo usar unas drogas que en ese momento no están presentes pero lo estarán en un futuro cercano? ¿Cómo detectar y actuar ante consumos problemáticos?

Al igual que otros contextos sociales, es función de la escuela educar y ello no se limita a su espacio (lo que pasa dentro del colegio) ni a su horario (el escolar). Además, la prevención no es sólo un medio sino también un fin para atender otros aspectos: el respeto, la aceptación de límites, la asertividad, la gestión del placer, la conciencia de riesgo, etc. Las actitudes que se trabajarán —como la prudencia o una postura crítica hacia lo que conecta o desconecta— también les podrán ser útiles para otras áreas de la vida.

La reducción de riesgos en los centros educativos tiene que contemplar dos vertientes de ellos y ellas como adolescentes o jóvenes:

- En cuanto que alumnos: consumos en espacios o tiempos académicos, implicación en el rendimiento y aprendizaje y en otros alumnos, normativa del centro, etc.
- En cuanto (posibles) usuarios de drogas en momentos de ocio, entendiendo el trabajo en el aula como una simulación de algo que pasa fuera y en otro momento.

El alumnado —y no la sustancia— tiene que ser el elemento central del trabajo preventivo. Sin embargo el hecho de que la situación por excelencia de los centros educativos sea el grupo-aula dificulta enormemente el trabajo individualizado —al menos en un contexto de taller— y determina que el énfasis del trabajo de reducción de riesgos se ponga en las sustancias y en los contextos. La información que se da en el aula debe ir acompañada de un proceso actitudinal que fomente la reflexión y la responsabilidad. Y, en paralelo, únicamente una intervención tutorial puede adaptar las pautas generales a la realidad y a las necesidades particulares de cada adolescente o joven.

Debe abordarse el tema potenciando la responsabilidad de las elecciones en el uso de sustancias, alejándose de posicionamientos paternalistas. Aunque el contexto facilita que se trate al alumnado como “niños” —y ellos a responder como tales—, el tema es lo suficientemente serio para ser tratado de manera adulta; esto es, tomando una elección libre que sopesa sus posibles repercusiones tanto en uno mismo como en las demás personas.

La prudencia —principio básico a aplicar en la reducción de riesgos en general y especialmente en entornos educativos— conlleva trabajar las sustancias y contextos más próximos. Traducido a la realidad de un centro: básicamente el alcohol y los porros. Desde ahí, y sólo si es necesario, se puede pasar llegar a otras sustancias. En cualquier caso, muchas de las recomendaciones que se hagan para estas sustancias servirán —aún sin nombrarlas— para los consumos de otras.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad característica de las aulas, y especialmente cuando son más pequeños, por prudencia se plantean con normalidad las situaciones de abstinencia o de consumo moderado, y se tratan con una cierta distancia los usos más intensivos y la reducción de riesgos de las drogas ilegales.

La reducción de riesgos en el marco escolar debe adaptar las intervenciones a las necesidades de los jóvenes —y no a las de quiénes la interpretan— y a su realidad. Aunque la venta de alcohol o de tabaco está prohibida a los menores, ello no implica que no las consuman y —en consecuencia— que les convenga disponer de pautas sobre cómo usarlas. De ahí la importancia de plantear con un lenguaje cercano situaciones análogas a las que viven los adolescentes y los jóvenes y entender que no son incompatibles la defensa de la normativa con las pautas preventivas de reducción de daños.

Las líneas de actuación se tienen que definir en función de qué consumo tiene y qué postura tiene hacia las drogas el alumnado. Pese a que la experiencia con drogas puede tener consecuencias a medio o largo plazo, el trabajo tiene que partir de situaciones cotidianas vinculadas al presente.

Más allá de la intervención del especialista

En ocasiones se entiende que trabajar la cuestión preventiva es tratar directamente con el alumnado, básicamente impartiendo charlas o talleres. Incluso se ha aceptado que la posición y participación del profesorado quede relegada a un segundo plano “a favor” de agentes externos que realizan las intervenciones, negando así su papel clave como referentes.

Sin embargo, cualquier acción preventiva debe enmarcarse en una lógica de trabajo más amplia que la “especialista”. Si bien un técnico puede saber mucho de drogas y de la reducción de riesgos asociada, es el profesorado

quien conoce a esos adolescentes y jóvenes, y quien tiene que ir resolviendo las situaciones cotidianas ligadas a su consumo: jóvenes que entran en el aula bajo sus efectos, intoxicaciones en salidas de tiempo libre, dudas de los jóvenes sobre qué y cómo tomar, etc. O puede que un día acudan a un centro de salud para contactar con un profesional al que tienen como referencia porque lo han conocido cuando ha ido al instituto. De ahí que el centro educativo, con la colaboración comunitaria, deba desarrollar planes específicos de prevención de manera que incluyan diferentes actores en su propuesta (Wandersman, 2003).

Intervenir preventivamente en el marco educativo implica intervenir también con las familias y profesionales del centro. Prevenir no es sólo actuar directamente con el alumnado también atender todas las cuestiones que alrededor de las drogas se pueden generar. Tendrá que tenerse en cuenta que si bien las familias acojan con buenos ojos la intervención preventiva que busca la abstinencia, no tenga la misma actitud ante la reducción de riesgos.

Por ello, intervenir en el marco escolar implica sistematizar un plan de trabajo que ayude a desarrollar diferentes objetivos:

- Protocolarizar y promover el trabajo conjunto relacionado con drogas del equipo del centro con los especialistas externos.
- Conocer la realidad del consumo de drogas en el marco sobre el que se va a trabajar.
- Sensibilizar sobre el tema de las drogas, y sobre la necesidad de realizar tareas de prevención —reducción de riesgos incluida.
- Dar respuesta a situaciones individuales o grupales relacionadas con el consumo en el espacio educativo.
- Proponer intervenciones y actividades preventivas.
- Derivar a servicios de orientación y asesoramiento a quien lo necesite.
- Evaluar el proceso y resultado de todo el programa.

Todo ello debe permitir trabajar diferentes ejes: 1) a nivel individual, ofreciendo servicios de atención personalizada a aquellos jóvenes que lo necesiten; 2) a nivel grupal, incidiendo en todo el alumnado, que debe recibir una información adecuada a su nivel, y aquellos jóvenes con consumos de riesgo o problemáticos una intervención acorde con sus necesidades; 3) a nivel comunitario, sensibilizando y fomentando cohesión y participación de diferentes agentes y recursos.

Deben contemplarse tres ejes de actuación. Por un lado, el normativo: ¿Cuáles son las normas —generales y de la propia institución— sobre las drogas? ¿Qué dice el reglamento cuando suceden ciertas cosas (como un consumo en el recreo)? ¿Quién y cómo se supervisan dichas normas? En segundo lugar, el preventivo: ¿Cuáles son los métodos de intervención que se desarrollan en el centro con el fin de prevenir problemas relacionados con las

drogas? ¿Qué y cómo se trabaja? ¿Quiénes lo implementan? ¿Cómo se articula en el currículo educativo? Y por último el relativo a la atención: ¿Cómo se protocolariza la atención ante las situaciones conflictivas de consumo? ¿Qué circuitos de derivación utilizar? ¿Cómo se coordinan los recursos del centro, los de prevención y los de atención?

Existen buenas prácticas que dejan entrever que un trabajo global y coordinado evitará muchos problemas en un futuro. Y todas ellas suelen estar enmarcadas en planes comunitarios de prevención, por lo que no son actividades aisladas (Pentz, 1999; Toumbourou *et al.*, 2007).

A todo esto debe añadirse una profunda reflexión sobre cómo adquirir conocimiento y qué papel debe desarrollar la prevención en la sociedad de la información. Internet 2.0 —las e-redes sociales básicamente— ha cambiado las prácticas de relación, comunicación, acceso y producción de información, y la gestión de las identidades y la cotidianidad. Y los jóvenes están a la cabeza de su uso. La intervención de reducción de riesgos en los centros educativos de alguna manera compite —con desventaja— con esa realidad paralela.

Como trabajadores de la atención sociosanitaria se nos abre todo un nuevo canal de intervención, y es evidente que se necesita una reflexión seria y un posicionamiento. Se trata de un espacio cooperativo, participativo y horizontal, con un lenguaje y valores diferentes probablemente al que estamos acostumbrados, a la par que virtual y que también tiene problemas asociados. Experimentar y participar de este entorno nos puede permitir extender y ampliar el trabajo de reducción de riesgos en el aula, y superar las limitaciones que este modelo tiene para desarrollarse en una institución que avanza con mucha más lentitud que la realidad de los jóvenes.

Estamos obligados a repensar y plantearnos estas cuestiones: ¿Cómo utilizarlas para mejorar la práctica profesional? ¿En el mundo virtual se necesitan educadores? ¿Se deben utilizar canales personales para un uso profesional? ¿Cómo enfatizar y favorecer las buenas prácticas, y evitar las que no lo son? ¿Cómo realizar una reducción de riesgos virtual cuando no se tiene control de qué pasa al otro lado?

En la práctica

Entendiendo que las intervenciones de reducción de riesgos forman parte de un programa global y comunitario, debemos incluir en ellas a los profesionales del centro. En caso de que sean realizadas por personal externo, el profesorado referente tendrá que estar presente. Aunque pueda coartar en parte al alumnado, es necesario para poder darle solución de continuidad en su intervención antes y después de la intervención del especialista.

El trabajo en el aula suele ir precedido de una presentación que incluye diferentes aspectos. Suele incorporar la explicación de que aunque no se to-

quen ciertas drogas, la información de reducción de riesgos puede ser útil para personas conocidas o incluso en el futuro si se cambia de opinión. También, la transmisión de la importancia de huir de posturas maniqueas, dejando claro que no dar una connotación negativa de ciertos consumos —sino neutra— no conlleva que la tenga positiva. E incluso la aclaración de que el ejercicio de la libertad o de la capacidad de decidir no implica necesariamente —como suele darse a entender— la abstinencia, sino que puede dar como resultado el consumo de drogas.

Fundamentalmente se utilizan tres esquemas para organizar el trabajo de reducción de riesgos en el aula. El primero —y el más frecuente— es por drogas; se empieza por las más conocidas y cercanas al alumnado, y se enfoca de manera que las actitudes fomentadas sirvan también para otras sustancias aunque no se haga referencia directa a ellas. El segundo es por contextos de consumo de los jóvenes: el parque, la plaza, la discoteca, el bar musical, etc. Si bien es más complejo debido a la variedad de dinámicas que se dan en los diferentes espacios, los escenarios que se plantean son más reales para el alumnado, en la medida en que se asemejan más a lo que vive. Y, por último, basar el trabajo en las actitudes y las habilidades personales que ayudan o dificultan un consumo más seguro.

La separación de los jóvenes por sexos que se puede realizar en talleres de sexualidad o por niveles académicos en ciertas materias, no parece factible en lo que se refiere a las drogas aunque probablemente sería útil. La heterogeneidad caracteriza la mayoría de aulas de la enseñanza secundaria, de manera que comparten espacio jóvenes que usan drogas con otros que desconocen su existencia, aquellos que las consumen con frecuencia y compulsivamente y quienes lo hacen esporádicamente y de manera controlada. De hecho, esto determina que se tenga que alternar la prevención universal con la reducción de riesgos, y que —aunque se tome como referencia a los adolescentes y jóvenes consumidores— se aplique el criterio de prudencia. Este pasa por poner la atención en aspectos como evitar la jerga del consumo, o no crear una complicidad excesiva con el consumo.

La entrega indiscriminada de materiales (folletos, etc.) de reducción de riesgos con información sobre como realizar ciertos consumos, no se realiza en centros educativos por los diferentes riesgos que comporta. Por una parte, podría favorecer la curiosidad en jóvenes que tienen lejos ciertas drogas y, por otra, podrían acabar en manos que no corresponde —padres, hermanos o hermanas pequeñas, etc. De ahí que su reparto sea individual —sólo a jóvenes cuyo consumo se sabe con certeza— y siempre acompañado de instrucciones.

La intervención en una perspectiva de reducción de riesgos en el aula —más intensiva a más edad, y más explícita en la formación profesional que en bachillerato— también se posiciona hacia la abstinencia en ciertas situa-

ciones, aunque lo haga reconociendo y partiendo del consumo. Se fomentará claramente ésta en algunos contextos —como los académicos o laborales— y en algunas personas —como aquellas que sufren ciertas patologías físicas o mentales o que tienen una adicción.

Todo trabajo de reducción de riesgos deberá incorporar de forma transversal una perspectiva de género —en el uso de drogas también hay situaciones específicas y se reproducen relaciones no igualitarias—, y una multicultural —ciertos entornos culturales y etnias tienen sus propios códigos y mayor riesgo de consumo problemático o de venta de drogas.

Para finalizar, es importante destacar que uno de los grandes retos no alcanzados de la prevención escolar desde la lógica de la reducción de riesgos es la evaluación. Las dificultades que conlleva no implica que no tenga que realizarse para —en la medida de las posibilidades— revisar los resultados y poder mejorar o reorientar las intervenciones. ¿Es posible valorar el verdadero impacto de las intervenciones? ¿Puede influir en el alumnado la falta de confidencialidad para no expresarse con sinceridad? ¿Cómo validar la modificación de creencias o percepciones? Estos son interrogantes que pueden presentarse en la práctica profesional.—

En cualquier caso, se entiende que un trabajo serio, riguroso y que facilite la reflexión crítica debe aportar elementos para que los alumnos y las alumnas —a la vez que adolescentes o jóvenes— decidan cómo relacionarse con las drogas con información y responsabilidad. Si es así, se habrán cumplido los principios básicos de la reducción de riesgos.

Referencias bibliográficas

- BOTVIN, Gilbert J. (2000) “Preventing drug abuse in schools Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors”. *Addictive Behaviors*, 25, (6), 887–897.
- GILVERY, E. (2000). “Substance abuse in young people”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (1), 55-80.
- MARTÍNEZ Oró, David Pere; PALLARÉS, Joan; ESPLUGA, Josep; BARRUTI, Mila & CANALES, Guillermo (2010). *Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació Igenus.
- Observatorio Español sobre Drogas (2012). *Informe 2011*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- PENTZ, Mary Ann. (1999). “Prevention in the community”. En Robert T. Ammerman, Peggy J. Ott & Ralph E. Tarter (eds.), *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse* (327-344). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- TOUMBOUROU, John. W.; STOCKWELL, Tim; NEIGHBORS, Clayton; MARLATT, Gordon Alan; STURGE, Justin & REHM, John (2007). “Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”. *Lancet*, 369 (9570), 1391-1401.
- WANDERSMAN, Abraham & FLORIN, Paul (2003). “Community interventions and effective prevention”. *American Psychologist*, 58 (6), 441–448.

WICKS-NELSON, Rita & ISRAEL, Allen C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3.ª ed.) Madrid: Prentice-Hall.

Bibliografía

- ARTHUR, Michael W. & BLITZ, Caryn (2000). "Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning". *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 241-255.
- COMAS, Domingo (2002). "La percepción social de los problemas". En FAD y colaboradores (eds.), *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD.
- CONDE, Fernando (1999). *Los hijos de la desregulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid: Fundación CREFAT.
- ELZO, Javier (dir.) (2003). *Drogas y escuela VI. Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarras (1981-2002)*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- FUNES, Jaume (1991). *L'Univers de les Drogues*. Barcelona: Barcanova.
- (2010). *9 ideas clave: educar en la adolescencia*. Barcelona: Graó.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas: Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.
- VEGA, Amando (ed.) (2002). *Drogas. ¿Qué política para qué prevención?* San Sebastián: Gakoa.
- VEGA, Amando (2002). "Los avatares de la política educativa escolar relativa a las drogas". En Javier Elzo (ed.), *Droga y Escuela VI*. Donosti: Universidad del País Vasco.

EL OCIO NOCTURNO Y LA REDUCCIÓN DE RIESGOS

Ricard FAURA

Spora Sinergies
ricard.faura@spora.ws

Noel GARCIA

Spora Sinergies

Introducción

El bar de encuentro, el club de moda, la discoteca que cierra tarde, quizás un *after*... cientos de miles de personas disfrutan cada fin de semana espacios nocturnos de diversión en los que el consumo de drogas (legales o ilegales) es generalizado. De hecho, este es para mucha gente el principal contexto de consumo de sustancias y, como tal, merece una atención especial en las políticas de prevención en materia de drogas.

En este artículo expondremos la necesidad de considerar las especificidades del ocio nocturno como el principal contexto de consumo, apuntaremos unas reflexiones sobre la relación de las administraciones públicas con el sector del ocio nocturno y defenderemos la importancia de la reducción de riesgos como estrategia de prevención en este contexto.

Diversión, consumo y riesgo

El contexto del ocio nocturno debe considerarse como un fenómeno complejo, donde la diversión, el consumo, y el riesgo emergen como elementos nodulares de una misma red, expresándose de forma conjunta e interdependiente. Es por ello que deben analizarse y comprenderse conjuntamente.

La metáfora de la red nos permite evitar las interpretaciones reduccionistas o simplificadas que definen el ocio nocturno por medio de elementos concretos que no permiten centrar la mirada en las relaciones que lo conforman. El ocio nocturno no está compuesto por un conjunto de factores, sino más bien por un conjunto de relaciones que deben ser contempladas como una red de relaciones y conexiones con entidad propia. Obviar alguna de las relaciones, como por ejemplo diversión y consumo, o consumo y prácticas grupales, implicaría estar hablando de alguna cosa distinta al ocio nocturno. En este sentido, siempre que hablamos de ocio nocturno nos estaremos refiriendo a la vez que al hecho de divertirse, a los procesos de sociabilidad, al consumo de sustancias y a la asunción y gestión de riesgos.

El ocio, actualmente, es sinónimo de recreo o, en otras palabras, de tiempo libre; un tiempo en el cual la persona desarrolla una serie de actividades que no están orientadas a la productividad o al negocio. El ocio, pues, en términos generales, supone un espacio y un tiempo de reposo de las normas sociales que regulan la cotidianidad productiva y, por lo tanto, de diversión.

En un contexto de ocio juvenil, y muy vinculada a la música y a las actividades colectivas, la fiesta toma un lugar preponderante. La fiesta, además, puede definirse como el principal contexto de consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, hablar de fiesta implica, muy a menudo, hablar de consumo.

El consumo, asimismo, es algo que forma parte intrínseca de nuestra sociedad; es por ello que hablamos de una Sociedad de Consumo. En este contexto, todas las personas somos consumidoras. El consumo es, en primer lugar, la condición necesaria para sobrevivir, si entendemos consumo como sinónimo de ingesta (consumo de alimentos o de líquidos); más ampliamente, también constituye la base de la economía contemporánea (el consumismo). El consumo, por otro lado, también es una manera de disfrutar de placeres y deseos, si se entiende en relación a todo aquello que adquirimos con el fin de obtener goce en nuestra vida cotidiana. En muchos casos, además, un tipo de consumo, u otro, deriva en una manera de vivir y de configurar una personalidad y una identidad colectiva.

El consumo de drogas, en este sentido, no se diferencia tanto del resto de formas de consumo. Las sustancias psicoactivas constituyen una parte más del conjunto de objetos consumibles de nuestra sociedad. Se establece un vínculo entre los espacios festivos y el consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, el consumo es una práctica que se encuentra presente en todos los contextos de fiesta, es decir, discotecas, fiestas patronales, raves, festivales o conciertos y la propia vía pública.

Sabemos que consumir determinadas sustancias es un comportamiento arriesgado que puede comportar consecuencias negativas: posibles daños físicos, problemas psicosociales o de adicción. Sin embargo, buena parte de los riesgos que comporta el consumo de drogas son conocidos, en mayor o menor medida, por la mayoría de la población que las consume (Faura *et al.*, 2007).

Existe, sin embargo, una incertidumbre inherente relacionada con los efectos del consumo. Estos efectos “incierto” pueden ser debidos a la sustancia (por ella misma o por su grado de adulteración), a la persona que las toma (por su constitución física, por las características propias de su metabolismo o por su estado de ánimo), o a las pautas de consumo (por la cantidad que se consume, por la frecuencia de consumo, por el policonsumo o por determinadas mezclas).

En cualquier caso, el conjunto de significados que rodean los conceptos de riesgo, de consumo y de diversión se construye colectivamente, no sólo por el hecho de tratarse de actividades que suelen realizarse en grupo, sino también

porque en sí mismas sustentan la comunión del grupo de iguales. Dicho de otro modo, la relación que se establece entre la sustancia, el consumo y el espacio de fiesta no se fundamenta en una práctica individual, sino en una práctica social, contextual y colectiva, en la que el grupo de iguales juega un papel determinante (Carter, Bennets y Carter, 2003).

Las pautas de consumo –el tipo de sustancias que se consume y la frecuencia del consumo–, precisamente por producirse mayoritariamente en el marco de una lógica colectiva, tienden a asimilarse de forma conjunta entre los miembros que forman el grupo y, de hecho, suelen ser potentes generadores de identidad en el interior de un grupo (Funes, 1996).

Y si las pautas de consumo se definen colectivamente, esto también sucede con la gestión de los riesgos inherentes al consumo. Por sus efectos negativos, el consumo de determinadas sustancias requiere de alguna clase de gestión vinculada con el tipo de sustancias que se consume, con la manera como se mezclan diferentes sustancias, con la frecuencia del consumo y con los comportamientos necesarios derivados de una mala experiencia propia o ajena.

Resumiendo: diversión, consumo y asunción de riesgos aparecen estrechamente entrelazados en una lógica colectiva entre iguales, así que cualquier intervención orientada a la prevención y a la reducción de riesgos precisa de una comprensión global de todo este ensamblaje de relaciones que conforman el ocio nocturno.

Sin embargo, la mayoría de intervenciones relacionadas con el consumo de drogas se dirige al individuo, con una sobre dependencia de concepciones individualistas de los cambios de conducta (Rodees, 2002). Ya sea en lo concerniente a la decisión de consumir o no consumir, como a la gestión de los riesgos asociados al consumo, buena parte de las políticas (incluidas las intervenciones en reducción de riesgos) centran su atención en la capacidad “individual” de tomar decisiones y en la capacidad personal de gestionar responsablemente los riesgos.

La responsabilidad individual, pues, sigue constituyendo el eje vertebrador de la mayoría de políticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, aun cuando, como vemos, por las características en que se da el consumo en espacios de fiesta, éstas deberían centrarse en la “responsabilidad colectiva” del consumo. De este modo, ante la idea de que es necesario capacitar a los individuos para que logren determinados valores que los responsabilicen de su consumo de forma individual, tal vez haría falta dirigirse a las “culturas” grupales de consumo y a la adquisición de responsabilidades colectivas.

La invisibilización del consumo

La forma socialmente dominante de concebir el consumo de sustancias tiende a ocultar este fenómeno; más bien, la “invisibilización” del consumo es la estrategia dominante de las políticas públicas en relación a esta red de relaciones.

A tal efecto, se penaliza, se sanciona, se prohíbe y se coarta el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Las condiciones en las que se da el consumo dependen en buena medida de este proceso de invisibilización. Lejos de ser erradicado o incluso atenuado, el consumo permanece bajo determinadas condiciones que lo recluyen a prácticas casi clandestinas que inciden de forma decisiva en sus pautas.

¿Qué mecanismos sostienen y reproducen esta estrategia de invisibilización del consumo? Los discursos y las políticas de intervención dominantes alrededor del consumo de sustancias se enmarcan en lo que denominamos un paradigma abstencionista (Faura, *et al.*, 2007). Las políticas informativas abstencionistas promueven una serie de campañas de sensibilización que cuentan con un mensaje claro: la droga, por definición, es perjudicial, así que no lo dudes y di NO a las drogas. De esta manera, todo aquello que tiene que ver con la gestión del consumo y/o con la experiencia del consumo no problemático queda completamente omitido, negado como posibilidad y, por lo tanto, oculto.

Por otro lado, las campañas públicas en materia de drogas distorsionan la verdad con respecto a los efectos del consumo y no conectan con el conocimiento experiencial de las prácticas colectivas de consumo. Aun cuando el mensaje abstencionista pueda resultar coherente y efectivo para una parte de la población, éste es rechazado por la mayoría de personas que afirman consumir algún tipo ilegal de sustancia (Faura *et al.*, 2007).

Siendo el discurso abstencionista el dominante aún en términos ideológicos y culturales, no es de extrañar que las personas que consumen afirmen que la principal fuente de conocimiento con que cuentan es la experiencia de consumo con su grupo de iguales (Faura, *et al.*, 2007). De hecho, a falta de otras fuentes disponibles que no juzguen su comportamiento, la experiencia deviene la única fuente fiable y disponible.

Por otro lado, las políticas, las normativas y las sanciones correspondientes que regulan el consumo de sustancias en los contextos de ocio nocturno, se despliegan focalizando su atención en un único aspecto del fenómeno: la sustancia ilegal. Al definir el problema en términos estrictamente legales se enfatiza la idea de que hace falta buscar al responsable del consumo de las sustancias ilegales.

En el contexto del ocio nocturno se ha responsabilizado a los locales y, por lo tanto, a las personas promotoras del ocio, al considerar, además, que adoptan una actitud excesivamente permisiva hacia el consumo de sustancias dentro de los locales de ocio. Consecuentemente, desde el sector del ocio se ha reaccionado incrementando los sistemas de control y vigilancia, con el fin de expulsar las sustancias del interior de sus locales. Aun así, el consumo de sustancias en los contextos de la fiesta, la noche y el ocio nocturno se encuentra cada vez más extendido y generalizado.

La reglamentación punitiva de una práctica extendida tiende, como venimos diciendo, a “invisibilizarla”. Es decir, la práctica continúa, pero de manera oculta. Así, la normativa vigente en relación al consumo de drogas ilegales tiene como efecto no la reducción del consumo, sino su “invisibilización”. En otras palabras, ante la amenaza que supone recibir alguna sanción, lo importante es que no se vea el consumo, tanto para las personas usuarias como para las promotoras del ocio nocturno.

Uno de los efectos perversos de esta política es que dificulta la implementación de políticas de gestión del consumo, puesto que se relegan a un segundo término las actuaciones de tipo sociosanitario y las políticas de reducción de riesgos, que requieren de la aceptación previa del hecho que el consumo de sustancias en el ocio nocturno está generalizado.

Afortunadamente, pese al hecho de que la “invisibilización” del consumo de sustancias es actualmente la estrategia dominante, ésta convive con otras propuestas mucho más realistas, que buscan sortear esta estrategia dominante con el fin de reducir los riesgos derivados del consumo.

Los puntos candentes

No podemos hablar de reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno sin referirnos a su relación con las políticas públicas y con el sector privado del ocio nocturno. Estas relaciones están muy vinculadas al proceso de invisibilización del consumo que hemos mencionado anteriormente, así como a una carencia de comprensión respecto al complejo fenómeno en red del ocio nocturno.

A lo largo de los últimos lustros, el sector del ocio nocturno ha sido sometido a un creciente proceso de endurecimiento de la reglamentación y normativización que lo regula. De este modo, buena parte de las actuaciones emprendidas desde los locales de ocio se encaminan, precisamente, a evitar la entrada y el consumo de sustancias dentro de los locales. El principio que regula este fenómeno es el de la atribución de responsabilidades. Dicho de otro modo, el fenómeno del consumo de sustancias se enfoca a partir de la pregunta: ¿a quién se debe responsabilizar del consumo de sustancias en los espacios de ocio nocturno?

La centralidad de esta responsabilidad es móvil e itinerante, según cuál sea el agente interlocutor. Así, se desplaza, alternativamente, desde las diversas administraciones y poderes públicos hacia las personas u organizaciones responsables de la gestión del ocio nocturno, en función de si el consumo se produce en el espacio público –¡responsables!– o dentro de los locales –¡responsables!–. Podemos ilustrar esta situación a partir de la metáfora de la “patata caliente”. Según ésta, al considerar administrativa, legal y socialmente que el problema se localiza de forma exclusiva en la sustancia, junto al hecho

que la responsabilidad se atribuya a quien se encuentre más cerca, la cuestión central pasa por deshacerse de la patata caliente. Y es que es preciso sacársela de encima inmediatamente, evitar quemarse.

El consumo de sustancias ilegales en los locales de ocio se está afrontando, por lo tanto, desde una concepción centrada en la atribución de responsabilidad legal que sanciona a los locales al atribuirles la responsabilidad del consumo y sancionarles a tal efecto. De acuerdo con esta lógica –por otro lado, de obligado cumplimiento– las actuaciones emprendidas desde el sector priorizan la vigilancia, el control y la expulsión de las sustancias ilegales del local frente a otras actuaciones posibles. De este modo, cualquier otra actuación, como podrían ser aquellas orientadas a incidir sobre los efectos del consumo (relación sustancia / persona), sobre el contexto de consumo (relación sustancia / personas / contexto de ocio nocturno) o bien otras que incluyeran incluso más elementos (sustancias / personas usuarias del ocio nocturno / locales de ocio / administraciones), quedan relegadas a un segundo, tercer o más bien último plano en la agenda del sector.

¿Pero cuáles son las consecuencias que se desprenden de esta configuración del sector del ocio en relación al consumo de sustancias? Hay una carencia de diseño y planificación de políticas proactivas de gestión del ocio nocturno y, más allá, del ocio en términos genéricos. A ello se añade el carácter desfasado de las normativas vigentes respecto a las transformaciones socioculturales de las últimas dos décadas, las cuales han incidido decisivamente en la forma de concebir socialmente el ocio y el tiempo libre. La ofensiva coercitiva y sancionadora de las administraciones públicas contrasta con la carencia de estrategias activas de planificación y/o promoción del ocio. En sintonía con esta mirada institucional del mundo del ocio, y por si fuera poco, en el Estado español es habitual la ausencia de sistemas formales y regulares de interlocución entre las administraciones y el sector del ocio.¹

Esto explica por qué, en un primer momento, las personas responsables de locales de ocio nocturno sientan un rechazo hacia las actuaciones de reducción de riesgos en el interior de sus locales (stands con personal técnico, análisis de sustancias y, en menor medida, folletos informativos), que son interpretadas desde el sector como una amenaza a la supervivencia de su negocio. Y es que la inclusión de stands en los locales supone un doble mensaje no exento de contradicciones, y con dos destinatarios diferenciados: a la administración se le dice que en el local no hay consumo, pero que es preciso velar por la salud de los clientes que consumen; a los clientes se les

1. Los autores, a través de la Consultora Spora Sinergies (www.spora.ws), están desarrollando actualmente en Cataluña un proyecto pionero en el Estado español de creación de plataformas de interlocución y consenso entre administraciones públicas locales y locales de ocio nocturno (NitsQ); junto a un distintivo de calidad (Q de Festa!) que incide en la penetración consensuada de políticas de reducción de riesgos en espacios privados de ocio nocturno.

dice que no pueden consumir en el local, pero que en el supuesto caso de que lo hagan tomen medidas para no damnificar su salud. Dado el escenario en el cual debe desarrollarse el sector, sus personas promotoras son invitadas a priorizar la salud del propio local por delante de la salud de las personas usuarias de ocio nocturno, es decir, de sus propios clientes.

La reducción de riesgos como estrategia de prevención

Planteado el escenario, se constata que las políticas e intervenciones de reducción de riesgos también presentan un importante grado de invisibilización. Entre las personas jóvenes de Cataluña, por ejemplo, vemos que el conocimiento de esta perspectiva es minoritario, y que la gran mayoría de los que entran en contacto con ella lo hacen mediante encuentros directos y presenciales en espacios de ocio nocturno (Faura *et al.*, 2007) Sin embargo, una vez se entra en contacto con los servicios de reducción de riesgos en estos espacios, una mayoría difunde las informaciones entre sus iguales mediante el boca-oreja.

Entre las personas consumidoras de drogas en espacios de ocio nocturno, y más allá de la experiencia propia, transmitir información entre iguales destaca siempre como la primera vía de adquisición de informaciones consideradas como fiables sobre drogas, operando en forma de experiencia compartida. En este sentido, se hace patente que las informaciones de reducción de riesgos operan en el mismo espacio de confianza que ocupan las experiencias compartidas sobre sustancias psicoactivas.

La confianza derivada del contacto presencial con la persona en el contexto de consumo es una gran oportunidad de despliegue de actuaciones preventivas, para lo cual los servicios itinerantes de reducción de riesgos utilizan diversas estrategias. Entre ellas destacan los folletos informativos, los servicios de análisis de sustancias y una figura a la que nos referiremos como el amigo experto.

Los folletos informativos suelen ser el principal reclamo para las personas que se acercan tímidamente a los stands informativos, siendo el elemento que despierta un interés mayor entre quienes visitan estos servicios. Sin embargo, a pesar de su gran atractivo, y de que puedan recibir una valoración muy alta por parte de quienes se hagan con algunos ejemplares, ello no tiene por qué implicar una generación de modificaciones relevantes en las pautas de consumo dentro del grupo de iguales. Esto se explicaría por dos motivos combinados:

- Falta de movilidad: cada unidad suele contener una gran cantidad de información que en muchas ocasiones no se puede retener en una única lectura; ello lleva a jóvenes y adolescentes a retenerlos y no movilizarlos entre sus iguales.
- El discurso de reducción de riesgos de los folletos informativos tiene al individuo como único interlocutor, es decir, suelen dirigirse al lector en segunda persona del singular y, consecuentemente, se pone énfasis sobre la responsabilización individual del consumo.

Se trata pues de unos materiales preventivos que no necesariamente son compartidos y que no suelen proporcionar pautas de acción y reflexión dirigidas a los grupos y, por lo tanto, tampoco pueden ser gestionados con el colectivo. La gestión del consumo es dictada por el grupo de iguales; el folleto debería pues pensarse y diseñarse como una herramienta móvil dirigida a la gestión de grupo.

Otra estrategia es el análisis de sustancias. Se trata de un servicio a menudo visto con suspicacia, y al que muchas personas no quieren acudir en un contexto de ocio nocturno. Y es que el gasto económico ya realizado en la sustancia, junto al hecho de encontrarse de lleno en medio de un contexto festivo proclive al consumo, invita a evitar su uso. Por un lado se asume el hecho de que las sustancias de las que se dispone se encuentran esencialmente adulteradas y, por otro lado, se evita acceder a los servicios de análisis argumentando que una confirmación “experta” en este sentido puede implicar la aparición de sensaciones contradictorias no deseadas. Y es que parece que en algunas ocasiones puede ser más cómodo “no saber”. El desarrollo de pautas de responsabilidad pasa por el acceso al conocimiento; en este sentido, la mejor manera de no asumir responsabilidades es, precisamente, evitando el acceso al conocimiento.

Sin embargo, para quien cruza la frontera, se acerca a los folletos, tal vez hable con alguien del *staff*, finalmente se atreva a acudir al servicio de análisis de sustancias por vez primera, esta experiencia puede tener efectos muy interesantes sobre la gestión de su consumo, aunque no sea en el corto plazo, o en el inmediato. Contrariamente a lo que se pueda pensar, el hecho de que el análisis se realice en el mismo contexto de consumo tiene efectos en el medio y largo plazo, en términos de incrementar la moderación en las pautas y frecuencias de consumo.

Asimismo, otra cuestión a valorar respecto a los servicios de análisis de sustancias se refiere a los efectos de monitorización del mercado y filtro informal de la calidad de las sustancias. En este sentido, el hecho de hacer público que unas sustancias están adulteradas, y que otras no lo están, fomenta la introducción de un elemento crítico en la adquisición de sustancias y, por lo tanto, en la gestión crítica del consumo.

También es importante tener en cuenta que el servicio de análisis de sustancias da, por sí mismo, una imagen de profesionalidad al conjunto de intervenciones de reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno. En cierto modo, el fenómeno es similar al de los anuncios televisivos de aquellos detergentes que aportan la mayor blancura y niveles de higiene a la ropa, en el cual siempre hay un supuesto científico vestido de bata blanca, que es el que le da veracidad y fiabilidad al discurso. Esto mismo sucede con el servicio de análisis de sustancias. En este sentido, consideramos que la implementación de

esta clase de actuaciones contribuye a que se valoren y atiendan el resto de mensajes e informaciones procedentes de estas organizaciones, especialmente aquellas dirigidas al fomento de comportamientos saludables.

Por último, y como estrategia estrella de la reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno, nos encontramos al amigo/a experto/a. Como hemos visto, se pone de manifiesto la existencia y apertura de una grieta que separa y hace irreconciliables el conocimiento experiencial y aquellas informaciones proporcionadas a partir del discurso abstencionista. Mientras el primero queda relegado al contexto vivencial e inmediato del consumo, las segundas sancionan o incluso niegan esta experiencia. Éste es uno de los motivos por los que el discurso abstencionista queda deslegitimado y por los cuales se le atribuye poca credibilidad. El amigo experto se sitúa en la grieta que escinde ambos conocimientos, como una figura que responde a la necesidad de obtención de información fidedigna a partir de una fuente fiable.

Esta figura está encarnada por las personas que ofrecen información de reducción de riesgos en los espacios de ocio nocturno: empleando un lenguaje y estilo comunicativo próximo a las personas usuarias de ocio nocturno, mostrando pasión e interés por los temas respecto de los que informa, adoptando un talante no invasivo, dejando un margen de exploración sin invadir el espacio de quien se acerca y –muy importante– no emitiendo juicios morales alrededor de los consumos de sustancias ni de las experiencias propias ante esos consumos. Esta figura consigue el entrecruzamiento de los conocimientos prácticos y experienciales de un igual con las informaciones de cariz más teórico o experto.

Algunas propuestas

Presentamos a continuación una serie de propuestas que debieran permitir mejorar la gestión de las políticas e intervenciones ya iniciadas, así como plantear nuevas políticas, planificaciones y actuaciones alrededor del consumo de sustancias en contextos de ocio nocturno.

Los servicios de Reducción de riesgos deben hacerse más visibles, principalmente, de la mano de proyectos basados en estrategias de proximidad, en las que el grupo de iguales es el interlocutor del discurso. Energy Control (<http://energycontrol.org>) y Som Nit (<http://www.somnit.org>) son proyectos referentes. Los jóvenes y adolescentes muestran –del mismo modo que los promotores privados– una fuerte desconfianza hacia los mensajes institucionales y, en general, hacia las instituciones, que se presentan como entes amenazadores. El tercer sector cuenta con un margen de credibilidad significativamente superior entre jóvenes y adolescentes, especialmente en todo aquello relativo a las informaciones sobre drogas. En este sentido, se debería apostar decididamente por las asociaciones de reducción de riesgos como motor de cambio en la gestión de los usos de drogas.

Es preciso planificar y fomentar actuaciones conjuntas entre el sector del ocio nocturno, organizaciones de reducción de riesgos y administración pública. Es preciso establecer

sistemas de comunicación que incorporen, por un lado, a representantes del Departamento de Interior y el Departamento de Sanidad y, por otro, a representantes de las principales organizaciones y asociaciones del sector del ocio nocturno. Estos sistemas de comunicación deben permitir la interlocución periódica y la fluidez en la convocatoria de encuentros formales e informales. Los beneficios se hacen evidentes para los tres agentes: a) la administración puede implementar sus políticas sociosanitarias in situ, sin topar con la oposición que éstas generan en el sector del ocio nocturno; b) el sector del ocio nocturno reduce la sensación de amenaza institucional al implementar actuaciones dirigidas a la promoción de la salud de su clientela y al aumento de su seguridad sociosanitaria; c) las entidades locales de reducción de riesgos pueden implementar actuaciones pactadas con las autoridades sanitarias, ofreciendo un servicio de calidad a los locales de ocio nocturno y a su clientela. En Cataluña encontramos el ejemplo de los proyectos Nits de Qualitat (noches de calidad) y Q de festa! (www.qdefesta.cat), y a nivel europeo la iniciativa Nightlife Empowerment and Well-being Implementation Project (<http://www.safernightlife.org>).

Es preciso visibilizar activamente el discurso, las políticas y las actuaciones de reducción de riesgos. La reducción de riesgos, como paradigma de prevención, apuesta decididamente por convertirse en un discurso público normalizado, ya que ofrece estrategias de salud pública que no excluyen a una parte cada vez mayor de la población, especialmente a aquella más joven. La gestión de las propias decisiones es una tarea que contiene un ingrediente fundamental, el cual se basa en los elementos colectivos de gestión. Así, con el fin de empoderar a la juventud, es necesario ofrecer herramientas también al profesorado, a las familias y al conjunto de posibles agentes de referencia en la toma de decisiones de los jóvenes.

Es preciso formar a los trabajadores de los locales de ocio nocturno. Más allá de la formación en primeros auxilios, es necesario que estas personas adquieran conocimientos específicos sobre los efectos inmediatos vinculados al consumo de sustancias.

Es preciso incorporar al “grupo de iguales” como interlocutor privilegiado del discurso. La prevención en materia de drogas –y más concretamente las indicaciones e informaciones de los mensajes informativos unidireccionales– deben dirigirse al centro neurálgico de la gestión del consumo, es decir, a las culturas grupales de consumo. Emergen algunas actuaciones que pueden servir para reflexionar alrededor de la gestión del consumo a partir de la modificación de las culturas grupales: a) reflexionar sobre la persona (singular o plural) a quien se dirige el mensaje; b) proporcionar herramientas de gestión grupal del riesgo; c) diseñar y proponer actividades de gestión grupal del consumo.

Referencias bibliográficas y bibliografía

- BELLIS, Mark, HUGHES, Karen & LOWEY, Helen (2002). “Healthy nightclubs and recreational substance use – from a harm minimization to a healthy settings approach”. *Addictive Behaviors*, 27 (6), 1025-1035.
- BOGT, Tom & ENGELS, Rutger (2005). “Partying” hard: party style, motives for and effects of MDMA use at rave parties. *Substance use & Misuse*, 40 (9-10), 1479-1502.
- CARTER, D. S. G., BENNETTS, C., & CARTER, S. M. (2003). “We’re not sheep: Illuminating the nature of the adolescent peer group in effecting lifestyle choice”. *British Journal of Sociology of Education*, 24 (2), 225-241.

- CARVALHO, Maria C. (2007). *Culturas juvenis e novos usos de drogas – o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- DUFF, Cameron (2003). “The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations”. *Health, Risk and Society*, 5 (3), 287-299.
- EMCDDA. (2009). *Polydrug use: patterns and responses – Selected Issue*. Luxemburg: Publications Office of European Union.
- FAURA, Ricard; GARCIA, Noel; CAUSSA, Aleix; SÁNCHEZ Antelo, VICTORIA Inés; HERNÁN, Sampietro; BALASCH, Marcel & DOMÉNECH, Miquel (2007). *Oci nocturn i substàncies psicoactives*. Disponible en: http://spora.ws/fichero/1357721565.fichero_cast_fichero.tbl_proyectos.11/oci_nocturn_i_substancias_psicoactives_Spora.pdf
- FLETCHER, Aadam; CALAFAT, Amador; PIRONA, Alessandro & OLZEWSKI, Deborah (2010). “Young people, recreational drug use and harm reduction”. En Tm Rhodes & Dagmat Heidrich (eds.), *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges* (357-376). Luxembourg: Publications Office of the European Union
- FUNES, Jaime (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Healthy nightlife Toolbox (HNT) (2010). *How to create a healthy and safe nightlife*. Utrecht: HNT.
- International Harm Reduction/IHRA. (2012). *Global State of Harm Reduction – towards an integrated response*. London: Harm Reduction International.
- MEASHAM, Fiona (2004). “Play space: historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialization and control”. *International Journal of Drug Policy*, 15, 337-345.
- MULDER, J.; BOGT, T.; RAAIJMAKERS, Q.; GABHAINN, S.; MONSHOUWER, K. & VOLLENBERGH, W. (2009). “The soundtrack of substance use: music preference and the adolescent smoking and drinking”. *Substance use and misuse*, 44 (4), 514-531.
- RHODES, Trevor (2002). “The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm”. *International Journal of Drug Policy*, 13 (2), 85-94.
- RIEF, Silvia (2009). *Club Cultures: boundaries, identities and otherness*. London: Routledge.

LA FAMILIA TAMBIÉN CUENTA

Reducción de riesgos en el ámbito familiar

Joan PALLARÉS GÓMEZ

Universidad de Lleida y Fundación Igenus
jpallares@hans.udl.cat

David Pere MARTÍNEZ ORÓ

Fundació Igenus. Doctorando en Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona
dmartinez@fund-igenus.org

Introducción

La perspectiva de la reducción de riesgos en el ámbito familiar ha formado parte de los diferentes discursos sobre la prevención de drogas, a pesar de que visto desde las prácticas reales este ha sido un ámbito bastante descuidado, ya que se da por supuesto que los padres son un elemento preventivo por sí mismo, sin más, y por tanto se supone que todas las actuaciones llevadas a cabo por ellos son preventivas; también por las dificultades que ha supuesto incidir en la formación de los padres para tal fin.

Si nos referimos a los distintos ámbitos de intervención preventiva desde una perspectiva de reducción de riesgos, podríamos clasificarlos desde ópticas distintas. Se nos ocurre que una clasificación pertinente podría establecerse a partir de la combinación de varios criterios, según la característica que se enfatiza: agentes socializadores, espacios de consumo, dispositivos asistenciales y por último la reducción de riesgos dirigida a cada una de las distintas sustancias o grupo farmacológico de las mismas. En cada una de estas categorías intervienen diferentes lógicas y se pueden desarrollar actuaciones de reducción de riesgos en función de cada una de ellas.

La reducción de riesgos en el ámbito familiar estaría incluida en el tipo que hemos denominado como agentes socializadores, junto a los medios de comunicación social de masas, la escuela y el grupo de iguales, siendo estas cuatro posiciones muy importantes en el conjunto de la reducción de riesgos. Creemos que de ellas, el ámbito familiar ha sido, quizás, el menos contemplado y desarrollado por la reducción de riesgos, incluso menos que las acciones dirigidas al grupo de iguales, probablemente porque ambos suponen mayores dificultades para la intervención por su carácter más informal, al menos, comparados con los medios de comunicación social y el ámbito escolar, que han tenido otro tipo de desarrollo y de intervenciones. Además, a diferencia de estos últimos, no facilitan como ellos la inclusión de profesionales capaces de elaborar y potenciar actuaciones de reducción de riesgos, aunque en el caso del grupo de iguales se ha intentado en algunos casos, con el trabajo

de educadores y trabajadores sociales que han desarrollado estrategias de acercamiento a los adolescentes y jóvenes en espacios abiertos (educadores de calle) y en centros y asociaciones juveniles.

Los medios de comunicación social despertaron desde muy pronto la mirada de los diseñadores de intervenciones preventivas y se valoró, también, tempranamente la necesidad de que difundieran imágenes y percepciones sobre las drogas y consumidores mucho más complejas de las que nos tienen acostumbrados, para favorecer un discurso preventivo y no alarmista, que no siempre se ha conseguido. El ámbito educativo, como es bien sabido, ha acaparado gran parte de las intervenciones preventivas desarrolladas en los últimos años.

Una mirada histórica

Durante los años setenta y ochenta, los padres se sentían perdidos por la novedad del consumo de drogas. En un primer momento, no tanto por el impacto de los consumos de drogas, sino por la alarma que los medios habían generado, haciendo surgir un cierto pánico en torno a la situación de los jóvenes, debido a los supuestos consumos de drogas, que según las alarmas los estaban devorando (Usó, 1996: 385). Cuando en los ochenta emerge con fuerza en los medios de comunicación social el problema de “La Droga” y se difunden noticias relativas a la crisis de heroína, se llega al punto álgido de la nueva situación, en absoluto prevista.

Durante los setenta, los padres se sienten desprotegidos, sobre todo los que tenían hijos consumidores de drogas ilegales, pero impulsados a actuar para detener el problema que se les cernía. La mayoría de ellos nacidos entre las décadas de los años veinte y treinta, desconocían todo lo referente a las drogas ilegales, sus consumos y particularidades, obviamente, por motivos generacionales. Por tanto, estos padres, se sentían preocupados por la alarma entorno a “La Droga” pero no tenían recursos para incidir en los comportamientos de sus hijos, aunque se sentían perturbados, y por tanto, impelidos a actuar.

Cuando en los ochenta empiezan a conocerse las dimensiones de los consumos problemáticos de heroína, surgen demandas de los padres cuyos hijos están haciendo consumos problemáticos, dirigidas a las distintas administraciones exigiéndoles que actúen, aunque muy centradas en solicitar una respuesta asistencial y en recrudecer las medidas prohibicionistas, para alejar las drogas del espacio vital de sus hijos.

La respuesta de los padres va dirigida principalmente a protegerse de un elemento extraño, “La Droga”, que está interfiriendo en lo que consideran la normalidad y la inclusión social de sus hijos. Los padres se sienten abrumados por los problemas que sufren en el entorno familiar. No hay una solicitud explícita de medidas tendentes a la reducción de los riesgos, ni de mayor información, ni por supuesto piden medidas preventivas. Surgen las primeras

asociaciones de madres de afectados, que empiezan a movilizarse, demandando mayor control y respuesta policial y judicial contra los narcotraficantes.

Los padres, ajenos a los debates políticos y profesionales, seguirán demandando medidas de control y de alejamiento de las drogas, meramente prohibicionistas. Como mucho, aceptan la necesidad de intervenciones preventivas en el ámbito escolar, municipal y comunitario, pero sin sentirse responsables de que deban demandar información más veraz y sin aceptar que puedan existir consumos no problemáticos que incluyan la búsqueda de placeres en los comportamientos de consumo de drogas por parte de sus hijos. Las medidas preventivas sirven, en parte, para aliviar su ansiedad frente al problema de “la droga”, y en parte para reforzar su planteamiento de delegar en otros la solución de los posibles problemas: profesores, técnicos y políticos, principalmente.

Durante los noventa, miles de jóvenes españoles incorporaron “como normales” las salidas nocturnas durante los fines de semana, buscando un espacio que se les negaba en otros ámbitos como el laboral, el político o el cultural, que impedían incorporarse con éxito o con demasiadas dificultades al mundo adulto. Drogas como la cocaína, la MDMA o las anfetaminas, fueron consumidas experimentalmente por una cantidad indeterminada de jóvenes, pero considerable, a lo largo de los años ochenta y noventa. Aunque algunos de estos desarrollaron problemas derivados de los consumos de drogas ilegales, la inmensa mayoría completaron satisfactoriamente la transición al mundo adulto. En la actualidad, estos son ciudadanos así como padres y madres de niños y adolescentes normalizados.

En los últimos años ha cambiado significativamente el imaginario colectivo sobre el consumo de drogas. Aunque de forma lenta, como todos los procesos sociales, la representación social ha cambiado. Se ha pasado del modelo alarmante de la heroína al modelo normalizado de los consumos recreativos. Las diferencias generacionales de los actuales adolescentes y jóvenes con sus padres, en cuanto a los consumos de drogas no son tan grandes como en otras épocas, ya que los padres, otros parientes o amigos del entorno familiar, consumieron algunas de las drogas ilegales más difundidas (cannabis y cocaína) y alcohol y tabaco, en contextos y situaciones similares, con elementos diferentes pero no tanto alejados como puede parecer si observamos las pautas de consumo actuales. A pesar de ello, o quizá por eso, los padres parecen bastante ajenos a lo que pasa con sus hijos, sobre todo adolescentes, en los contextos de fiesta, y cuando hay problemas consideran que son los hijos de los demás.

Resumiendo, conocemos suficientemente que el tipo de contacto mantenido por las familias con las drogas, la proximidad o la distancia, marca diferencias muy significativas en los imaginarios de las distintas generaciones respecto las drogas, sus efectos y los consumidores.

La familia como institución social

En épocas anteriores el modelo familiar único se fundamentaba en el patriarcado. A partir del último tercio del siglo xx, tenuemente, las familias incorporaron nuevos valores y estilos educativos. Fueron varias las transformaciones sociales que propiciaron los cambios en las familias, a destacar, la incorporación de la mujer al mercado laboral, una mayor autonomía de los miembros de la familia, ciertas reformas jurídicas y nuevos valores como la comunicación familiar y la “democratización” en la toma de decisiones de la cuestiones que afectasen a toda la familia. Esto, unido a la mayor inestabilidad laboral y conyugal, ha conllevado “un incremento de la diversificación y de la fragmentación de las biografías de los individuos y por ende en el crecimiento del pluralismo familiar” (Flaquer, 2009: 2).

En la actualidad las familias son más complejas, y por extensión más ricas en los significados que en ellas se producen. Matrimonios homosexuales, familias monoparentales, segundas nupcias, convivencia de hijos de otras parejas, entre otras manifestaciones de los significantes que puede adquirir la familia. Cada año aumenta el número de niños que tienen los padres separados, así como los que conviven con los hijos de las nuevas parejas de su padre o madre. Además de estos cambios, la familia también ha perdido peso como elemento central en la identidad de sus miembros, si la familia y el trabajo en épocas anteriores eran las instituciones a partir de las cuales los jóvenes construían su identidad, en la actualidad han dejado paso al Consumo y los estilos de vida como elementos centrales en la identidades juveniles.

Desde diferentes planteamientos se considera al reducido ámbito familiar como un ámbito importante en la socialización de las nuevas generaciones, puesto que desde la infancia, los adolescentes y jóvenes, interiorizan en sus contextos familiares distintos patrones de conducta y concepciones sobre el mundo, entre ellas, aquellas que se refieren a los consumos de drogas. Por tanto, los padres deberían, se nos dice, ser utilizados como agentes de información y prevención para la reducción de riesgos. Este planteamiento que a priori puede parecer bastante cabal, se torna endeble en cuanto se profundiza sobre las estrategias educativas, preventivas y de reducción de riesgos que en los entornos familiares se llevan a cabo. En las últimas décadas estas estrategias han variado en función de los significados asociados a los consumos de drogas.

Relación de los padres con las drogas. La prevención por parte de los padres

Es común que cuando se hable de la relación entre las familias y las drogas, se haga como si las familias fueran unitarias respecto las actitudes hacia las drogas. Para ciertas orientaciones, cuando se presentan diferencias entre

las familias, estas se deben a factores estructurales y económicos, enfatizando qué los hijos de las familias con situaciones más “complicadas” tienen más posibilidades de consumir drogas o que directamente se enuncie que tienen más posibilidades de desarrollar problemas con las drogas. Pero un hecho que se omite, tal vez por la novedad del fenómeno, es que no todos los padres y madres tienen las mismas actitudes hacia las drogas.

En recientes estudios hemos constatado como, cada vez más, existen más padres y madres, de distintos estatus económicos y culturales que han consumido o conocen por experiencia propia los consumos de drogas ilegales, este hecho es de profunda importancia porque modifica el discurso que estos padres transmiten a sus hijos (Pallarés y Martínez Oró, 2012; Martínez Oró, Pallarés, Barruti, Espluga y Canales, 2010). Consecuentemente, al analizar el papel preventivo de la familia es muy importante tener en cuenta la relación que han mantenido los padres con las drogas porque de esta relación dependen las actitudes hacia las drogas.

En la actualidad, encontramos tres perfiles de padres con hijos de adolescentes en función de la relación que mantuvieron con las drogas: los padres desconocedores de las drogas, en su juventud no tuvieron ningún contacto con las drogas ilegales. Los que consumieron drogas ilegales sin llegar a desarrollar problemas. Y los que consumieron drogas de forma problemática. Veamos a continuación, las características y actitudes de las dos primeras posiciones, puesto que, la última debido a sus particularidades requiere de otro tipo de intervenciones y al ser una minoría no vamos a desarrollarla.

Los padres desconocedores de las drogas ilegales, nunca consumieron drogas ilegales, aunque la inmensa mayoría consumieron alcohol. La mayoría tuvieron en sus redes a amigos o conocidos que consumían cannabis y observaron algunos consumos de drogas ilegales, a pesar de esto, estaban alejados del mundo de los consumidores de drogas. Sus fuentes de información sobre el tema han sido fundamentalmente los medios de comunicación, lo cual hace que en la actualidad posean un conocimiento difuso sobre las drogas, próximo a las posiciones prohibicionistas dominantes en el imaginario colectivo.

Este tipo de imaginario colectivo sobre las drogas es deudor del discurso de “La Droga” que apareció durante los ochenta y está basado en los consumos compulsivos de heroína, por lo que los consumidores se perciben como problemáticos y despreciables, a pesar de la normalización social de las drogas ilegales de los últimos años, para gran parte de los padres las drogas siguen asociándose a estigma. Esto unido a que los medios de comunicación han perpetuado el imaginario colectivo de “La Droga”, al presentar continuamente la cara más funesta de las drogas, ha ayudado a inculcar miedo en los padres.

El otro perfil el de los padres que han consumido drogas es aún bastante minoritario, aunque en constante crecimiento, por este motivo le dedicaremos

una mayor atención. En la investigación *¿La experiencia es un grado?* (Pallarés y Martínez Oró, 2012) analizamos el papel de estos padres consumidores de drogas en la prevención de los consumos de drogas de sus hijos. Los padres que participaron en el estudio vivieron, mayoritariamente su juventud durante los años setenta y ochenta, es decir, cuando los consumos estaban vinculados a la contracultura, y posteriormente, cuando los consumos compulsivos de heroína centraron la atención de la opinión pública. Pocos de ellos fueron jóvenes en los noventa, cuando empezaban a aumentar otro tipo de consumo: el recreativo de fin de semana, que tanto ha contribuido a una mayor normalización de los consumos y de los consumidores. No obstante, existe una cohorte de personas que consumieron drogas “normalizadamente” durante los noventa que progresivamente se están incorporando al rol de padre y madre de adolescentes. Esta nueva configuración va a suponer un reto preventivo porque cada vez más va haber menos padres desconocedores de las drogas y más padres conocedores e incluso usuarios. Ante tal novedad, los discursos preventivos dirigidos a los padres deberán adaptarse para que sean útiles y eficaces.

Siguiendo los resultado de Pallarés y Martínez Oró (2012) debemos destacar como novedad la perspectiva de los padres consumidores respecto los consumos de sus hijos. Sus visiones denotan, a diferencia de los padres desconocedores de las drogas, mayor dinamismo, flexibilidad y permeabilidad. Aunque, las actitudes de los padres hacia los consumos de sus hijos varían en el tiempo, en función de factores como: el tipo de sustancia, la edad, y la responsabilidad adquirida por los hijos, Podemos afirmar, en general, que la comunicación entre padres e hijos, permite abordar los consumos de una manera más serena y con conocimiento de causa, por parte de los padres, puesto que creen que sus experiencias con las drogas les otorgan una posición privilegiada para acompañar, en un primer momento, a sus hijos en el “mundo” de las drogas intentando minimizar los riesgos. Por tanto, para estos padres, queda lejos la posición enrocada y hermética que mantienen los padres desconocedores de las drogas

Los padres consumidores –como todo padre– en algún momento de la infancia o adolescencia de sus hijos deben transmitir unos valores sobre el consumo de drogas. Los padres llegada la adolescencia de sus hijos, continúan con el trabajo de potenciar la responsabilidad y el empoderamiento, tanto sobre los consumos de drogas, como sobre otros aspectos, a los cuales sus hijos deberán afrontarse durante la adolescencia. Los consumos de los padres pueden generar confusión en los hijos debido a que los discursos sobre las drogas, recibidos fuera del entorno familiar, principalmente en la escuela, son de tipo negativo y alarmista. Cuando esto sucede, los padres se ven obligados a explicar clara y concisamente el por qué de sus consumos y la razón de los discursos alarmantes, en consecuencia realizan una tarea educativa sobre el consumo de drogas desde la proximidad y el valor de sus experiencias propias.

Estos padres sostienen diferentes opiniones y actitudes hacia cada una de las drogas, para ellos el cannabis es una droga normalizada y aceptada, por lo que los consumos de porros de sus hijos, no despiertan excesiva preocupación, siempre y cuando, los hijos cumplan con sus responsabilidades y los consumos se enmarquen en los tiempos y contextos informales. Los discursos hacia el cannabis son normalizadores y en cierta medida se le asocian significados positivos. Para los padres el cannabis es la droga más usada, valorada y funcional, algunos hace décadas que fuman, sin que esto les haya implicado problemas severos. En cambio, los discursos hacia el alcohol denotaban mayor preocupación, incluso cierta ansiedad. Aunque consuman alcohol y también tengan un juicio sobre esta sustancia, la entienden como más peligrosa y dañina, ya que consideran que los usos de alcohol de la actual generación juvenil son diametralmente opuestos a los suyos.

En los últimos años ha aumentado la alarma hacia el consumo juvenil de alcohol, poniendo como ejemplo para ilustrar su peligrosidad, la violencia, los accidentes de tráfico y las consecuencias para la salud. La campaña de criminalización hacia el “botellón” se ha traducido en una mayor alarma de los padres, pero no solo esto ha influido en la actitud negativa hacia el alcohol, su experiencia como padres también les indica que en los “accidentes” de sus hijos con las drogas, el alcohol ha tenido un papel destacado y normalmente ha sido el único protagonista. Además, no conocen gente con problemas por consumir cannabis, y sí que todos tienen referentes de problemas por el consumo de alcohol y el de otras drogas ilegales.

Respecto a las otras drogas, los discursos de los padres son ricos en matices, producto de los elementos contextuales y las historias particulares, que aquí sería imposible desarrollar. No obstante, esta complejidad de actitudes la podemos simplificar de la siguiente manera. A grandes rasgos, se debe diferenciar entre las drogas que ellos han conocido y las que sólo conocen por los medios de comunicación. Respecto a estas últimas, como por ejemplo el GHB o la ketamina, producen discursos de rechazo, sobre todo se advierten de lo dañinas que son. Los consumos de alucinógenos (setas y LSD mayormente), speed, cocaína y MDMA, los consideran como más “serios”, y aunque algunos de ellos consumieron o consumen estas drogas, argumentan que son más peligrosas y que se deben extremar las preocupaciones en el momento de tomarlas, para hacerlo apelan a la responsabilidad y sensatez que han intentado transmitir a sus hijos. La heroína se rechaza unánimemente, el trauma generacional que provocó la pérdida de amigos e incluso familiares, no deja ningún espacio para considerar aceptable consumo alguno de heroína.

La edad de los hijos influye en las actitudes de los padres. La adolescencia es el momento de mayor preocupación, a destacar la profunda diferencia que se establece entre estos padres que están preocupados pero no alarmados

y los padres desconocedores de las drogas que realizan acciones coercitivas contraproducentes. Los primeros consumos de drogas, especialmente de cannabis y alcohol, se entienden como el momento de empoderar y acompañar a sus hijos para que lo hagan responsablemente, puesto que es el momento de acercarse por primera vez a las drogas, de experimentar y de acumular conocimientos que pueden marcarlos en el futuro. Tal como avanza la edad, especialmente, a partir de los 18-20 años, los padres que observan como sus hijos cumplen con las responsabilidades cotidianas, se sienten más tranquilos porque entienden que aunque los consumos puedan persistir, el tránsito hacia la adultez se desarrolla adecuadamente. En cambio, los padres que perciben como los consumos afectan a la adquisición de responsabilidades e interfiere en asumir la adultez, muestran mayor preocupación, aunque debemos de apuntar, que estos discursos son menos recurrentes.

Los padres consumidores intentan tejer puentes de diálogo entre ellos y sus hijos. No obstante, estos puentes sobre los consumos de drogas solo podrán ser estables si durante el proceso de socialización se han tejido también en otros aspectos de la vida de sus hijos. Por tanto, una particularidad de los padres consumidores en relación a la educación sobre drogas, es haber roto con el tabú de hablar de drogas, y que ellos lo hacen sin rodeos desde la información y la proximidad. En este sentido, los padres consumidores poseen un papel clave y fundamental en la normalización del consumo de drogas, ya que su criterio de valoración de estos comportamientos sitúa los consumos de sus hijos desde un prisma de pragmatismo, alejándose de los discursos alarmistas y poco pedagógicos producidos por el miedo a las drogas.

La actual situación del consumo de drogas a nivel social hace situar a los padres consumidores en una posición de pragmatismo, es decir, saben que sus hijos tarde o temprano se toparán con las drogas ilegales en sus contextos de socialización. Esta asunción de la presencia de las drogas en el entramado social, lleva a situarlos en una posición de diálogo con sus hijos, por tanto entienden que su deber es dar una serie de herramientas sociales y emocionales para hacer frente al consumo de drogas sin que estos lleguen a acarrear problemas. A la mayoría de padres consumidores no les preocupan, los consumos esporádicos ni recreativos de sus hijos, aunque muchos preferirían que no se produjesen, por el miedo a que deriven en consumidores problemáticos. La incertidumbre sobre las consecuencias que pueden derivarse del consumo hace que los padres se intenten acercar a sus hijos para hablar de los riesgos y consecuencias de los consumos de drogas.

Aunque los padres consumidores compartan con los hijos ciertos aspectos relacionados con las drogas, los padres tienen presente que no se pueden compartir todas las vivencias con los hijos y que se debe mantener unos límites claros para que los adolescentes los respeten. También son partidarios

de diferenciar ciertas conductas de consumo que para ellos son lícitas de desarrollar en el espacio privado (casa familiar) pero que no deben realizarse en los espacios públicos.

Intervenir en el ámbito familiar

Las estrategias de prevención que desarrollan las familias, son deudoras de los modelos educativos utilizados, así como sobre la experiencia personal respecto las drogas. No obstante, a pesar de esta prevención “hecha en casa”, los profesionales de las drogodependencias han tenido en el punto de mira a la familia como receptores de programas de prevención, por el hecho que como hemos apuntado, desde la prevención se asume a la familia como un agente protector de los consumos problemáticos de drogas, y por tanto, se entiende como clave darles herramientas para manejar los posibles consumos de drogas de sus hijos.

Los programas dirigidos a las familias se han basado, principalmente, en charlas informativas, guías para la prevención en el seno familiar, y en los últimos años, diferentes webs trabajan la prevención familiar desde la red. Las orientaciones teóricas de estos programas y actividades son amplias, desde el prohibicionismo más rancio –en que el resultado es que los padres se preocupen, más de lo que pudieran estar– a los programas desde una mirada de reducción de riesgos. Sin embargo, existen puntos intermedios entre las dos corrientes, que a la fin y al cabo han sido las mayoritarias en los últimos años. Los impulsores de estos programas conscientes que la alarma y la preocupación solo conduce a empeorar la situación, elaboran un discurso más refinado que el prohibicionismo rancio y lo resignifican hacia lo que podríamos llamar un prohibicionismo científico, aunque en algunas guías encontramos enunciados revestidos de científicidad pero poco sustentados teóricamente.

Entre las diferentes teorías que sustentan el prohibicionismo científico, debemos destacar la teoría de los factores de protección y riesgo. En cierta medida, esta teoría –respecto el marco familiar– se sustenta en el mantra que una estructuración familiar, el nivel económico, la profesión de los padres, entre otros elementos, son factores de protección de los consumos de drogas. Según el Modelo de Evaluación de Familiar en la Adolescencia (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001 en Caurín, 2009) “un clima familiar conflictivo y unas pobres relaciones familiares; escaso apoyo y baja cohesión o vinculación; rechazo y deficiente comunicación son predictores de consumo de tabaco, alcohol y hachís (...) una buena comunicación familiar aumentará su cohesión, vinculación afectiva y su capacidad de adaptación (...) el sistema familiar actúa como un gran agente protector” (Caurin, 2009: 4). Tal vez esta sería la pauta, pero una mirada dirigida hacia las familias actuales nos hace observar que son más frecuentes las excepciones que las normas. Cabe añadir, que para prevenir

los consumos de drogas desde estos programas se pone mucho énfasis en la importancia de la comunicación familiar, cuando los elementos contextuales y los estilos de vida actuales propician diferentes, relaciones familiares pero no precisamente la comunicación es lo dominante.

Más allá de la familia como elemento preventivo por su papel como agente socializador, así como, de la prevención que reciben las familias mediante charlas o guías, también las familias se convierten en “target” de intervención cuando solicitan la intervención de un profesional, o cuando son requeridos por alguna institución.

Si son los padres los que contactan con un servicio especializado, normalmente es porque están preocupados y en la mayoría de casos, si están preocupados es porque los consumos han alterado la cotidianidad del adolescente y el clima familiar. Cuando esto sucede, lo más probable es que contacten con un médico o un psicólogo, normalmente en la adolescencia es recurrente acudir a la sanidad privada, aunque es probable que si se contacta con la sanidad pública sea derivado a un recurso asistencial de drogodependencias. No obstante, los padres también pueden contactar con algún recurso del ayuntamiento desvinculado del circuito sanitario, ya que en los últimos años han proliferado recursos municipales donde trabajar con los adolescentes y las familias los consumos de drogas. En estos espacios el abordaje se enmarca más en los aspectos educativos que en los médicos, aunque existe disparidad de enfoques en estos recursos.

Si los padres son requeridos por alguna institución es porque los consumos, normalmente de porros, han provocado alguna “alarma”, lo más frecuente es que sean avisados por la escuela o por la policía. A continuación presentamos, por su interés para la reducción de riesgos, la relación entre familia y escuela, así como, los programas de medidas alternativas a las sanciones administrativas por tenencia de drogas.

Escuela

La relación entre escuela y familia se ha caracterizado por ser escasa, el trato formal se ve reducido a alguna reunión con todos los padres y tal vez una entrevista anual, el trato informal, contacto en la entrada o salida del centro o en actividades escolares, se produce más frecuentemente en la escuela de nivel de primaria pero casi desaparece durante la escolarización en el instituto. El contacto entre familia y escuela se intensifica cuando aparecen problemas en los hijos, sean de rendimiento académico, bulling, etc., pero especialmente relacionados con problemas de conducta, y consumir drogas se suele entender como un problema de este tipo. Musitu y Martínez (2009) apuntan como “la colaboración de la familia y la escuela resulta necesaria para frenar la tendencia ascendente en el consumo de sustancias entre la población adolescente”. Desde la pedagogía se ha señalado la importancia

de la colaboración entre la familia y escuela (Martínez-González, 1996), que entre otros aspectos potencia, la eficacia de los programas escolares de prevención del consumo de sustancias. A pesar de esto, la realidad indica, que aún continua prevaleciendo una escasa implicación de los padres en la esfera escolar, solo un porcentaje bajo participa en las actividades extraescolares y en las Asociaciones madres y padres (AMPA), por tanto las sinergias resultan escasas cuando se trata de trabajar los consumos de drogas conjuntamente. Y solo se intentará establecer un trabajo conjunto cuando los consumos afecten a la vida académica, y seguramente a la familiar.

El trabajo que pueden realizar conjuntamente es variado, aunque debemos advertir que en la mayoría de los casos la escuela se limitará a exponer los sucesos de consumo y los problemas derivados. La escuela como institución que ejerce un férreo control a sus miembros, asimila bien las directrices del prohibicionismo, y lo reproduce en el sentido “que no puede existir ningún tipo de consumo en la escuela”, y si aparece se actuará mediante la sanción y el castigo. Como detalle señalar, como el Plan contra la Droga ejecutado por el Ministerio de Interior en 2006 para controlar la venta de drogas en los alrededores de los institutos, se saldó sólo en el primer mes con 139 arrestos y 3128 denuncias. Una acción de tal magnitud punitiva no despertó ningún rechazo entre la comunidad educativa, a excepción de algún sindicato estudiantil, es más, en cierta medida fue aplaudida por las asociaciones de padres, los representantes del profesorado, así como, por la opinión pública, aunque puesta en entredicho por los profesionales de la salud.

Como pautas para la comunicación entre el docente y la familia desde la reducción de riesgos, proponemos unas breves indicaciones.

- Como premisa se debe tener presente que es frecuente que los adolescentes consuman drogas, mayormente y casi excluidamente cannabis y alcohol.
- Si se detecta el consumo es el momento idóneo para hablar con el alumno, para saber calibrar qué tipos de consumos son y cómo afectan a su desarrollo personal y académico.
- Una vez conocido el tipo de consumos se deberá evaluar que tipo de comunicación se realiza a la familia.
- La comunicación a la familia se debe realizar en un tono serio y respetuoso, evitando los alarmismos y proponiendo la comunicación como herramienta para abordar los consumos.

Programas de medidas alternativas a las sanciones administrativas

En los últimos años ha proliferado la implementación de medidas alternativas a las sanciones administrativas, por tenencia o consumo de drogas en la vía pública, por presunta infracción del artículo 25.1 de la Ley orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana (Ley Corcuera). A

grandes rasgos, estos programas ofrecen a los menores de 14 a 17 años la posibilidad de realizar una intervención socio educativa, que si es realizada con éxito evitará el pago de la sanción administrativa. En los municipios donde funcionan este tipo de programas, cuando un menor es detectado por la policía vulnerando dicha ley, se le comunica a la familia la infracción y la posibilidad de realizar el programa de medidas alternativas o pagar la multa. En el caso que la familia opte por realizar el programa, la policía derivará el caso al servicio encargado de ejecutar la medida alternativa, normalmente, el equipo de salud propio del ayuntamiento, aunque la variabilidad entre municipios es notoria. Para más información sobre el funcionamiento y aplicación de estos programas consúltese la guía de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (2013). En el caso que el menor realice el programa con éxito no tendrá que pagar la sanción administrativa.

En estos programas se realizan entre cuatro y cinco sesiones de trabajo con el menor, en las cuales, normalmente, en la primera y en la última, participa la familia. Aunque estos programas son espacios de intervención dirigidos al menor, estas dos sesiones también son idóneas para trabajar con la familia los consumos de drogas desde la reducción de riesgos. No obstante, sin entrar en profundidad, solo enunciar como estos programas divergen sustancialmente en la orientación teórica, en cada uno de los municipios. En algunos casos se entienden como un programa de “reparación”, en otros, por el contrario, se trabaja desde el modelo médico, y algunos realizan un trabajo pedagógico para aprender a convivir con las drogas, estos últimos son los que más entroncan con la filosofía de la reducción de riesgos.

En el marco de estos programas desde una mirada de reducción de riesgos, se debe transferir a la familia, además de toda la información sobre el proceso del programa y de la intervención socioeducativa dirigida a su hijo, un clima de confianza, profesionalidad y respeto. Los padres pueden estar alarmados, por lo que se debe realizar un trabajo informativo y divulgativo sobre las drogas, sus consumos y las consecuencias que pueden generar. Otro aspecto a tener en cuenta, es que los padres pueden estar en un estado emocional de “negatividad” porque su hijo consume, en este caso será tarea del profesional calibrar los consumos de los hijos, para facilitarles las herramientas de cómo proceder, tanto si los consumos son esporádicos como si son problemáticos, por tanto, los padres deben aprender a discernir sobre los diferentes niveles de consumo y los problemas relacionados con cada una de las drogas.

Actitudes asertivas y pautas de intervención

Los profesionales deben tener presente que a la hora de intervenir con una familia, más allá de cómo esta estructurada, se debe tener presente la opinión que les merecen las drogas, para realizar una intervención con éxito. Es imposible abarcar aquí, las diferentes manifestaciones que pueden tener

las familias, y más intentar presentar unas pautas de intervención para cada una. Sin entrar en analizar los múltiples modelos familiares, para la finalidad del texto, presentamos brevemente como se entienden las drogas en el seno familiar, en función de los estilos de autoridad ejercidos (Conde, 2002), que a la vez estos, vienen influidos en gran medida, por la relación que han mantenido los padres con las drogas. Estos modelos de autoridad son: el déspota, el democrático, el ausente y el amigo.

A grandes rasgos, los padres déspotas persiguen los consumos de drogas, la falta de comunicación familiar conlleva que el consumo de drogas sea un tabú y cualquier indicio de consumo se aborde desde el castigo. Los padres democráticos serían la figura que mejor abordaría los consumos de drogas, son comunicativos y asertivos, intentan hablar sobre las drogas y en caso de consumos intentan abordarlos de manera sensata. Los padres ausentes no conocen los consumos de los hijos, pero a diferencia del desposta tampoco ejercen ningún tipo de control porque viven inhibidos de la realidad de los hijos. Los padres amigos hablan de las drogas, y pueden llegar a compartirlo con los hijos, esta figura hace que los adolescentes pierdan el referente del padre o madre.

Los profesionales antes de intervenir deben conocer qué actitudes hacia las drogas sostienen los padres, esto será clave para realizar una intervención con éxito, ya que conocerlas permitirá calibrar el discurso más efectivo para trabajar con las familias desde la reducción de riesgos. Para finalizar este capítulo, proponemos a los profesionales que quieran intervenir con las familias desde la reducción de riesgos, los siguientes puntos para transmitir a las familias, por tanto, los puntos que siguen también son de utilidad para las familias.

Aspectos generales de relación entre padres e hijos:

- Como hemos apuntado existen diferentes estilos educativos, en la medida de lo posible, es idóneo utilizar el estilo democrático, y evitar prácticas déspotas o suplir ciertas carencias con regalos o consentirlos. El estilo democrático, debe de potenciar la comunicación familiar, y en el tema de las drogas se debe abordar desde la sensatez, sin tabú.
- Se debe hablar a los hijos de las drogas, como lo que son, una realidad social a la cual se tendrán que enfrentar. Por tanto, se debe asegurar que los adolescentes posean información sensata y suficiente para manejarse en su más que probable contacto con las drogas.
- Comunicarse con un lenguaje positivo, poniendo más énfasis en los beneficios de realizar cualquier tarea que en el castigo que implicará no hacerla.
- Potenciar la responsabilidad en los hijos. Adquirir responsabilidades es parte del proceso de maduración, durante la educación se debe delegar responsabilidades para que adquieran el sentido de la responsabilidad y las consecuencias que acarrea omitirla.
- Las normas y los límites deben estar claros y definidos. Es importante mantener el criterio entre los adultos y no ceder continuamente según la necesidad del menor.

No obstante, en ocasiones, es idóneo hacerles partícipes en la toma de decisiones, esto ayudará a su proceso de maduración.

- Potenciar los *hobbies* y las actividades de ocio durante los tiempos informales, esto llegada la adolescencia puede implicar que mantengan estos *hobbies*, y las salidas nocturnas no ocupen un espacio central en el ocio del adolescente.
- A la hora de hablar de drogas es importante mostrar prudencia, no alarma, ante los posibles consumos.

En el caso que se detecten consumos:

- Mantener la calma, se deben evitar las broncas y los interrogatorios. Se debe hablar cuando se está sereno y tranquilo.
- Conocer qué tipo de droga se consume (no todas son iguales) y con qué frecuencia (consumo diario, esporádico, problemático).
- Aunque consuman, los adolescentes deben de preservar su derecho a la intimidad, prácticas coercitivas como buscar entre sus pertenencias sólo podrá empeorar la situación.
- Evitar dramatismos y acciones represivas, normalmente, solo se consigue un alejamiento del adolescente, sin que esto influya en sus consumos. Se debe mostrar preocupación, no alarma ni enojo.
- No se debe buscar culpables, se trata de buscar soluciones.
- En el caso que sea necesario se puede recurrir a los servicios especializados.

Referencias bibliográficas

- Agència de Salut Pública de Catalunya (2013). *Guia de recomanacions per a la implementació del protocol sobre drogues ASA. Programes educatius alternatius a la sanció administrativa per consum o tinença de drogues per part de menors d'edat*. Barcelona: Departament de Salut.
- CONDE, Fernando (2002). *La mirada de los padres. Crisis y transformación de los modelos de educación de la juventud*. CREFAT: Madrid.
- CUARIN, Pedro (2009). *Estrategia renovadas para familias diferentes*. Barcelona: Congreso Hablamos de Drogas.
- FLAQUER, Lluís (2009). *Nuevas familias en una nueva sociedad*. Barcelona: Congreso Hablamos de Drogas.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Raquel Amaya (1996). *Familia y educación*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere; PALLARÉS, Joan, BARRUTI, Mila & ESPLUGA, Josep (2010). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació Igenus.
- MUSITO, Gonzalo & MARTÍNEZ, Belen (2009). *Una complicidad necesaria en la prevención de las drogodependencias*. Barcelona: Congreso Hablamos de Drogas.
- MUSITU, Gonzalo; BUELGA, Sofia; LILA, Marisol & CAVA, María Jesús (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- PALLARÉS, Joan & MARTÍNEZ Oró, DAVID Pere (2012). *¿La experiencia es un grado?* Barcelona: Fundació Igenus.
- Usó, Joan Carles (1995). *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Taurus.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS USUARIOS

La reducción de riesgos en el ámbito de la exclusión social

Antoni LLORT SUÁREZ

Pla d'Accions sobre Drogues de Reus. Hospital Universitari Sant Joan
allort@grupagessa.com

One man's trash is another man's treasure.

Proverbio popular americano.

Enfoque y estrategias

Como afirma Bourdieu (1999: 558) en su obra *La miseria del mundo*:

La verdadera medicina, siempre según la tradición hipocrática, comienza con el conocimiento de las enfermedades invisibles, de los hechos que el enfermo no habla, ya sea porque no tiene conciencia de ellos o porque olvida comunicarlos. Sucede lo mismo con la ciencia social preocupada por conocer y comprender las verdaderas causas del malestar que sólo se expresan a la luz del día a través signos sociales difíciles de interpretar por ser, en apariencia, demasiado evidentes.

Querer abordar el tema de la exclusión social y los problemas de consumo de drogas, no sólo nos plantea esta dificultad metodológica, sino que nos obliga a afrontar el doble estigma que esto implica y realizar un esfuerzo de análisis complejo y holístico de la realidad de nuestra sociedad actual, identificando los mecanismos que propician los procesos de exclusión social y trabajar para la minimización de estos. Proponemos un modelo de intervención basado en el conocimiento en profundidad de las estructuras microsociales, las relaciones entre individuos y grupos, espacios y contextos de consumo y el desarrollo de estrategias para facilitar la participación y conciencia de ciudadanía de los usuarios de drogas como elemento clave para generar procesos de inclusión.

Todos estos aspectos configuran un enfoque comunitario que pone en contacto los diferentes ámbitos sanitarios, sociales y humanos de las cuestiones que plantea el fenómeno de las drogodependencias y sus daños asociados, obligándonos a poner el acento en las relaciones que existen entre marginación social y prácticas de riesgo (Cavalcanti, 2000) y nuestros objetivos en el empoderamiento de las personas que participan en estos proyectos.

El concepto de empoderamiento propone mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mediante la potenciación de recursos a diferentes niveles conceptuales, individuales, grupales y comunitarios. Se parte de la idea de que el desarrollo de estos recursos genera nuevos espacios y capacidades en los que

las personas tienen una mayor capacidad para controlar por sí mismas su propia vida, ya que la mayoría de los problemas sociales se deben a “una distribución desigual de los recursos materiales y psicológicos” (Buelga, 2007: 155).

Por otro lado las teorías contemporáneas del trabajo social crítico (Pons, 2012) permiten dar prioridad a la estructura social en el análisis del problema del consumo de drogas y despatologizar a los individuos, buscando el origen de los problemas en la estructura social y no en los enfoques biologicistas (diagnóstico/medicalización) de abordaje de problemas sociales y de salud. Por ello es importante la inclusión en los equipos de planificación de servicios y recursos de atención a profesionales de las ciencias sociales y otros profesionales que trabajan en contacto con usuarios de drogas.

Intentaremos demostrar con algunos ejemplos, que el conocimiento de las especificidades de las prácticas relacionadas con el consumo y de los espacios físicos y sociales (por el significado que se les atribuye) son clave para la planificación y ejecución de políticas eficaces en tanto en cuanto cumplan unos objetivos de salud pública y la no vulneración de derechos fundamentales. Al mismo tiempo, que trabajar para la mejora de la accesibilidad y optimización de los recursos por parte de profesionales, usuarios, clientes y pacientes, son elementos clave para lograr nuestros objetivos.

Tradicionalmente al estudiar usos de drogas problemáticos se ha puesto el énfasis en la sustancia (abordaje jurídico-legal) y en el individuo cómo enfermo (abordaje biologicista), “siendo todavía una de estas zonas de la vida social que están estigmatizadas a través de la construcción social del problema de la droga” (Romaní 1999: 153). Toda práctica asistencial y acción social viene condicionada por coordenadas ideológicas que configuran y estructuran un determinado modelo de atención, éste es el caso de la intervención en reducción de daños que se sitúa en una posición de subalternidad versus el paradigma biologicista y jurídico represivo.

Después de más de 30 años de la aparición del problema droga y el nacimiento de su macabra simbología asociada (yonquis, jeringuillas, chutaderos, SIDA, mono, delincuencia, metadona...) el fenómeno ha caído varias posiciones en el ranking de problemas percibidos por la sociedad española actual, pero no es en vano que las drogas aunque porcentualmente muy por debajo de otros problemas como el paro, la sanidad o la vivienda, aparezcan como segundo de los ítems en los gráficos del mismo instituto de investigaciones, en toda sus múltiples versiones.¹

Actualmente, y según el informe 2011 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el grado de exclusión social entre pacientes que han iniciado tratamiento en 2011 es generalmente alto, factor que impide el

1. Último barómetro del CIS septiembre 2012. <<http://www.cis.es>>.

éxito del mismo tratamiento y la recuperación o mejora de calidad de vida de estas personas. A nivel europeo y muy similar en España el 56% de éstos se encuentran en situación de desempleo y casi el 10% carece de vivienda estable, el 37% sólo ha finalizado los estudios primarios y el 2% ni éstos.

Evidentemente los problemas asociados al consumo persisten, y más aun en el momento de crisis económica actual, que afecta a todas las dimensiones de la vida. En consecuencia la acción/intervención social debería activar tres espacios fundamentales, García Roca (2012: 37): el lugar de las privaciones, el de las capacidades y el de la acción conjunta. En torno a cada uno de ellos, y en la línea que apuntábamos antes, se han creado discursos y prácticas, marcos legislativos, instituciones y dispositivos (García Roca, 2012: 37). Estos tres niveles son los que dirigirán la orientación de nuestras propuestas de intervención.

Además, si tenemos en cuenta las últimas aproximaciones al concepto exclusión (Hernández, 2010) se describe como un fenómeno complejo, estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional, heterogéneo que incluye también un factor individual fuertemente influenciado por niveles educacionales formativos inexistentes o insuficientes, situándonos frente a un monstruo de mil cabezas, capaz de mutar ante las adversidades y difícilmente abordable desde un solo punto de ataque. Actualmente los modelos de exclusión social ya no operan únicamente expulsando al margen o a las periferias lo indeseado, sino que la nueva exclusión, se manifiesta también en el centro mismo de la sociedad. (García Roca, 2012).

Las políticas de bienestar se construyeron desde lógicas de respuesta a demandas que se creían homogéneas y diferenciadas y se gestionaron de manera rígida y burocrática (Brugué, Gomà y Subirats, 2002). De manera intuitiva o pragmática, el movimiento de reducción de daños siempre ha actuado con otra lógica, flexible y desburocratizadamente, intentando minimizar situaciones de riesgo y de vulnerabilidad de los individuos y en consecuencia para la sociedad, por ejemplo; frenando la propagación de enfermedades infecciosas como el VIH o la Hepatitis C (que requieren tratamientos muy caros y complejos), evitando muertes por sobredosis, bien disminuyendo el grado de delitos relacionados (hecho que permite descongestionar el aparato judicial y disminuir costes) o bien facilitando las relaciones humanas enriquecedoras entre individuos, grupos y recursos de una misma comunidad, favoreciendo evitar estados de vulnerabilidad individual y colectiva.

Escenarios y actores

La Reducción de Riesgos y Daños es un movimiento que se basa en la cooperación transversal de distintos actores: la sociedad civil, a través de movimientos sociales, organizaciones privadas y distintas instituciones de tipo social (universidades, iglesias, partidos políticos etc.); y el Estado, los municipios, y las diversas administraciones e

instituciones públicas. De tal modo que no consista ni en la imposición unilateral de políticas estatales ni en la acción de unas ONG's allí donde el Estado ha dimitido de sus obligaciones de intervención social, sino en el producto del diálogo entre los distintos actores (sociales, políticos, profesionales, etc.) en el contexto de una renovación y consolidación de las políticas públicas².

Un ejemplo de la omisión de responsabilidades de las administraciones y de mala o ineficaz gestión de recursos lo pudimos apreciar en el proceso que aconteció en Barcelona (Can Tunis) en los años noventa hasta 2005 aproximadamente. Cientos de personas, drogodependientes en situación de marginalidad, se hacinaban y deambulaban al pie de Montjuic en busca de sus dosis diarias, en un espacio insalubre y abandonado de las bondades y obligaciones de la administración. El proyecto urbanístico de limpieza y transformación de la ciudad borró del mapa bruscamente esta realidad, desplazando a miles de personas hacia otros barrios o lo que es lo mismo escondiendo los escombros debajo de la alfombra. Con el tiempo, Can Tunis se convirtió en uno de los peores reductos de marginalidad, dejando de ser atendidos aquellos que se consideran no-productivos y, por tanto, no-asistibles (Ilundain, 2004: 114).

Este modelo de gestión de la marginalidad desgraciadamente se replica en toda sociedad occidental, evidenciando la crudeza de un modelo tecnocrático que delega sus responsabilidades a pequeñas organizaciones no gubernamentales, a entidades de beneficencia y a la sociedad civil en general, quienes absorben en última instancia las consecuencias de un sistema que genera desigualdades de manera estructural y de una manera cada vez más sutil.

Han existido y existen, en relación al uso de drogas, espacios públicos, zonas o territorios que mantienen desde hace décadas actividad relacionada con la compra venta y consumo (inyectado, fumado, en sus diferentes variantes) y que forzosamente se convierten en puntos de convivencia y contacto con el resto de ciudadanía. Esta actividad no ha cesado ni se diferencia mucho en su esencia a los tiempos de la eclosión del fenómeno del consumo de heroína que caracterizó los años ochenta y principios de los noventa, o al menos esta es nuestra experiencia. Podemos llamar a estos espacios “territorios psicótropos”, “definidos como un lugar de concentración espontánea de actores sociales de las drogas; o como un lugar donde hay una alta probabilidad de que ocurra una interacción a propósito de las drogas, aunque ello no forme parte de la intención previa de los sujetos” Fernandes (2000: 57).

Este tipo de escenarios deben ser considerados prioritarios en nuestras intervenciones de reducción de daños, pues ofrecen retos y oportunidades de conocimiento de: las prácticas, las relaciones, las creencias, los rituales de consumo, permitiéndonos acceder a una parte de la lógica de los mecanismos

2. Principios básicos de la Reducción de Riesgos y Daños (RRD) según el Comité de la CLAT5 (5ª Conferencia de Reducción de Daños en Drogas, O Porto, 1-5 julio 2009).

de exclusión social, relacionada con la ilegalidad, la clandestinidad y los riesgos asumidos en su consecuencia. El acceso y conocimiento exhaustivo de estos lugares es complicado para muchos profesionales, y la colaboración de usuarios o ex usuarios de drogas nos puede facilitar mucho el acceso a este campo.

Las actividades basadas en la prospección de campo, el activismo y la solidaridad, facilitan la “toma de conciencia” del estatus de “ciudadanía” de pleno derecho (y deber), visibilizando el potencial de las estrategias de reducción de daños para trabajar transversalmente aspectos, valores y habilidades preventivas que minimicen los procesos de exclusión social y doble estigmatización. Al mismo tiempo permiten desarrollar capacidades que mejoran la autonomía y la autogestión de los riesgos, causando efecto en los tres niveles teóricos apuntados: individuales, grupales y colectivos.

De la teoría a la práctica. La necesaria participación de los usuarios de drogas

Varios principios generales según Sepúlveda, Báez y Montenegro (2008: 25) caracterizan el concepto de recurso de atención al ámbito de consumo de drogas, al menos a nivel ideal, al mismo tiempo que configuran el esqueleto técnico de los elementos esenciales para la intervención social en relación a los problemas de consumo de drogas:

- **Un marco global** que une la información, el acceso a los medios de prevención y los derechos sociales y sanitarios de las personas.
- **La multiplicidad de lugares de prevención y atención:** farmacias, programas de intercambio de jeringuillas en puntos fijos y unidades móviles, locales de ocio, centros de acogida, redes de asistencia municipales, comunidades terapéuticas, centros asistenciales especializados, salas de venopunción higiénica, growshops, institutos, etc.
- **La complementariedad y trabajo conjunto** entre una variedad de agentes sociales: administración pública, asociaciones de lucha contra el sida, profesionales sanitarios, asociaciones de usuarios y/o ex usuarios de drogas, farmacéuticos, trabajadores sociales, vecinos, comerciantes, investigadores, etc.

Veamos algunos ejemplos que a nivel local e internacional pueden servir para la buena orquestación de todos los distintos niveles aquí propuestos.³

El primero es la necesidad de trabajar bajo un marco teórico estructurado y planificado que marque las líneas básicas de actuación e inspire las intervenciones que se derivarán del mismo, coordinando las funciones de los

3. Todas las propuestas en este capítulo se basan en la experiencia de trabajo en el Pla d'Accions sobre drogues de Reus, el cual articula las intervenciones del Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitario Sant Joan, el Centro de Acogida y Actividades la Illeta y la experiencia con la asociación de usuarios/as de drogas ARSU (Asociación Reus Somos Útiles) y otros programas comunitarios.

diferentes dispositivos integrados en el plan de acción. Elaborando un documento de consenso o un documento de planificación local como un plan de acciones sobre drogas, un plan municipal de ordenación o semejantes, en donde los principios de reducción de daños y riesgos estén incluidos de manera transversal y dónde en su elaboración participen representantes de todos los agentes sociales implicados, teniendo especial consideración con los colectivos de usuarios, pacientes, consumidores y familiares.

En este sentido será necesario que los profesionales y agentes de reducción de daños sean capaces de filtrar y contaminar su filosofía a los diferentes estamentos de la administración pública y de intervención social del área de influencia de sus acciones. Es necesario también que políticos, responsables de seguridad urbana, policía, centros cívicos, profesionales de la salud y educación, tejido asociativo y comunidades vecinales transfirieran y debatieran sus ideas claves en distintos foros y oportunidades de participación desde la fase de planificación, ejecución y evaluación.

Veamos un ejemplo de la influencia de los principios de reducción de daños en los objetivos de un documento marco de este tipo:

- Incidir y facilitar cambios en la representación social del consumo de drogas. Aceptando también la existencia de pautas de consumo no arriesgadas ni problemáticas.
- Facilitar la transmisión de información objetiva y contrastada sobre el uso de sustancias psicotrópicas, sus efectos tanto positivos como negativos, cuestiones legales, etc.
- Reconocer la existencia de conductas y prácticas de riesgo que aumentan las probabilidades de transmisión de enfermedades contagiosas como las hepatitis víricas, SIDA, etc.
- Diferenciar escenarios y tipos de consumo matizando las diferencias en relación a los usos (casuales, experimentales, esporádicos, regulares, recreativos, abusivos y adictivos) valorándolas en relación a los riesgos.
- Potenciar los recursos personales que permitan gestionar de una forma responsable y crítica la relación con las sustancias.

Un segundo aspecto en el plano del funcionamiento de los dispositivos requiere la figura o la consideración de un agente especializado o equipo coordinador en intervenciones de prevención y trabajo de promoción de la salud a nivel colectivo o comunitario. Este tipo de profesional puede definir, organizar y controlar la diversidad de actividades relacionadas con la colectividad, representar los diferentes proyectos y programas de reducción de daños y riesgos ante los diferentes agentes sociales implicados o a implicar, concentrarse en coordinar los esfuerzos de participación del equipo y de los usuarios en la comunidad, establecer relaciones con los representantes y líderes y desarrollar actividades e intervenciones educativas continuadas y específicas dirigidas también a la comunidad (Burke, 1997).

El trabajo coordinado entre los recursos destinados a trabajar los problemas derivados del abuso de sustancias (Centros de Tratamiento, Centros de Acogida y Actividades, Salas de consumo higiénico, programas de intercambio de jeringuillas y de acercamiento a usuarios en activo, farmacias, etc.) y los demás dispositivos disponibles de atención a la salud y a los problemas sociales, facilitará en gran medida la instauración de mecanismos que los hagan receptivos a los problemas de convivencia y posible resolución.

Será un factor importantísimo el conocimiento en profundidad, a pie de calle, de las distintas realidades y escenarios de consumo y compra venta de drogas, convirtiéndose en uno de los elementos clave para el buen funcionamiento y consecución de los objetivos de trabajo de la reducción de daños y riesgos. Esta tarea puede ser llevada a cabo ya sea mediante el estudio e investigación etnográfico-antropológica, el trabajo coordinado con los mismos actores (usuarios de las sustancias y los agentes comunitarios), así como con los distintos dispositivos encargados de la atención. Pero no es suficiente únicamente obtener y sistematizar la recogida de datos sino que es indispensable el intercambio y flujo de informaciones con las instancias administrativas responsables de media y alta esfera, para contrastar y producir datos y conocimiento de la realidad, de una manera dialéctica.

Sintetizando, las redes de atención deberían funcionar desde los usuarios hasta la administración a través de un entramado comunitario que incluye los dispositivos asistenciales así como otros centros comunitarios, logrando con mayor o menor fortuna el objetivo de la participación y la interacción dialéctica (Borràs y Sardà 2004).

El tercer aspecto pues, será el trabajo con y de los consumidores de drogas, organizaciones de usuarios y la potenciación de su creación o mantenimiento. Aunque la efectividad, implicación y participación en las intervenciones ya es un hecho reconocido, continúan apareciendo tensiones sobre el rol y contribución de las personas que consumen drogas. Es importante reconocer que mientras los servicios de reducción de daños son prestados por profesionales mayoritariamente, muchas de las innovaciones han emergido y emergen de los grupos de consumidores, no olvidemos por ejemplo que fue un grupo de consumidores de drogas quien estableció el primer programa en el mundo de intercambio de jeringuillas en Holanda en 1984 (Southwell, 2010). O que en Can Tunis, fue una asociación de usuarios (Asociación Somos Útiles ASUT), la encargada de flexibilizar los horarios de intercambio de jeringuillas y de acercar artículos de primera necesidad (fines de semana, festivos...) apoyando el trabajo de las ONG que trabajaban en el poblado.

Algunas personas que fuman base o crack correctamente han tratado y tratan de evitar enfermedades del pulmón, derivadas de la inhalación de la ceniza del cigarro u otras impurezas mediante la construcción y abastecimiento

de pipas de cristal anticeñiza. Mientras que estas estrategias ya eran conocidas desde mediados de los noventa, la distribución de este tipo de pipas para el uso de estimulantes no se ha puesto al alcance de los usuarios todavía de manera normalizada. Este no es el caso de EGO (Espoire de la Goutte d'Or) una de las primeras asociaciones de trabajo conjunto entre profesionales y usuarios, nacida en un barrio multicultural parisiense. La Goutte d'Or lleva realizando desde 1989 proyectos de salud y cohesión comunitaria para la mejora de la calidad de vida del barrio y de los usuarios de drogas, distribuye pipas especializadas para el consumo de estimulantes, entre otros materiales estériles de consumo en el marco de sus programas de reducción del daño.

Entonces deberíamos preguntarnos ¿Cómo es posible asesorar a un usuario de crack o coca base sobre los riesgos de las técnicas de consumo si no conocemos al detalle el método de preparación de la sustancia y de su instrumento para el consumo? O ¿cómo podemos saber cuáles son las técnicas utilizadas para compartir dosis inyectables que han facilitado la transmisión de la Hepatitis C, si no se comparten jeringuillas?⁴

Aunque se ha registrado un pequeño descenso de la infección de VIH entre inyectores en España en los últimos años, estudios recientes han revelado una prevalencia del 80,1% de Hepatitis C entre inyectores en Cataluña, debido mayoritariamente a la práctica de compartir los materiales de inyección de forma indirecta (filtros, cucharillas y “front o back loading”). (Huntington, Folch, González, Meroño, Ncube y Casabona, 2010). Evidentemente sin el estudio cualitativo de las técnicas, creencias prácticas de los mismos inyectores sería imposible llegar a estas conclusiones tan alarmantes e intentar poner freno a esta epidemia de infección. Sin el trabajo de acercamiento y la participación de usuarios en activo y el acceso a sus prácticas de consumo, esto no sería posible.

El trabajo con los vendedores. Un aspecto olvidado de la reducción de riesgos y daños

Ya en otro ámbito del “sistema drogas” es importante remarcar también el trabajo realizado por algunas organizaciones de usuarios con vendedores de drogas ilegales, que se han mostrado dispuestos a colaborar en programas de intercambio de jeringuillas, o a formarse para aconsejar mediante mensajes de reducción de daños y promoción de la salud a usuarios (clientes) clave de la comunidad, (Southwell, 2010). Por ejemplo convenciendo a vendedores de heroína de no cortarla con barbitúricos u otras sustancias similares reduciendo

4. Más alarmante es aún si cabe que la infección de VIH por inyección tiene las tasas más elevadas en las personas que se inyectan en prisión, según el estudio de Huntington, Folch, González, Meroño, Ncube y Casabona, 2010.

el riesgo de sobredosis accidentales, advertir o diluir la sustancia cuando ésta es de mucha calidad o no mezclarla con cocaína, para evitar positivos en analíticas de control de programas de mantenimiento con opiáceos.

Existen diferentes estrategias novedosas como las mencionadas en el párrafo anterior, alrededor de la organización inteligente entre consumidores de heroína y crack, en Canadá e Inglaterra recopiladas por Southwell (2008). El documento de trabajo de este autor “Consumer Action & Drug Supply Network”, recoge este tipo de iniciativas que se basan en la idea de que los consumidores unidos (de productos legales e ilegales) pueden forzar cambios positivos hacia la iniciativa privada, como se ha demostrado en campañas de boicot contra empresas comerciales que realizan malas prácticas u ocultan la procedencia o composición de sus productos, sobre todo gracias los medios de propagación que ofrecen las redes sociales más conocidas. Este es el caso de la asociación de usuarios COUNTERfit de Toronto quien está trabajando con una Universidad de esta ciudad para validar y evaluar el impacto de sus intervenciones con los vendedores.

Veamos aquí algunos ejemplos más, “la recomendación positiva”, espontáneamente los usuarios de drogas recomiendan o desaconsejan determinados vendedores de drogas según la calidad del producto que se ofrece, pudiendo evitar el consumo de sustancias no deseadas mucho más nocivas e intentando introducir y forzar a los vendedores a incurrir en buenas prácticas de venta. En este caso la opción de poder realizar testing y pesaje de las sustancias facilita mucho el control de los productos.

“La gestión de la deuda” es otro factor importante de reducción de daños, pues muchos vendedores facilitan o incluso incitan a incurrir en deuda, restringiendo de esta manera, bajo presión, la posibilidad de actuar como consumidor responsable. Algunos vendedores pueden llegar incluso a ser hostiles y amenazantes cuando un usuario deja de comprarle la sustancia mientras este tiene deudas con él. El problema se incrementa cuando el usuario por ejemplo quiere dejar el consumo o deja de consumir de un día para otro. Cabe pues la posibilidad y la necesidad de renegociar la deuda con el vendedor.

La compra colectiva: si un grupo de consumidores reúne suficiente dinero para poder abastecerse de las sustancias a un nivel más alto de la cadena de compra-venta, se pueden adquirir drogas de mayor calidad evitando cortes y manipulaciones de las sustancia.

El patrocinio de vendedores: los consumidores pueden facilitar contactos de vendedores con compromiso de servicio y buena calidad de sus productos. Esto es posible poniendo en contacto nuevos consumidores a vendedores de confianza e incluso facilitando que vendedores se abastezcan en el mercado mayorista de productos de mayor calidad.

En Amsterdam, por ejemplo, en relación al trabajo y talleres realizados con vendedores, se ha propuesto la *Charter for social dealer* (Carta de ven-

dedor con conciencia social) que consta de los siguientes puntos: no vender a jóvenes, limitar la deuda de cada consumidor a 100 euros, mantener una calidad, cantidades y horarios estables, sólo vender sustancias por dinero, no aceptando objetos robados a cambio de dosis, no violencia, establecer un máximo de clientes por vendedor, no merodear por la zona innecesariamente. En España todavía no se han estandarizado este tipo de iniciativas, pero sí que se ha empezado a analizar muestras de heroína en restos de filtros, por ejemplo, en salas de consumo higiénico como en el SAPS (Iannello, Delás, Aguas, Bacovich, Serra y Díaz: 2012) o en la sala Baluard de Barcelona, con la colaboración de Energy Control.

Y en el ámbito de la noche...

En los espacios de ocio nocturno también se han desarrollado estrategias exitosas al respecto mediante la organización de grupos de jóvenes concienciados, preparados para trabajar como educadores de pares en relación a los distintos usos de sustancias que en este ámbito se emplean, ya sea difundiendo y ofreciendo información objetiva y realista sobre los efectos de las sustancias y consejos de disminución de riesgos contrastada por grupos profesionales de la salud y por consumidores expertos. El análisis de sustancias en espacios de fiesta es otra práctica muy valiosa para los usuarios que las adquieren en el mercado negro, pudiendo descartar sustancias falseadas y, por tanto, evitar así efectos indeseados. Este tipo de servicios de análisis se han diseñado al mismo tiempo y principalmente como estrategias de acercamiento a usuarios de drogas ilegales.⁵ Sin la participación en los mensajes de reducción de riesgos y prevención, de personas cercanas o expertas en el consumo, por ejemplo, de determinados estimulantes, ¿sería posible ser creíbles y de utilidad para consumidores instrumentales o experimentales en su uso recreativo?

En la actualidad también han proliferado exponencialmente las asociaciones o clubs dedicados a proteger los derechos de las personas que consumen cannabis, es también un buen ejemplo de auto-organización y de voluntad de cambio del estatus de los consumidores de drogas ilegales. El caso del cannabis goza de un estatus diferenciado de otras drogas por su composición y efectos, y su uso y cultivo se ha visibilizado mucho más en los últimos años en nuestra sociedad. Aun así plantea también dificultades y riesgos, pues aparecen en el escenario de manera cada vez más clara y numerosa nuevos perfiles de personas que consumen cannabis más vulnerables y sujetos a procesos de exclusión social grave, ya que son jóvenes con problemas de salud mental y/o desestructuración social que no pueden o no quieren dejar de consumir cannabis u otras sustancias y que nos plantean retos de intervención sistémica importantes.

5. Véase el caso de Energy Control, Som.nit y Arsu Festa en España.

El necesario papel de los usuarios y ex-usuarios

Otro tipo de acciones realizadas por usuarios y ex-usuarios de drogas, ya en la esfera de los dispositivos de atención y tratamiento, que han demostrado su efectividad pasan por intervenciones de asesoramiento a partir de su conocimiento experto de uso de drogas de largo recorrido y de su experiencia en los centros de atención. La experiencia y el conocimiento sobre el cuerpo, los efectos de la medicación y otras drogas, terapias y tratamientos, pautas de autoatención y de reducción de daños y riesgos que son capaces de aportar los consumidores expertos pueden apoyar en mucho a los mensajes de profesionales e incidir positivamente en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida los consumidores de opiáceos, cocaína u otras drogas.

Este tipo de estrategias, llevadas a cabo por personas cercanas al consumo de drogas a veces denominados agentes de salud, pares, pacientes expertos, etc., tienen mayoritariamente un lugar subsidiario en las redes de atención, pero por la efectividad de sus intervenciones deberían tenerse en cuenta como un elemento fundamental e imprescindible para poder ofrecer una mayor diversidad y flexibilización de servicios, listamos aquí algunas de las actividades que pueden realizarse gracias al trabajo conjunto con usuarios de drogas y que facilitan estos objetivos:

- Creación de asociaciones reivindicativas, prestación de servicios y auto apoyo.
- Funciones de acogida en los servicios de atención.
- Acompañamientos a servicios y a procesos de tratamiento.
- Creación y desarrollo de grupos de ayuda mutua.
- Propuestas de empleo y ocupabilidad del tiempo libre alternativo al consumo.
- Acercamiento a usuarios en activo en zonas de consumo de riesgo, mejorando la accesibilidad a los dispositivos.
- Campañas de limpieza de parafernalia derivada del consumo en zonas abiertas de consumo en la vía pública.
- Optimización de los recursos de reducción de daños mediante la participación en la planificación de actividades y plan de funcionamiento.
- Nuevas posibilidades de investigación-acción-participativa.
- Formación de educación entre pares y agentes de salud.
- Fomento de la participación del colectivo en términos de ciudadanía en las actividades culturales y lúdicas locales, facilitando la visibilización de la problemática.
- Tareas de *advocacy* y soporte en la implementación y defensa de recursos de reducción de daños como salas de consumo, espacios de acogida, nuevos tratamientos, intercambio y dispensación de material estéril para el consumo.
- Reivindicación de derechos y sensibilización ciudadana, más efectiva.
- Colaboración en la formación técnico-práctica de los profesionales.

- Intercambio de experiencias y conocimientos con otras asociaciones locales, estatales e internacionales.

En definitiva, se trata de obtener unos resultados óptimos y efectivos basados en el respeto, el pragmatismo y el trabajo horizontal, en definitiva un trabajo más humano resultado de la suma de conocimiento y experiencia de usuarios y profesionales, que pueden resultar de utilidad cuando se trabaja con el doble objetivo de reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de drogas y para la inclusión social de las personas. Cabe remarcar aquí, y más en tiempos de crisis, que el coste de estos programas de prevención basados en la experiencia de los propios consumidores es ínfimo si lo comparamos con el coste de tratamientos por infección de virus como el de VIH, las hepatitis u otras enfermedades derivadas del consumo de drogas y que puede al mismo tiempo rentabilizar los tratamientos dedicados a las adicciones y racionalizar el uso y el coste del aparato judicial.

A modo de conclusión

La mayoría de estas propuestas pasan obligatoriamente por el trabajo en los espacios sociales y personales de la exclusión social, incomprensibles e invisibles muchas veces por ser demasiado evidentes como ya apuntábamos al inicio de este texto de la mano de Bourdieu. Es pues obligación ineludible de los agentes sociales y profesionales implicados el forzar nuestra mirada hacia estos territorios para poder comprender y actuar consecuentemente en el marco y circunstancias actuales, comprometiendo nuestro trabajo diario hacia la minimización y erradicación de las desigualdades sociales en materia de salud y derechos sociales, disminuyendo los daños que éstas implican en nuestra sociedad y avanzando hacia una normalización del fenómeno del consumo de drogas. La mejor manera de trabajar la exclusión social es trabajar con y para las personas que sufren este proceso de segregación y con los escenarios y mecanismos que lo facilitan.

Referencias bibliográficas

- BORRÀS, Tre & SARDÀ, Artur (2004). “Cambios sociales, cambios en los tratamientos”. *Mono-grafías Humanitas. Uso de drogas y drogodependencias*, (5), 119-137.
- BOURDIEU, Pierre (1999). Post-scriptum. En Pierre Bourdieu (ed.), *La miseria del mundo* (557-559). Madrid: Akal. (original 1993).
- BRUGUÉ, Quim; GOMÀ, Ricard & SUBIRATS, Joan (2002). “Exclusión Social y Drogas”. En FAD y colaboradores (eds.), *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*.(161-181). Madrid: FAD.
- BUELGA, Sofia (2007). “El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria”. En Marta Gil (dir.), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (154-173). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

- BURKE, Dorrie (1997). *Integración de los PMM en la comunidad*. En Mark W. Parrino (ed.), *Manual de tratamiento con metadona* (281-299). Barcelona: Publicacions del Grup Igia. (original 1992)
- CAVALCANTI, Lia (2000). “Estrategias de prevención dirigidas hacia grupos étnicos de usuarios de drogas en un barrio de París”. En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias* (283-288). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- FERNANDES, Luís (2000). “Los territorios urbanos de las drogas. Un concepto operativo”. En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. (53-60). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- GARCÍA ROCA, Joaquín (2012). *Reinvención de la exclusión social en tiempos de crisis*. Madrid: Fundación Foessa.
- HERNÁNDEZ, Manuel (2010). “El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa”. *Revista interuniversitaria de formación del Profesorado*, 24 (3), 25-46.
- HUNTINGTON, Susie; Folch, Cinta; González, Victoria; Meroño, Mercè; Ncube, Fortune & Casabona, Jordi (2010). “Prevalencia del VIH, hepatitis C y factores asociados en usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en Cataluña”. *Enfermedades Infecciosas y Ginecología Clínica*, 28 (4), 236-238.
- IANNELLO, G. Davide; DELÁS, Jordi; AGUAS, Margarita; BACOVICH, Igor; SERRA, Lluís & DÍAZ, Olga (2012). “La bolsa de las drogas. The illicit drug market”. (Cartas a la directora). *Gaceta Sanitaria*, 26 (3), 288-290.
- ILUNDAIN, Enrique (2004). “Drogas, Enfermedad y Exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma?” *Monografías Humanitas. Uso de drogas y drogodependencias*, 5, 105-118.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). *Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- PONS, Alba (2012). “Interferències. Trabajo social y (Trans)formación de Género”. *Revista de Treball social RTS*, 195, 114-120.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- SEPÚLVEDA, Mauricio; BAEZ, Francisco & Montenegro, Marisela (2008). *No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia. Cuestiones emergentes.
- SOUTHWELL, Mat (2010). “People who use drugs and their role in harm reduction”. En Tim Rhodes & Dagmar Hedrich, (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (101-104). Luxemburgo: Publications Office of European Union.
- SOUTHWELL, Mat (2008). “Consumer action and drug supply networks, unpublished report”. Available at <<http://tinyurl.com/consumeractiondealers>>.

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS ENTRE LOS INYECTORES DE DROGAS

Elena ADÁN IBÁÑEZ

Pep CURA

ICEERS Foundation
pep.cura@gmail.com

Introducción

Este capítulo del manual pretende dar una visión de cómo actuar en materia de reducción de riesgos entre consumidores de drogas por vía parenteral (UDVP). Como ya se ha descrito en otros capítulos, la reducción de riesgos es una estrategia preventiva que se basa en la transmisión de información objetiva sobre los riesgos asociados a determinadas prácticas de consumo de drogas, así como estrategias para reducirlos. Por otra parte, la reducción de riesgos también puede ofrecer información sobre los potenciales placeres de dicho consumo y estrategias para mantenerlo (por ejemplo, espaciar los consumos, cuidar el setting, saber cuando uno puede consumir y cuando no, etc.).

En general, cuando se piensa en la atención sociosanitaria en usuarios de drogas por vía parenteral se piensa directamente en estrategias de reducción de daños. Esto se explica porque se considera que el consumidor es visto como una persona que ya está dañada. No obstante se trata de una visión parcial, ya que dentro de la reducción de daños está implícita la reducción de riesgos y de hecho es imposible implementar la primera sin la segunda.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT-EMCDDA) ofrece algún matiz en la diferenciación entre reducción de riesgos y reducción de daños, considerando que la reducción de riesgos¹ va más dirigida al cambio de comportamientos de consumo con el fin de prevenir daños potenciales, a la vez que apunta a que la reducción de daños² se aplica sobre consumos más graves y/o problemáticos.

1. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT - EMCDDA) considera que la reducción de riesgos es un concepto inexacto que puede aplicarse a un amplio abanico de intervenciones que tienen como objetivo modificar el comportamiento de consumo con tal de reducir el riesgo. <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/definitions>>.

2. Reducción de daños: El objetivo de la reducción de daños es reducir la incidencia de las infecciones y sobredosis relacionadas con el uso de drogas, así como vincular al usuario de drogas a los servicios sanitarios y sociales. (Grupo de trabajo Proyecto Correlation - EMCDDA). Según el EMCDDA, a pesar de que obviamente todas las intervenciones en prevención y tratamiento reducen el daño de algún modo, la reducción de daños hace referencia a medidas dirigidas a consumidores problemáticos o que ya han desarrollado una adicción y que no necesariamente van a cambiar ese consumo. <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary> - h>.

En definitiva, los consumidores de drogas por vía parenteral, son una población susceptible de beneficiarse de las estrategias de reducción de riesgos, y de hecho, aquellos ya vinculados a la red asistencial, lo son a pesar de que en estos espacios de intervención se suelen dar mensajes más propios de reducción de daños.

Los autores de este capítulo nos hemos planteado que quizás esta diferencia se basa en una generalización que, aunque cierta en muchos casos, no representa la realidad de que no todo consumo inyectado es un consumo necesariamente problemático per se o no toda persona que se inyecta presenta una adicción, aunque sea cierto en la mayor parte de los casos. De hecho, consideramos que partir de esta visión invisibiliza ciertos grupos de consumidores que deberían llamarnos la atención: los no inyectores cercanos al cambio de vía, el inyector incipiente y el inyector ocasional.

A lo largo de este capítulo, a la vez que repasamos las áreas de intervención en minimización de riesgos, iremos haciendo referencia a este vacío para intentar abrir nuevas estrategias de intervención o enfatizar las ya existentes.

Características del personal inyector

Caracterizar al consumidor de drogas por vía inyectada puede ayudar a comprender qué estrategias de reducción de riesgos se ajustan más a sus necesidades, cuales no tanto, y por qué. Sin embargo, caracterizar no es tarea fácil dado que partimos de la base de que es un colectivo oculto o apartado de la red asistencial normalizada, con lo cuál sólo podemos conocer aquellos que contactan con centros asistenciales o con programas de acercamiento (*outreach*). De esta manera la caracterización siempre será en base a una parte del total.

Otro de los aspectos que dificultan describir un perfil general es que, según la localización geográfica donde nos situemos, tanto la presencia como las características de los UDVP van a variar notablemente, aún siendo poblaciones colindantes. Una de las posibles razones de esta diferencia territorial puede ser, para empezar, la situación del mercado de drogas ilícitas aptas para el consumo inyectado. Por ejemplo, en Barcelona es elevada la presencia de cocaína y heroína (en forma de clorhidrato de morfina acetilizado) (Delás, Adán, Díaz, Aguas, Pons y Fuertes, 2010), ambas solubles en agua (aunque también válidas para consumirlas por vía esnifada). En cambio, en Andalucía hay predominio de heroína base o marrón, más adecuada para ser inhalada que no inyectada (De la Fuente, Barrio, Royuela y Bravo, 1997). Esto condicionará al usuario en cuanto a cómo consumir esa sustancia y por ende, a la definición de su perfil.

En España existen pocos datos sobre la población inyectora que sean representativos de todo el Estado, no obstante, el Plan Nacional Sobre Drogas

elabora anualmente el Informe Nacional para el OEDT donde se compilan los datos autonómicos representando estimaciones sobre la situación en España. Según este documento (EMCDDA, 2010) en 2009 se presentaron los resultados de la última Encuesta Domiciliaria Nacional sobre Alcohol y Drogas (EDA-DES) 2007-2008, que describen que un 0,2% de la población de entre 15 y 64 años de edad que respondió que se había inyectado heroína o cocaína en algún momento de su vida (EMCDDA, 2010).

Como hemos dicho, los usuarios de drogas inyectadas que son “visibles” son aquellos que contactan con los centros, principalmente aquellos que ofrecen tratamiento ambulatorio para las adicciones y que en muchas áreas de España proporcionan también servicios de reducción de riesgos y daños. Estos, en 2009, observaron que un 16,9% de las personas consumidoras de heroína utilizaban la vía inyectada, de la misma manera que lo hacía un 2,1% de las personas consumidoras de cocaína. Es importante considerar la edad con la que se produce el primer contacto con el centro asistencial, que según la misma fuente, en 2009 la media de edad para el usuario de heroína fue de 37,9 años y la del de cocaína de 32,5 años. La edad promedio del primer consumo es de 20,9 años y 20,7 años respectivamente. Lo que representa que el contacto con los profesionales es tardío, entre unos 12 y 17 años después de haber empezado a consumir (Hagan, Thiede y Des Jarlais, 2004) haciendo notar además que en ese periodo de tiempo, este segmento poblacional “desatendido” o desvinculado de la red asistencial, cambió la de vía de consumo –de esnifado a inyectado–, con el incremento de riesgos de todo tipo que conlleva este cambio.

En las zonas donde en el mejor de los casos la reducción de riesgos se puede proporcionar desde servicios más cercanos y de atención inmediata, como los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), encontramos que no hay una fuente de información única que proporcione datos sobre un posible perfil de inyector. No obstante, según el Sistema de Información REDAN de la Agencia de Salud Pública de Barcelona³ un 33,73% de los usuarios atendidos en estos centros tienen entre 21 y 30 años, y la mayoría un 41,99% entre 31 y 40 años de edad. Es decir que seguimos sin contactar con aquellos más jóvenes, hecho que también sostiene la proyecto ITINERE, que integra diferentes cohortes de usuarios de drogas jóvenes en diferentes comunidades autónomas, y tiene el objetivo de evaluar el impacto y efecto del consumo de drogas a lo largo del tiempo. Según algunos datos de este estudio los participantes son contactados desde servicios de reducción de daños, tienen una media de edad de 25,8 años y una historia de consumo inyectado de 6,5 años.

En conclusión, el consumidor de drogas ilegales por vía inyectada que recibe o es susceptible de recibir mensajes de reducción de riesgos, y por lo

3. Los datos presentados en este capítulo aún no han sido publicados.

tanto de prevención, es un consumidor con una historia de consumo de muchos años, que apenas ha contactado con la red asistencial en los primeros años de su consumo. Esto implica que probablemente tenga patrones y rituales de consumo consolidados y que probablemente ya padezca alguna de las infecciones más comunes entre este colectivo –probablemente por haber compartido algún material de inyección como la jeringuilla, la cazoleta o el filtro– como el VIH y la hepatitis C, ya que en el caso de esta última infección se ha constatado que tiene lugar durante los tres primeros años desde la primera inyección (Garfein, Doherty, Monterroso, Thomas, Nelson y Vlahov, 1998). Además, otros daños ya presentes serán aquellos de tipo psicosociales, como la pérdida de vínculos familiares, el deterioro de la situación laboral y la no cobertura de necesidades básicas, como la higiene, la alimentación y el alojamiento.

Cómo se trabaja la reducción de riesgos en las personas que consumen por vía inyectada

Como dijimos en la introducción, la reducción de riesgos es una estrategia preventiva ofrecida o bien por la administración pública, en los respectivos ministerios, concejalías, departamentos o ayuntamientos, o bien por entidades de distinta índole (ONG's, asociaciones, plataformas...) que asumen el trabajo correspondiente a la administración pública, de manera externalizada.

Históricamente, al colectivo inyector se le ha atendido desde estrategias de reducción de daños, ofreciéndoles servicios de intercambio de jeringuillas, espacios de consumo higiénico, atención sociosanitaria, derivaciones a servicios de tratamiento, etc. Si bien estas estrategias y servicios han demostrado su efectividad (Li, Zhang, Koyanagi y Shibuya, 2012; Arkin, 2011) en la prevención de muertes por sobredosis o la disminución de las infecciones por VIH y hepatitis C, en la práctica llegan a usuarios inyectores de varios años de historia de consumo, haciendo que la reducción de riesgos se vea más limitada que si hubieran sido contactados antes de inyectarse o cuando se iniciaron (De la Fuente *et al.*, 2005).

Dentro de la red asistencial pública española, los dispositivos pensados para atender las necesidades relativas al consumo de drogas de aquellos/as que las toman por vía parenteral son, básicamente: centros de reducción de daños, unidades móviles, equipos de calle, las farmacias (las que ofrecen intercambio de jeringuillas) y los centros de tratamiento ambulatorio. En estos dispositivos se ofrece un abanico de servicios orientados a reducir riesgos y daños para el usuario de drogas por vía parenteral.

La reducción de riesgos en personas que se inyectan drogas se centra en dos aspectos clave: la reducción del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y la del riesgo de padecer reacciones adversas al consumo de drogas. Partiendo de aquí podemos encontrar diferentes tipos de programas y/o dispositivos:

Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) son los programas pioneros y básicos para prestar la reducción de riesgos y actualmente están presentes en casi todos los dispositivos de atención a los UDVP. Se basan en la distribución de material de inyección estéril de un solo uso y por lo tanto libre de contaminantes, de manera que los riesgos de infección o co-infección del usuario pueden reducirse drásticamente. Además, en estos programas se suele incluir la recogida del material de inyección usado, asegurando que su destrucción se hace de forma segura, y evitando y eliminando el abandono de parafernalia de inyección en espacios públicos, impidiendo paralelamente el riesgo a que otras personas se pinchen de manera accidental. Desde este punto de contacto con los usuarios de drogas inyectores, es muy recomendable favorecer el intercambio o distribución secundaria, es decir, que los usuarios del PIJ se surtan de material no sólo para su consumo particular sino también para aquellos que no acuden al PIJ. Estos programas se pueden implementar desde prácticamente cualquier tipo de dispositivo, ya sea en un centro de reducción de daños, centros de salud, farmacias, unidades móviles o equipos de calle.

Otros de los programas específicos para inyectores que proporcionan reducción de riesgos son las salas de consumo supervisado (SCS). En España se pueden encontrar en País Vasco y Cataluña, y consisten en espacios donde el usuario puede prepararse y consumir su dosis con material estéril, de una manera higiénica y con la supervisión de personal sanitario. Igual que en los PIJ, aquí también se reduce el riesgo de infección por enfermedades transmisibles, pero además se reduce el riesgo de muerte por sobredosis al 100% ya que hasta el momento no se ha declarado ninguna muerte en uno de estos espacios en todas las SCS del mundo (Delás, Priore, Pigem y Aguas, 2008; Andreo *et al.*, 2010). De hecho, si todos los consumos por vía inyectada se dieran en una sala de consumo supervisado, no habría transmisión de enfermedades por vía parenteral y no habría muertes por sobredosis (Andreo *et al.*, 2010), lo cual muestra la elevada importancia de que estos dispositivos amplíen su presencia en territorios donde hay consumo inyectado de drogas, vista su efectividad en la reducción de riesgos y daños.

Finalmente, no podemos dejar de hablar de la intervención socioeducativa o la educación sanitaria, como mecanismo de transmisión de estrategias preventivas. Ésta tiene la gran ventaja de poderse implementar desde cualquier dispositivo, sea un PIJ, una SCS o cualquier otro servicio o programa que esté en contacto con consumidores por vía inyectada. Si bien la educación, consejo o información tiene su razón de ser en la reducción de riesgos sobre todo en lo relacionado con la técnica de consumo y el consumo higiénico y la prevención de reacciones adversas, hay otros aspectos relacionados también con la reducción de riesgos que pueden ser cruciales, como son los aspectos psicológicos, sociales, laborales o legales. Además de esta variedad de dimensiones donde podemos intervenir, encontramos gran diversidad en las formas

de implementarlo, desde contactos breves en la calle o en una unidad móvil, hasta una intervención más extensa en un taller educativo estructurado en un centro físico, etc.

Es obvio que desde una sala de consumo, por ejemplo, la educación sobre el consumo higiénico y una técnica correcta va a ser mucho más efectiva, ya que se presencian los consumos, se identifican rituales, conocimientos, creencias, actitudes del usuario que permiten trabajar día a día sobre la práctica concreta, e individualizar la información.

Con respecto a la intervención socioeducativa, hemos de destacar dos líneas de actuación relevantes:

- Talleres educativos, sobre consumo higiénico, salud, sexo seguro, etc. y sobre todo, la educación en prevención y actuación en sobredosis, instaurada como programa en toda la red de atención a las drogodependencias, y mediante el cual se forma a los usuarios en la identificación de factores de riesgo, como evitarlos y como actuar en caso de sobredosis o reacción adversa a la sustancia. Desde esta intervención se pretende, además de la actuación en caso de emergencia, que los consumidores sean capaces de manejar su propio riesgo, y facilitar que desarrollen estrategias de prevención, así como fomentar que éstas sean transmitidas a otros consumidores.
- Los espacios de calor y café, socialización y cobertura de necesidades básicas, son otros de los servicios desde los que podemos ofrecer la reducción de riesgos. Se caracterizan por su cotidianidad y flexibilidad, suelen ser de baja exigencia y se adaptan a las necesidades de los usuarios. Surgen principalmente para ofrecer un espacio donde cubrir necesidades básicas como alimentación e higiene, así como también reposo y interrelación tanto con los profesionales como con otros usuarios. Desde aquí, se suelen detectar otras necesidades ya sean de salud, sociales, legales o emocionales, y se puede proporcionar el recurso directo, una derivación a otros servicios o bien su acompañamiento.

En general, para los programas e intervenciones ya existentes hay ciertas recomendaciones que consideramos especialmente válidos para la mejora de la efectividad del servicio:

- Garantizar la baja exigencia o bajo umbral de los programas.
- No vincular la admisión de un usuario a ningún tipo de documentación o registro municipal (p.e. empadronamiento).
- Asegurar la confidencialidad y anonimato de los usuarios.
- Maximizar y extender cobertura geográfica y horaria de PIJ y SCS.

En estos dos dispositivos:

- No limitar el número de jeringuillas que se distribuyen en función de las jeringuillas usadas retornadas.
- No limitar el número de visitas al día por usuario, ni en PIJ ni en SCS.
- Nunca penalizar un comportamiento restringiendo la distribución de jeringuillas.

En una SCS:

- Permitir la venopunción en cualquier zona del cuerpo.
- No restringir el consumo según consumos de sustancias previas.
- Favorecer, promocionar y potenciar el boca a boca, o disponer de equipos de proximidad o *outreach* para contactar con clientes potenciales.

Limitaciones para la transmisión de mensajes; centros, profesionales y usuarios

En la actualidad, y generalizando, los centros presentan ciertas limitaciones para poder intervenir desde la reducción de riesgos desde cero (cuando todavía la persona no presenta ninguna consecuencia negativa causada por el consumo), no obstante, como ya hemos mencionado, a pesar de la presencia de daños reales siempre existirán otros riesgos de tipo transversal.

Quizás haría falta remitirnos a la aparición de la mayoría los programas de reducción de daños a finales de los años ochenta y principios de los noventa, cuando en España se sufría la mayor mortalidad entre los consumidores de drogas que compartían jeringuillas, por sobredosis y SIDA. Estos recursos se plantearon como una medida de emergencia y se centraron en los consumidores inyectores que en general presentaban unas condiciones sociosanitarias muy deprimidas. Si bien hoy en día seguimos atendiendo a gran parte de usuarios con las mismas características, se nos plantea también el reto de anticiparnos a la aparición de estas condiciones como consecuencia del consumo. Por ejemplo, esta focalización en el consumidor inyector hasta hace poco dejaba al consumidor por la vía pulmonar sin información adecuada sobre la reducción de riesgos y daños relacionados con su vía de consumo, sin parafernalia segura gratuita que se pueda dispensar desde los servicios y por supuesto, sin espacios de consumo. En los últimos años, esto ha tendido a cambiar, abriéndose los recursos a estos consumidores, con talleres educativos y espacios para el consumo, no obstante, el material de consumo y la cobertura sigue siendo escasa.

Otra característica de los recursos existentes es que tradicionalmente se dirigen, como ya hemos dicho, a un perfil sanitariamente deteriorado, ya que surgen en plena crisis del VIH y hepatitis, y por tanto, las intervenciones se han centrado mucho en la detección, seguimiento y tratamiento de enfermedades infecciosas, y se dirigieron mucho a la prevención técnica (salas y parafernalia estéril) y a la atención de personas ya infectadas.

En esta misma línea, el profesional puede verse condicionado y centrar su atención en el consumidor más deteriorado, y percibir como menos urgente la atención al personal que no padece ningún “daño”. Por contra, también puede darse la situación de que ante la presencia de usuarios muy jóvenes haya una

sobrerreacción, una alarma manifiesta que ahuyente al usuario, lo que no deja de confirmar la poca preparación técnica y experiencia que se tiene al atender a este perfil de usuarios.

Por último, no olvidemos que el tipo de consumo que estamos tratando requiere que la intervención sea muy adaptada a los efectos del mismo. Éstos pueden mermar la atención o comprensión de la información, por lo que van a tener que ser breves, concisos y repetirse frecuentemente, pero sin ser paternalistas, pesados u ofendan la inteligencia y capacidad de las personas.

Propuestas de cómo trabajar la reducción de riesgos entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Información y estrategias de trabajo

Como hemos visto, el usuario más susceptible a recibir información, mensajes y estrategias de reducción de riesgos son los usuarios generalmente jóvenes principiantes en su consumo por vía parenteral. Sin embargo estos usuarios son casi invisibles en los centros clásicos de atención al consumidor de drogas. Esto puede explicarse por la falta de identificación con la imagen del consumidor habitual que hace uso de estos recursos, que suele estar más deteriorado y estigmatizado. Esta actitud refractaria da pie a que estos consumidores incipientes hagan contactos muy inconstantes con los servicios de reducción de daños, y que éstos estén centrados en necesidades concretas (por ejemplo, jeringuillas o parafernalia de consumo).

Para poner ejemplos de personas que entrarían en este perfil, podrían ser personas que después de estar un par de días de fiesta y consumir otras drogas (generalmente estimulantes) quieren acabar con la sinfonía psicoactiva del fin de semana con una dosis de heroína en vez de con psicodépresores como las benzodiazepinas (trankimazin®, valium®, rivotril®)

En general se podrían percibir –y se perciben– desde los servicios asistenciales como usuarios “poco demandantes” o personas que requieren de poca atención, sin embargo se trata de un perfil de usuario que justamente por estas circunstancias —porque está próximo a un consumo problemático, pero tiene suficiente capacidad y herramientas cognitivas– es más susceptible de poder incorporar estrategias para reducir el impacto del consumo inyectado en su vida.

En estos usuarios es importante trabajar estrategias y mensajes que hagan referencia a situaciones cercanas a su consumo y a su contexto, es decir, no hablar de una futurible situación de adicción o pérdida total de relaciones personales, ya que como dijimos, no se sienten identificados con esas situaciones, a pesar de que puedan significar riesgos importantes.

Se puede intervenir hablando de los riesgos generales que entraña el consumo por vía parenteral de las drogas que se consume (por lo general heroína, cocaína, ketamina). En este manual encontrarán información exhaustiva sobre

estas sustancias y como reducir sus riesgos. Sin embargo, cabrá insistir en el hecho de que el cambio de vía (por lo general de esnifada a inyectada) aumenta considerablemente los riesgos asociados a su consumo, especialmente el riesgo de sufrir sobredosis, la potencialidad de los efectos tanto de subida como de bajada, el aumento de la tolerancia de la sustancia, y por supuesto los riesgos de infección de enfermedades que se transmiten por vía sanguínea como la hepatitis C o el VIH.

Desde el punto de vista de la gestión del consumo, será importante ayudar a visibilizar al usuario el lugar que ocupa dentro de la escala de consumo (consumo experimental, recreativo, ocasional, habitual y adictivo). Así, el usuario/a podrá situar cuál es, en términos de frecuencia, su límite para un uso manejable, responsable y saludable (consumir no más de dos fines de semana, o de una vez al mes). Marcarse un límite es poner un punto de alarma que ayuda a reflexionar cuando éste ha sido rebasado, y poder iniciar un proceso de cambio.

En cuanto a temas relacionados con la prevención de la salud, vale la pena insistir en que los nuevos inyectores son inexpertos en todo el ritual del consumo, y esa experiencia puede ser adquirida de otros usuarios más antiguos que hayan incorporado prácticas riesgosas. En este sentido debemos insistir en que la mejor manera de reducir los riesgos asociados a un consumo parenteral es hacerlo en una sala de punción higiénica donde el riesgo de contagiarse o de sufrir una reacción adversa disminuye drásticamente. En el caso de que no pueda o no quiera volver a acudir al centro, que consuma siempre con materiales higiénicos, no solamente la jeringuilla sino el filtro, la cazoleta y la goma de presión, si quiere evitar contagiarse de enfermedades como la hepatitis C o el VIH. En el caso de compartir una dosis con otra persona, hacerlo siempre con material nuevo y en el caso de no tenerlo, dividir la dosis antes de diluirla en agua.

Respecto a los riesgos económicos, vale la pena hacer notar que uno de los primeros síntomas de mantener una relación problemática con las drogas es la falta de dinero, y esto pasa especialmente entre los usuarios de cocaína y de heroína. Marcarse un límite económico en el consumo de drogas puede facilitar la gestión del mismo.

Un aspecto a cuidar especialmente es el aspecto relacional, puesto que los usuarios de drogas por vía parenteral sufren un estigma mayor que los usuarios de drogas por otras vías, aunque ambos consumos puedan ser recreativos, o no especialmente dañinos. Esa autoimagen estigmatizante del consumidor por vía inyectada puede conducir a prácticas de inyección riesgosas como la inyección en solitario de heroína. En la medida de lo posible es recomendable consumir en un espacio asistido o en su defecto, hacerlo acompañado por un compañero. Normalizar el consumo no tiene porqué significar que éste

sea problemático ni que sea para siempre. Normalizar el consumo puede ser también un primer paso para cambiar, como en otros aspectos de la vida de las personas, esta conducta. Otra sugerencia para disminuir los riesgos asociados al aspecto relacional del usuario, es mantener relaciones afectivas con personas no usuarias de drogas. Éstas serán siempre el referente de la realidad comúnmente compartida y en el caso de sentirse fuera de ella, la relación por causa de un mal uso o un abuso de drogas, poder volver a ella a través del vínculo afectivo de otras personas, puede facilitar el proceso.

Éstas son algunas estrategias que creemos que pueden incorporarse y ser válidas. Sin embargo hay profesionales con un gran recorrido experimental en el terreno que podrán complementar y matizar las aquí descritas.

Referencias bibliográficas

- ANDREO, Lorena; PEÑA, Juan Ramón; BOLINAGA, Andra Mari; ADÁN, Elena; SERRA, Lluís; VILCHEZ, Antonio; KISTMACHER, Rosa; GRIFOLS, Montserrat; IANNELLO, Davide; MARTÍNEZ, Raquel; MARTÍNEZ, María; DÍAZ, Olga & DELÁS, Jordi (2010). *Salas de consumo por vía inyectada: el final de la transmisión parenteral del VIH entre consumidores de drogas*. Póster presentado en el XIII Congreso Nacional sobre el Sida. Santiago de Compostela. España.
- ARKIN, Eli (2011). "Studies confirm effectiveness of harm reduction for people who inject drugs". *HIV/AIDS Policy & Law Review / Canadian HIV/AIDS. Legal Network*, 15 (3), 29.
- DE LA FUENTE, Luis; BARRIO, Gregorio; ROYUELA, Luis; BRAVO, María José & "The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration" (1997). "The transition from injecting to heroin smoking in three Spanish cities". *Addiction*, 92 (12), 1749-1763.
- DE LA FUENTE, Luis; BRUGAL, María Teresa; BALLESTA, Rosario; BRAVO, María José; BARRIO, Gregorio; DOMINGO, Antonia; SILVA, Teresa & AMBRÓS, Mireia (2005). "Metodología del estudio de cohortes del proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes". *Revista Española de Salud Pública*, 79 (4), 475-492.
- DELÁS, Jordi; PRIORE, Ana Giselle; PIGEM, Anna & AGUAS, Margarita (2008). "Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada". *Medicina Clínica*, 130 (1), 35.
- DELÁS, Jordi; ADÁN, Elena; DÍAZ, Olga; AGUAS, Margarita; PONS, Montserrat & FUERTES, R. (2010). "Smoked cocaine in socially-depressed areas". *Harm Reduction Journal*, 7 (1), 27.
- EMCDDA (2010). *National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Spain: New developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- GARFEIN, Richard; DOHERTY, Michael; MONTERROSO, Edgar; THOMAS, David; NELSON, Kenrad & VLAHOV, David (1998). "Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18 (Suppl 1), 11-19.
- HAGAN, Holly; THIEDE, Hanne & DES JARLAIS, Don C. (2004) "Hepatitis C virus infection among injection drug users: survival analysis of time to seroconversion". *Epidemiology*, 15 (5), 543-9.
- LI, Jinghua; GILMOUR, Stuart; ZHANG, Haiqiang; KOYANAGI, Ai & SHIBUYA, Kenji (2012). "The epidemiological impact and cost-effectiveness of HIV testing, antiretroviral treatment and harm reduction programs". *AIDS*, 26 (16), 2069-2078.

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

Tre BORRÀS CABACÉS

Servei de Drogodependències HUSJ. Pla d'accions sobre drogues de Reus
tborras@grupagessa.com

Joan TRUJOLS ALBET

Unitat de Conductes Addictives. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Grup Igia, Barcelona
joan.trujols@gmail.com

No solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte (Morin, 2001: 107).

Introducción

La fiesta, la calle, el hospital, la comunidad terapéutica, la unidad de patología dual, el squat y un largo etc., son el recorrido o unas estaciones que en muchos casos son casi de parada obligatoria para aquellos que montaron en el tren de la adicción o de los usos problemáticos de sustancias psicoactivas.

En el intento de plasmar algunas reflexiones, no una narración exhaustiva, sobre como hemos organizado nuestro quehacer en relación a la atención del fenómeno del uso y abuso de sustancias psicoactivas o drogas –como son llamadas popularmente o en terminología anglosajona– desde que empezamos en los años ochenta hasta la actualidad, nos interesa destacar aquellos aspectos que han facilitado la aproximación al fenómeno desde una perspectiva de disminución de daños y riesgos. Queremos abarcar el espectro que se define entre la abstinencia absoluta y el consumo activo de las sustancias psicoactivas y psicótropas y sus diferentes usos y abusos. Vamos a referirnos a las patologías derivadas de ello, las toxicomanías, drogodependencias y/o adicciones, términos que han acabado siendo sinónimos. Estas denominaciones se han utilizado en función del momento o han ido cambiando –en ocasiones– con la intención de dignificar y respetar desde las redes asistenciales y sociales a los usuarios de nuestros dispositivos. Son muchos los aspectos que podemos contemplar y también los diferentes posicionamientos ideológicos.

Aspectos clave en la evolución de la implantación del paradigma de disminución de daños y riesgos en el ámbito asistencial

De acuerdo con Drucker (1995), puede afirmarse que muchas de las consecuencias más destructivas y de los problemas refractarios del consumo de drogas ilegalizadas no son el resultado de las drogas *per se*, sino de las leyes y políticas sobre drogas, es decir, la ilegalización de dichas sustancias

y la criminalización del usuario. En este sentido, tal como reconocen Grund *et al.* (1992a, 1992b), debería propiamente hablarse de daños vinculados con las disposiciones jurídicas sobre drogas.

Algunos autores (Fromberg, 1995; Nadelmann, 1993) señalan que dentro del movimiento de la reducción de daños coexisten prohibicionistas y partidarios de la legalización o, en palabras de Nadelmann (1993): prohibicionistas progresistas y progresistas pro legalización. Por ejemplo, Bonino (1998: 11)¹ afirma que:

(...) Seguimos dentro de la lógica de la sensatez al revés: el peso de la prueba debería estar obviamente a cargo de los partidarios de la prohibición; son ellos los que deben demostrar la eficacia de las políticas en vigor desde hace varias décadas, en vez de pontificar sobre los posibles fracasos de planteamientos alternativos que ni siquiera quieren probar.

Como es evidente, aparece una gran variabilidad de perspectivas según el punto de aproximación y en ocasiones con una gran fragmentación en la aprehensión del fenómeno, que no responden a su complejidad y al hecho de que capilariza los diferentes niveles del individuo, de su entorno microsocia l y del contexto macrosocia l y geopolítico.

De todas las personas que utilizan drogas ilegales, sólo una pequeña parte encaja con los servicios de tratamiento, o al menos eso se piensa. Mientras que muchas de estas personas que usan estas drogas no necesitan tratamiento, se estima que acceden a los servicios al menos alguna vez, pero, sólo una minoría de usuarios dependientes se beneficiarán del tratamiento (Treloar y Holt, 2006).

Por tanto, la respuesta asistencial no debe pretender apriorismos en relación con la abstinencia ni una interacción instructiva sino que tiene que contemplar un posible acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 2004) para lograr relaciones que posibiliten cambios, de mínimos a máximos, en función de los múltiples y singulares elementos que caracterizan las demandas y las respuestas en un momento y lugar concretos.

El primer cambio en la denominación de toxicomanías a drogodependencias se produjo en la segunda mitad de los años ochenta, después de la oleada de consumo de heroína y de la alarma reactiva que se generó. Luego vendría la pandemia del SIDA, que paradójicamente aceleró la crisis que facilitó lo que podríamos llamar el cambio de paradigma y el desarrollo de las estrategias de disminución de daños y riesgos. Es importante, sin embargo, destacar que hubo un contexto previo de fracaso de las respuestas en vigor, un cuestionamiento del modelo médico tradicional y una inhibición, en muchas ocasiones, del rechazo desde la red de la psiquiatría clásica (Trujols, Salazar y Salazar, 1999).

Diferentes autores señalan ejemplos concretos de políticas e intervenciones anteriores a la aparición del VIH, remontándose algunos incluso al siglo

1. Emma BONINO, "La extraña sensatez de los zares antidroga". 12 de marzo de 1998.

xix (Nadelmann, McNeely y Drucker, 1997), claramente subsumibles en los planteamientos de la reducción de daños, demostrando que no se trata de una perspectiva o abordaje nuevo sino con orígenes anteriores a la epidemia del SIDA (Berridge, 1993; Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Policy, 1996; Erickson, 1995; Strang, 1993; Strang y Farrell, 1992; Velleman y Rigby, 1990). No obstante, como reconocen Des Jarlais, Friedman y Ward (1993), dicha epidemia ha propiciado una mayor profundización y elaboración de la perspectiva de reducción de daños y ha sido el principal motivo por el que líderes políticos inicialmente reacios han permitido la implementación de este tipo de programas.

Este nuevo contexto supuso una ampliación de la mirada y de cambio de actitudes hacia el fenómeno, cuando menos de mayor aceptación –poco reflexiva si se quiere– de que los modelos asistenciales orientados en exclusiva a la abstinencia eran insuficientes. No procedía continuar con actuaciones más centradas en la sustancia que en el sujeto y sus relaciones. Dichas respuestas parciales eran poco efectivas y las actuaciones ya no podían tener aquel grado de rigidez propio de la improvisación inicial, a pesar de las buenas intenciones de aquellos que se atrevieron a actuar en un contexto de rechazo y negación, tanto hacia los usuarios como hacia los profesionales, especialmente en los contextos sanitarios y psiquiátricos más formales, desplazando las respuestas al contexto de unos servicios sociales que también estaban buscando nuevas identidades (Romaní, 1999; Romaní, Baulenas, Borràs, Fernández y Sánchez, 1993).

En la descripción evolutiva del fenómeno del consumo de sustancias y las respuestas asistenciales, tenemos que resaltar como elemento de gran peso específico su representación social, de características alarmistas y excluyentes, que tuvo en un primer momento más relevancia que algunos estudios y que las experiencias en otros países. Además, también se asumió de forma acrítica el discurso imperante de procedencia norteamericana de guerra contra las drogas que ha infiltrado desde estructuras de poder político y económico hasta la población afectada por el fenómeno. Deconstruir esta narrativa es parte de la intervención de los programas de disminución de daños y riesgos en los contextos clínicos y comunitarios.

Todo ello puede explicar también que actualmente todavía encontremos servicios con ubicaciones extrasistema sociosanitario, tanto los que han sido desarrollados por organizaciones altruistas con apoyo de distintas organizaciones religiosas como algunos servicios –ya muy extraños hoy en día– que en ocasiones han mantenido una autonomía marginal y han favorecido indirectamente la exclusión de grupos de usuarios y también de determinadas intervenciones (pruebas diagnósticas de patología orgánica asociada, atención psicosocial, cobertura sanitaria y farmacológica, psicoterapias, etc.) dificultándose, en definitiva, la accesibilidad a las redes normalizadas por no existir los circuitos de derivación.

En este sentido, la difusión e implementación de la filosofía de disminución de daños y riesgos a diferentes niveles tanto en el sistema formal (servicios asistenciales hospitalarios, ambulatorios, extra hospitalarios, hospitales de día, centros de día, centros de actividades, comunidades terapéuticas, etc.) como en el informal o de nueva creación, que a su vez se ha ido formalizando en algunos contextos incluyéndose en planes de actuación municipal (centros de encuentro y acogida, salas de consumo supervisado en lugares fijos y también en el contexto de consumo que suele estar cercano al contexto de venta [espacios de venopunción asistida, unidades móviles de atenciones mínimas, programas de intercambio de jeringuillas móviles...] e incluso vinculado a dicho contexto de venta [*basements* de Rotterdam, unidades móviles y programas de intercambio de jeringuillas]), ha facilitado el trazado y desarrollo de estos circuitos, pudiéndose articular intervenciones del sistema sanitario público con recursos que cubren necesidades elementales de colectivos de usuarios que presentan trastornos ligados a la cronicidad en el consumo y a situaciones de precariedad biopsicosocial, con la finalidad de evitar procesos de marginalización continuos.

En un segundo momento o cambio de denominación, pasamos a utilizar de forma más generalizada el término adicciones en lugar de drogodependencias y, casi simultáneamente en la primera década de los años dos mil, se produjo el uso generalizado del término y conceptualización pragmática de la patología dual, que ya había sido acuñado por Solomon, Zimberg y Shollar en 1993. A partir de esta variación aparece la previsión, diseño y puesta en marcha de dispositivos bisagra entre la red específica de drogas y la de salud mental. El prototipo son las Unidades de Patología Dual, ubicadas en los grandes hospitales psiquiátricos –también en fase de transformación– adecuándose un espacio de hospitalización independiente del resto de unidades de agudos y de rehabilitación hospitalaria, funcionando con una dinámica propia. Los objetivos del tratamiento son mixtos, compensación/tratamiento del trastorno psicopatológico y de la adicción o abuso de sustancias. En nuestra experiencia podemos afirmar que las tres Unidades de Patología Dual que están en funcionamiento en la actualidad en Cataluña también empezaron ya compartiendo estrategias de disminución de daños y riesgos en su propuesta de intervención psicoeducativa.²

En las redes asistenciales simultáneamente hay un acercamiento entre los centros de salud mental y los servicios de atención a adicciones, en ocasiones por asimilación de los de drogas por los de salud mental o bien por articulaciones diversas manteniendo las identidades originales. Este progresivo acoplamiento se puede atribuir más a los aspectos de gestión vinculados con los modelos de las empresas proveedoras de servicios a las administraciones

2. Para conocer más acerca de la organización de recursos de salud mental y adicciones en Cataluña puede consultarse el “Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya” Disponible en <<http://bit.ly/V9cELs>>.

públicas en los diferentes territorios, que a otro tipo de planteamientos relacionados con la atención más integral del sujeto.

En la primera línea de atención se ha tratado de evitar la tendencia a la fragmentación del usuario y del sistema asistencial, junto a actitudes de carácter omnipotente, que son sin duda, un elemento de dificultad para poder avanzar en una perspectiva de continuidad de la cura. “Una fórmula de organización que permite entender la demanda del usuario como un acto único centrado en un proceso, lo cual hace imprescindible la óptima coordinación entre los diversos niveles de atención en su sentido más amplio” (Martí y Borràs, 2006).

Esta evolución en la denominación transcurre en paralelo con la incipiente introducción en los primeros años del cuestionamiento de las respuestas, que se articulaban en lo que posteriormente se llamarían programas libres de drogas, en contraposición de aquellas aproximaciones terapéuticas que no priorizaban la abstinencia a las sustancias y sí proponían un acercamiento a la persona, a sus relaciones y a su entorno, desde una posición de mayor respeto hacia los individuos y comprensión de su realidad con la voluntad de minimizar daños a partir de un rol más activo y participativo de los destinatarios de la atención (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996).

Los cambios que se han producido en relación a las tipologías de consumo y consumidores de heroína y cocaína principalmente, han ido conformando las diferentes representaciones sociales del fenómeno y sus versiones a nivel asistencial. Todas ellas teñidas por el prohibicionismo imperante y exentas en un primer momento de una experiencia en el trato a las personas con problemas de consumo de sustancias. La presencia de consecuencias físicas y psíquicas derivadas de ello, en muchos casos relacionadas con el estatus legal de la sustancia y las condiciones de marginalidad y rechazo que les acompañaban y algunos daños colaterales más allá del contexto estricto del consumo –como puede ser la precariedad del hábitat– han ido evolucionando y manteniendo la unidad invariable de adicción y cronicidad. Es importante dar cabida en la respuesta asistencial y terapéutica a la cobertura de necesidades básicas, como puede ser la vivienda. Experiencias alternativas como los squats en Marsella para personas con patología psiquiátrica y adicciones, aportan soluciones básicas y creativas, a partir de la movilización de recursos colectivos, de la interrelación entre equipos hospitalarios que trabajan con proyección comunitaria, asociaciones y vecindario, se optimizan las intervenciones médicas y se instrumenta una respuesta de mayor calidad psico-social (Girard *et al.*, 2008).

La intervención comunitaria, en el ámbito de la toxicomanía, se propone trabajar con el conjunto de problemas relacionados con las drogas. Una nueva aproximación a las drogodependencias aparece y propone una asociación triangular entre las tres fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y social, los propios usuarios y la población que pertenece al tejido social en el que se inscriben los problemas. Esta aproximación propone una revolución copernicana donde el centro de atención se desplaza del profesional hacia el mismo tejido social (Cavalcanti, 2004: 123).

A su vez, en los dispositivos asistenciales también se ha atendido a personas con consumos más aceptados socialmente por el hecho de que eran «más legales», especialmente el alcohol y el tabaco. Asimismo, en los últimos quince años, del consumidor de heroína se ha dado paso a otro tipo de consumo y consumidor de cocaína y sobre todo a un policonsumo más generalizado, generando patologías derivadas como los cuadros psicóticos secundarios a consumos compulsivos de cocaína inyectada. Estos cambios también han provocado una diferenciación y clasificación a tener en cuenta en el análisis de cómo se desarrollan y distribuyen las respuestas y relaciones en el sistema asistencial como, por ejemplo, la inclusión de dispositivos de consumo supervisado en el contexto de un centro asistencial (Daigre *et al.*, 2010; Gonzalvo *et al.*, 2011).

A pesar de dar mayor protagonismo a la persona en su complejidad, actualmente en lo cotidiano de los dispositivos asistenciales acabamos haciendo uso de la etiquetación que supone la sustancia, principal motivo de la relación con el recurso. Ello deriva de la necesidad de cuantificación de la actividad asistencial que nos exige el ámbito institucional para valorar la actividad tanto para la planificación de los recursos y sus inversiones económicas, así como la estructuración de datos para elaborar estudios e investigaciones. En ocasiones resulta complicado abstraerse en el día a día de las cuestiones relacionadas con los consumos y las sustancias, para priorizar a las personas y sus historias personales y no generar exclusiones tanto en discriminación positiva como negativa.

Aspectos generales para el desarrollo de programas de acción-participación

Estos programas los enmarcamos en el continuum de objetivos de disminución de daños y riesgos asociados a las adicciones, su tratamiento desde el ámbito clínico-asistencial, la inclusión social y la puesta en marcha de programas desde los dispositivos asistenciales en el ámbito comunitario y en colaboración con los servicios de salud pública de las instituciones públicas y privadas del ámbito local.

En cada contexto es recomendable desarrollar acciones y actividades adecuadas y adaptadas, orientándonos a partir de las siguientes consideraciones:

Aceptación y normalización del consumo de sustancias

Introducir en el discurso y en la acción, la aceptación y normalización del consumo de sustancias, significa disminuir la vulnerabilidad del consumidor de drogas, sobreañadida a causa de las condiciones de ilegalidad en que se sitúa su comercio y consumo (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996). Esta situación de ilegalidad dificulta el conocimiento de la sustancia que se compra y que se consume a dos niveles: a nivel real en cuanto a calidad y composición de la sustancia en si misma, y a nivel simbólico, puesto que el desconociendo en gran medida de su realidad como objeto pasa a ser objeto mítico. Por ello, sus efectos pasan a depender más de lo imaginado y esperado que de su ca-

pacidad como objeto por si mismo. Las políticas de disminución de riesgos, al ganar espacios al comercio ilegal, devuelven a las sustancias sus cualidades intrínsecas y pueden con ello modificar su valor para el consumidor.

En el caso de sustancias de curso legal, en este momento también estamos apreciando cambios debido a las nuevas legislaciones en relación al consumo de tabaco y alcohol y ya aparece un rechazo que se extiende más allá del consumo al consumidor. Tratando a los consumidores como grupos homogéneos cuando en clínica sabemos que es muy importante poder diagnosticar diferencias, tendencias o metáforas diagnósticas a modo de guías (Linares, 1996) para que nos faciliten imágenes útiles para el desarrollo de estrategias para una mejor gestión del consumo o de la adicción y de otros trastornos psicopatológicos asociados. Un ejemplo de modelo para valorar la adicción, es el Test de Fageström, para la identificación de algunas características del fumador, que nos darán información sobre el grado de dificultad para abandonar el consumo, de una forma radical si este es el objetivo del fumador, o poder mantener un consumo menos riesgoso o bien establecer un plan progresivo de cesación tabáquica, y qué tipo de tratamiento sustitutivo o farmacológico recomendar además del apoyo psicológico.

Aceptación y normalización de un posible uso menos arriesgado y problemático

Bajo la práctica del uso de drogas se contienen realidades muy diferentes, tanto en lo que se refiere al poder de la sustancia, como en las diferentes formas de uso, así como expectativas en su consumo en diferentes contextos. Estas diferencias significan a su vez niveles muy diferentes de riesgo en la acción del consumo.

Es importante abandonar la asimilación estereotipada “uso de drogas = dependencia = situación de riesgo”. Existen usos no problemáticos y experiencias de uso positivas que deben dejar de silenciarse, pues son también realidades asociadas al consumo de drogas. Conocer y divulgar también esas formas de uso significa equilibrar la visión tremendista bajo la que se ha construido la información en relación al consumo de drogas.

En nuestra realidad sabemos sobre el uso del alcohol –ciertamente es innegable que hay una problemática importante relacionada con determinados usos– que hay una parte importante de la población que lo bebe de una forma moderada. En los países mediterráneos el conocimiento de usos incorporados de forma normalizada, podrían ser factores protectores de determinadas formas de consumo más compulsivas y riesgosas propias de sociedades que no tienen una tradición vitivinícola milenaria, y por tanto carecen del conocimiento para usos lúdicos y no lúdicos relacionados con la degustación y un manejo aceptable.

Asimismo, por ejemplo, el uso de cannabis en otras culturas puede ser comparable al uso del alcohol en la nuestra.

Aceptación de la existencia de conductas y prácticas de riesgo que aumentan las probabilidades de transmisión de enfermedades

Esta aceptación ha sido hasta el momento el marco de acción de gran parte de los programas de reducción de riesgos que se han desarrollado. Debemos aceptar que, más allá de la información que pueda existir, se producirán consumos arriesgados y, en consecuencia, es obvia la necesidad de facilitar desde todos los cauces posibles, elementos para disminuir dicho riesgo, acercando al consumidor los objetos y medios que le permitan integrar medidas menos arriesgadas en su consumo (jeringuillas, preservativos, análisis de las sustancias a tomar, naloxona para la prevención de sobredosis por opiáceos, etc.) y facilitar pruebas que permitan objetivar la situación cuando no se ha actuado de una forma segura.

Es importante diversificar este tipo de programas y desarrollarlos en diferentes contextos. Por ejemplo, los programas de intercambio de jeringuillas se pueden implementar tanto en la escena de consumo, a través de programas *outreach*,³ como en las oficinas de farmacia (Markez, Iraurgi y Póo, 2002), en los servicios de urgencias de hospitales o mediante máquinas dispensadoras (Llort, Borràs, Paraire y Salvadó, 2009), por la manifiesta importancia de la participación social en estos procesos (Ilundain y Borràs, 2001).

También es positivo adecuar salas de consumo supervisado adaptadas a diferentes tipos de consumo y sustancia según su ubicación.

Normalización de la información sobre sustancias psicoactivas tanto en sus aspectos saludables, insalubres, legales, etc.

Es necesario suministrar una información amplia en la que se recojan todos los aspectos relacionados con el consumo de la sustancia, bajo una perspectiva de información dirigida a personas responsables, capaces de decidir opciones y asumir consecuencias. Así la información puede aparecer con mayor nivel de objetividad y, en consecuencia, aumentar su nivel de credibilidad. Ello permite que la información sea recibida en su amplitud y las personas elijan y puedan implicarse en dicha elección en cuanto a formas de consumo.

Actualmente, las formas para facilitar e intercambiar estas informaciones son muchas y por supuesto es importante vehicularlas a través de las redes de comunicación social, sin olvidar, otros sistemas que permitan la interacción en vivo y en directo.

3. Los programas conocidos como *outreach* más comunes, son los que distribuyen material de inyección estéril y preservativos, así como folletos y cómics, generalmente diseñados por los propios usuarios, que describen los pasos a seguir para una inyección más segura (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996; Gilman, 1992).

Realización de acciones con la finalidad de disminuir daños derivados de la situación legal de las sustancias

La ilegalidad comporta en sí misma un conjunto de riesgos, además genera una desviación al ensayar la situación de ponerse al margen o límite de lo legal y de la trasgresión. Imprime a las sustancias, y al hecho del consumo, una imagen cultural y un proceso relacional que facilitan la identificación de grupo y la definición desde la trasgresión que favorece procesos de desviación social. En el contexto asistencial, por ejemplo, atendemos demandas relacionadas con sanciones administrativas por tenencia de pequeñas cantidades de sustancias, en muchas ocasiones se trata de personas jóvenes que han sido sorprendidas en un espacio público mientras fumaban un cigarrillo de marihuana, por ello han sido sancionados y además se les ha requisado el producto. En este caso se pueden acoger a un programa informativo-educativo-terapéutico y se suspende el procedimiento sancionador en el caso de que sigan el proceso y podamos informar al sistema sancionador observando las normas de confidencialidad (Sardà, 2001).

Implicación y participación de la comunidad y de los usuarios de sustancias en los programas de educación, información y prevención

Los programas de reducción de riesgos permiten el desarrollo de estrategias de trabajo comunitario. Parten de realidades concretas que pueden ser definidas por el conjunto de sus integrantes, desde el ciudadano respetuoso con la ley e implicado con la problemática de las drogas y desde su visión de riesgo social, hasta el consumidor y pequeño traficante.

Con este planteamiento, se facilita la emergencia de los diferentes discursos, las realidades diversas pueden ser compartidas, el saber de cada uno puede ampliarse a un saber común, y la complejidad atrapada en el consumo de drogas puede hallar cauces de incorporación en las realidades de promoción y activación de un contexto social determinado.

A través de la experiencia del trabajo comunitario, se experimenta la dificultad de trabajar desde la legalidad una situación definida bajo la ilegalidad. Se comprueba cómo actúan los mecanismos sociales favorecedores de marginación y desviación. Se trabaja con objetivos para facilitar la emergencia de lo oculto, lo que subyace bajo escenarios de exclusión.

¿Cuáles son los conceptos o ideas clave que han sido importantes desde nuestra experiencia en un centro hospitalario para la composición de los equipos de tratamiento y atención de las adicciones, sus acciones y funciones?

Cuando una red asistencial se organiza a partir de iniciativas diversas, que coexisten en el tiempo y en el espacio, para dar respuesta a demandas y

necesidades que surgen, tanto de los usuarios de los futuros dispositivos, sus familiares como de los profesionales sociosanitarios que entran en relación con ellos en contextos no específicos, es importante tener en cuenta todo aquello que se puede atender en las redes ya existentes y a su vez desarrollar nuevos recursos específicos para facilitar la accesibilidad, la respuesta a la especificidad y no generar exclusión con la propia acción. Para conseguir incluir nuestra actuación en el marco de este paradigma, proponemos esta relación de ítems a modo de guía de buenas prácticas:

- Reconocer que estamos ante un problema complejo con implicaciones en lo biopsicosocial.
- Atender la singularidad de cada sujeto y dar respuestas diversificadas en el espacio y el tiempo.
- Facilitar la accesibilidad y atender la diversidad en todas sus variantes.
- Tener especial sensibilidad hacia grupos con características diferenciales que requieren de actuaciones específicas y concretas.
- Ser capaces de iniciar itinerarios terapéuticos a partir de propuestas de cambios mínimos, planteando procesos terapéuticos sin necesidad de que incluyan la abstinencia a la sustancia principal que origina la demanda (Cunillera, 2006).
- Facilitar la convivencia en un mismo contexto asistencial de usuarios muy diferentes y con intereses muy diferentes. Atender demandas orientadas a la abstinencia y al cambio. Dar facilidades a quienes deseen y decidan abandonar el consumo en un proceso de evolución crónica.
- Prescribir y dispensar tratamientos –en los casos en que sea necesario– farmacológicos, psicofarmacológicos, incluidos los sustitutivos opiáceos y nicotínicos.
- Atención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos y los que se presentan por el consumo crónico de sustancias estimulantes y otras sustancias psicoactivas (Roncero, Ros-Cucurull, Daigre y Casas, 2012; Torrens, Gilchrist, Domingo-Salvany y psyCoBarcelona Group, 2011).
- Desarrollar la consulta e intervención a las personas hospitalizadas durante su estancia en los diferentes servicios del hospital con programas sustitutivos o de desintoxicación a demanda. Mediar entre el usuario/a hospitalizado y los profesionales del servicio que le atienden para facilitar la relación y el tratamiento. Estas intervenciones terapéuticas durante los ingresos hospitalarios son necesarias en tanto en cuanto, por motivos de salud y legales, los pacientes tienen que mantener la abstinencia al consumo habitual de sustancias que pueden producir síndrome de abstinencia. También el ingreso hospitalario puede ser una oportunidad para recibir ayuda, no solo en el caso de la dependencia del alcohol, heroína, cocaína, sino también del tabaco. Incrementar las facilidades para el abandono del tabaco, ofreciendo terapias sustitutivas de nicotina pone a disposición de los fumadores recursos, que les permiten decidir en mejores condiciones después del alta hospitalaria la cesación o continuar con el hábito de fumar en otras condiciones (Roig Cutillas *et al.*, 2001).
- Sensibilizar a los diferentes servicios hospitalarios sobre la conveniencia de la atención especializada a la adicción durante los ingresos hospitalarios y en las unidades sociosanitarias y de cuidados paliativos.

- Facilitar protocolos de tratamientos sustitutivos y de desintoxicación en función del tipo de adicción.
- Romper con los convencionalismos del sistema médico y sanitario establecido.
- Tener una amplia capacidad para dar respuestas a las demandas de psicoterapia tanto a nivel individual, pareja, familiar y de grupo.
- Favorecer la coincidencia de profesionales con formaciones diferentes: relacional, constructivista, cognitivo-conductual, PNL, hipnosis, psicodinámica y articular complementariedades.
- Dar valor y voz a los discursos de los diferentes profesionales con el objetivo de generar interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.
- Atender las demandas de trabajo y educación social. Desarrollar programas de inclusión social y laboral.
- Incluir la auto y heteroformación como una actividad más de la tarea asistencial habitual (Gonzalvo *et al.*, 2012).
- Mantener una relación de intercambio y apoyo con la red de salud mental.
- Desarrollar intervenciones en y para la comunidad y de salud colectiva.
- Entrar en relación con las personas en el contexto de consumo y cubrir necesidades para un consumo más higiénico y la prevención de accidentes por sobredosis a partir de programas de formación para y con los usuarios (Borràs *et al.*, 2000).
- Proporcionar material e información para consumo más higiénico y seguro en el contexto asistencial a través de la consulta de enfermería.
- Proporcionar material e información para prácticas de sexo más seguro en trabajadores y trabajadoras del sexo en la consulta de enfermería y con intervenciones entre pares o “peer outreach”⁴.
- Atender y dar una primera respuesta a los trastornos físicos y psicosociales con el interés de reconectar con las redes normalizadas de los sistemas de atención social y sanitaria.
- Tener la agilidad y disposición necesarias para adaptarse a los nuevos consumos de los consumidores en cada momento.
- Implicar a los usuarios en tácticas y estrategias asistenciales.
- Favorecer la creación de grupos y espacios para el desarrollo de la ayuda mutua y el asociacionismo y mantener relaciones con las organizaciones de ámbito extraterritorial que realizan intervenciones en la zona.
- Crear espacios de interrelación y formación tanto con los profesionales con los que trabajamos en red, como con estudiantes en prácticas.
- Participar y/o colaborar con las instituciones docentes formales e informales en tareas de investigación y en la formación de profesionales (salud, servicios sociales, jurídicos y judiciales, educativos, etc.).
- Ser referentes a nivel comunitario (prevención, información, asesoramiento, intervención en ocio nocturno, participación en proyectos transversales de participación social y de salud, etc.).

4. Programas en los que los agentes de salud son usuarios en activo o exusuarios e intentan generar dinámicas de bola de nieve.

- Elaborar y producir materiales propios que ayuden en las tareas anteriormente relacionadas (vídeos informativos, materiales para dar apoyo a los mensajes que queremos transmitir, documentales, webs, blogs, medios de comunicación locales, etc.).

El marco de actuación

Proponemos un marco epistemológico ecosistémico con el pragmatismo de actuación de la teoría de reducción de daños y riesgos (Borràs y Sardà, 2004). Es por ello que lo más adecuado, a la hora de dar respuesta a las demandas asistenciales, es concebirlas en un mapa complejo de puntos de contacto e itinerarios múltiples, que permitan diseñar recorridos únicos para cada usuario y que atiendan sus necesidades, a partir de la definición de unos objetivos que se acordarán con el profesional de referencia, en función de los aspectos predominantes de la demanda del sujeto y las posibilidades de respuesta. Para acercarse o tender a esta forma de abordar las relaciones terapéuticas, es fundamental aceptar desde el sistema asistencial el sistema demandante como el que tiene la decisión última en el planteamiento de cambio. El terapeuta o sistema terapéutico acompañará en un pilotaje más o menos directivo, hacia el destino propuesto por el usuario, sabiendo también que en cualquier punto del trayecto podemos variar el programa o el destino. Para ello podemos intervenir desde diferentes niveles. No obstante, para lograr coherencia y articulación es fundamental la redacción en co-participación de un plan de acción comunitario sobre drogas.

FIGURA 1
Modelo de plan territorial.



Fuente: Pla d'acions sobre drogues de Reus (Llort y Borràs, 2008).

Las intervenciones: dónde y cómo

En función de cómo, cuándo, dónde y a quién se formula la demanda la respuesta puede tener características diferentes y ser el inicio de un proceso de cambio con objetivos muy diversos. Para ello describiremos hacia y a qué nivel se orientan y desde qué posición.

A:

- **Nivel individual**, trabajando aspectos biográficos, psicodinámicos, relacionales microsociales y macrosociales. Estas intervenciones pueden formar parte de un programa reglado de psicoterapia individual y/o grupal o dependiendo del profesional que las realice, por ejemplo enfermería, educadores sociales u otros, incidirán en aspectos muy diversos pero siempre pivotando sobre el sujeto directamente.

FIGURA 2

Modelo de circuito asistencial, base para múltiples itinerarios terapéuticos.



Fuente: Pla d'accions sobre drogues de Reus (Borràs y Llort, 2009).

- **Nivel microsocial**, se llevarán a cabo casi siempre con el paciente identificado o usuario y su grupo de pertenencia que en la mayoría de situaciones suele ser la familia, bien sea la nuclear o la de origen, o una parte de ella, por ejemplo la pareja. No siempre se trabaja con la familia, en ocasiones pueden ser grupos o personas significativas que el paciente identificado propone o que el terapeuta plantea y este y estos aceptan (Sluzki, 1996).
- **Nivel macrosocial**: Grupos de autoayuda, planes comunitarios, actuaciones en el contexto escolar, participación en actividades ciudadanas de diversa índole tanto

para aumentar la visibilidad de determinados usuarios marginales como para realizar campañas informativas-formativas, como por ejemplo la participación en festivales de la ciudad proponiendo espacios de debate para público participante en actividades específicas, por ejemplo “Drugmetratges”⁵, programas de prevención de enfermedades transmisibles especialmente con metodologías de “bola de nieve” que implican a profesionales y a usuarios en escenas abiertas de consumo, intervenciones en otros contextos asistenciales en atención primaria y en centros de salud mental, en programas especialmente dirigidos a jóvenes, oficinas de farmacia (Borràs *et al.*, 2001) y medios de comunicación locales.

Desde:

- **La calle y el contexto de consumo** para aquellos usuarios que carecen de estructuras referentes formales y que tienen dificultades para contactar con los servicios sociales y de salud formales. Es fundamental la figura profesional del educador social de calle y en ocasiones también puede ir acompañado de algún usuario que colabora en programas y tiempos concretos a través de su participación y pertenencia a una asociación de usuarios que se organiza con el apoyo de los/las educadoras sociales. Es importante poder reconocer este apoyo por parte de estos usuarios con algún tipo de gratificación, bien sea una remuneración económica mínima calculada a partir del salario mínimo interprofesional o algún vale para comida o restaurante o la cobertura de alguna otra necesidad básica.
- **El apoyo directo de profesionales** médicos, psiquiatras, enfermeros, educadores sociales de los servicios asistenciales de atención a las drogodependencias, que se desplazan a la atención primaria de salud, servicios sociales, institutos de enseñanza media, otros contextos docentes de formación profesional y universidades, centros de salud mental, equipos de atención a la infancia y a la adolescencia, y comunidades terapéuticas, para atender consultas de profesionales o para intervenir conjuntamente con ellos, a través de estas actuaciones co-construir estrategias terapéuticas o preventivas, que son diseñadas desde el paradigma de la disminución de daños y riesgos. A su vez, como ya se ha dicho, esta metodología genera cambios y nuevos planteamientos en los profesionales del resto de dispositivos, cuyo objetivo es aumentar su capacidad y actitud crítica hacia las situaciones y demandas que puedan encontrar relacionadas con los usos problemáticos de drogas. También el acercamiento entre servicios y el conocimiento mutuo, son un aspecto importante para facilitar la relación de coordinación y un mejor aprovechamiento de las diferentes opciones así como para co-construir propuestas más creativas y a su vez aumentar el grado de tolerabilidad y competencia en relación al fenómeno (Stimson, 1995).
- **La consulta externa de un hospital** o de un servicio ambulatorio como centro especializado en la atención de patologías asociadas y/o derivadas del consumo de sustancias. Para ello es importante disponer de un equipo heterogéneo con capacidad para el trabajo interdisciplinar. Las interrelaciones entre los diferentes profesionales dan lugar a la amplia gama de respuestas que permiten la diversidad en la atención a la multiplicidad de las demandas, tanto por lo que se refiere a la variable sustancia como al conjunto de variables que definen a cada sujeto, sus relaciones, sus vivencias, y sus experiencias.

5. <http://www.infodroguesreus.com/?page_id=29>; <<http://infodroguesreus.blogspot.com.es/#!/2012/03/drugmetratges-2012-fec-reus.html>>

En el sistema terapéutico, además de los profesionales que tienen la responsabilidad máxima a este nivel, es fundamental que el resto de intervinientes actúen en complementariedad e intersección con el resto, desde el personal de recepción, administrativos, auxiliares de clínica, educadores, trabajadores sociales, enfermería, antropólogos, monitores, mediadores interculturales y otros colaboradores, entre los que pueden estar algunos usuarios implicados a nivel asociativo.

Podemos describir diferentes contextos terapéuticos a desarrollar en lugares, tiempos y objetivos diferentes:

- Aquellas intervenciones que facilitan tejer la red social de apoyo del sujeto, requieren de la coparticipación de un psicoterapeuta coordinador y de figuras puente, de referencia y acompañamiento tanto para el usuario como para los elementos de la red que se habían desconectado o para conectar con elementos nuevos o ambos a la vez. Activar redes requiere de tiempo, cuidado, reflexión, respeto, prudencia y habilidades para la mediación y gestión de conflictos (Suarez, 2002).
- Consideramos que son situaciones muy especiales los acompañamientos a madres y padres que han perdido la custodia de sus hijos porque estos han sido tutelados por la administración o retirados para ser dados en acogida en la familia extensa, familia ajena o en pre-adopción. Legalmente el consumo de sustancias durante el embarazo puede ser motivo para este tipo de intervenciones y la retención hospitalaria después del parto si en este se detecta consumo de sustancias (Hilarión, 2010). Un programa para minimizar daños y riesgos es el de la atención de las mujeres embarazadas en programas de desintoxicación y/o mantenimiento con agonistas en función de la sustancia, además de crear espacios específicos para la atención a las mujeres (Henderson, 1995).
- Fomentar hábitos saludables, vigilar la aparición de patologías asociadas al consumo, facilitar un consumo responsable, propiciar el acceso a la red sanitaria y aplicar programas específicos: Programas de control sanitario mediante análisis sanguíneos, programas de vacunación del VHB, programas de prevención de sobredosis, programas para el fomento de estrategias para evitar infectarse y contagiar enfermedades infecciosas a otros usuarios de drogas inyectables o inhalables (Barberà *et al.*, 2009).
- Intervenciones médicas y de enfermería, educativas, psicoeducativas, preventivas y de tratamiento, de la patología orgánica asociada (vacunaciones, tratamientos de TBC, vitaminoterapia en personas con problemas de alcohol, inducciones de tratamientos con agonistas y antagonistas opiáceos, etc.) en contexto ambulatorio.
- Intervenciones terapéuticas durante los ingresos hospitalarios ya que por motivos de salud y legales los pacientes se han de mantener abstinentes del consumo habitual de sustancias que pueden producir síndrome de abstinencia. El ingreso hospitalario es una oportunidad para recibir ayuda, no solo en el caso de la dependencia del alcohol o de la heroína sino también del tabaco. Incrementar las facilidades para el abandono del tabaco ofreciendo terapias sustitutivas de nicotina pone a disposición de los fumadores recursos que les permiten decidir más libremente después del alta hospitalaria (Roig Cutillas *et al.*, 2001).
- Intervenciones psicoeducativas, individuales, familiares y/o grupales, orientadas a gestionar los consumos y sus consecuencias.

- Intervenciones que permiten redefinir la propia historia y asumirla con sus recursos y dificultades. Este proceso psicoterapéutico puede llevarse a cabo a nivel individual, familiar, pareja o a través de una terapia grupal o con intervenciones a diferentes niveles simultáneamente o consecutivamente.
- Intervenciones que faciliten la comprensión de dinámicas relacionales disfuncionales que impiden la evolución de relaciones familiares y/o de pareja y la patología asociada.
- Psicoterapias que permitan elaborar situaciones traumáticas y de duelo, tanto a nivel individual como familiar.
- Intervenciones a demanda del sistema judicial para dar cumplimiento a Medidas Penales Alternativas (MPA). Estas intervenciones requieren de pactos compatibles con la implicación del sujeto para una posible relación terapéutica y el cumplimiento con la obligatoriedad de la medida, además de cierto flujo de información entre ambos contextos. Es importante poder acotar los límites entre ambos contextos con la finalidad de lograr una relación de confianza con el usuario que favorezca cambios que eviten la reincidencia en el delito penal.

Conclusiones

Las respuestas asistenciales desde la perspectiva de disminución de daños y riesgos, tienen que tener como objetivo básico y primordial, la mejoría del individuo entendida en un sentido genérico de salud pública, desde un consumo menos perjudicial para el sujeto y su entorno, hasta la abstinencia absoluta a la sustancia y/o sustancias que provocan la demanda o el contacto con el dispositivo. Estas son del tabaco a la heroína, pasando por el alcohol (sustancia que actualmente se relaciona con la demanda mayoritaria en los servicios especializados de drogodependencias) y otras sustancias como la cocaína, el cannabis, medicamentos tranquilizantes (benzodiacepinas), además de las psicopatologías co-mórbidas que suelen estar presentes como los trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos, y de la patología orgánica asociada y la repercusión comunitaria. Tener en cuenta la intervención comunitaria y la coparticipación de todos los agentes implicados, implica en ocasiones acercamientos a todos los elementos en la cadena de consumo desde el acceso a la sustancia y su distribución, al consumo activo supervisado, el vecindario, el sujeto, su familia y la escuela de sus hijos, entre otros.

Los programas de reducción de riesgos son todas las acciones individuales y colectivas, de carácter médico o social, tendentes a disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas (Mino, 2000: 306).

Referencias bibliográficas

BARBERÀ MAGANO, Enda; VIDAL MASSOT, Pilar; BEAS COLODRO, Edu; CORTASA SADURNÍ, Meri; SÁNCHEZ SIMÓN, Ingrid & BORRÀS CABACÉS, Tre (2009). “Programa de vacunación contra el virus de la hepatitis B (VHB) en usuarios en tratamiento con Metadona”. Póster 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños. Porto. Portugal.

- BERRIDGE, Virginia (1993). "Harm minimisation and public health: An historical perspective". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (55-64). London: Whurr.
- BORRÀS, Tre; CARBONELL, José; DE ANDRÉS, Miguel; KJAER, Joergen; KEMPFFER, Jimmy; MAGRÍ, Nuria & OLIVET, Fabrice (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Fundación CREFAT.
- BORRÀS, Tre & LLORT, Antoni (2009). *Pla d'accions sobre drogues de Reus*. Reus: Ajuntament de Reus.
- BORRÀS I CABACÉS, Tre & SARDÀ I GARCIA, Artur (2004). "Cambios sociales, cambios en los tratamientos". *Monografías Humanitas*, (5), 119-137.
- BORRÀS, Tre; SESMILO, Maria; SALMONS, Rosa; APARICIO, Angela; SABATER, Eulalia, & LÓPEZ, Jordi (2001). "Del hospital a la farmacia comunitaria". En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinarietà* (403-413). Barcelona: Grup Igia.
- Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Policy (1996). *Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- CAVALCANTI, Lia (2004). "Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías" [Anexo]. En Mauricio Sepúlveda, Marisela Montenegro, Francisco Baez, Lia Cavalcanti & Miguel de Andrés (eds.), *Prevención de conflictos comunitarios asociados a la implantación de servicios y programas de drogodependencias* (122-141). Barcelona: Grup Igia.
- CUNILLERA I FORNS, Carme (2006). *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*. Barcelona: Paidós.
- DAIGRE, Constanza; COMÍN, Marina; RODRÍGUEZ-CINTAS Laia; VOLTES, Nuria; ALVAREZ, Alba; RONCERO, Carlos & CASAS, Miguel (2010). "Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias". *Gaceta Sanitaria*, 24 (6), 446-452.
- DE ANDRÉS, Miguel; MAGRÍ, Nuria & BORRÀS, Tre (1996). *Programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igia.
- DES JARLAIS, Don C.; FRIEDMAN, Samuel R. & WARD, Thomas P. (1993). "Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users". *Annual Review of Public Health*, 14, 413-450.
- DRUCKER, Ernest (1995). "Harm reduction: A public health strategy". *Current Issues in Public Health*, 1, 64-70.
- ERICKSON, Patricia G. (1995). "Harm reduction: What it is and is not". *Drug and Alcohol Review*, 14 (3), 283-285.
- FROMBERG, Erik (1995). *The ideologies behind harm reduction*. Comunicación 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Firenze. Italia.
- GILMAN, Mark (1992). "Smack in the eye". En Pat A. O'Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernst C. Buning & Ernest Drucker (eds.), *The reduction of drug-related harm* (137-145). London: Routledge.
- GIRARD, Vincent; HANDLHUBER, Hermann; VIALARS, Vanessa; PERROT, Sylvain; CASTANO, Gema; PAYAN, Noura & NAUDIN, Jean (2008). "Réduire les inégalités de santé: Description d'une expérimentation sur les liens entre habitat, citoyenneté et troubles psychiatriques sévères". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56 (6 Supl.), 371.
- GONZALVO, Begoña; BALLABRIGA, Thais; MONTERDE, Elisabeth; VOLTES, Núria; ESTEVE, Oriol; LAVIÑA, Lara; RONCERO, Carlos (2011). "Hospital de día para drogodependientes en

- programas de reducción de daños”. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 3, 59-60.
- GONZALVO CIRA Begoña; BALLABRIGA CÓRDOBA, Thais; VOLTES MANILS, Núria; MONTERDE OCHOA, Elisabeth; PEDROCHE RUIZ, María; PALMA LÓPEZ, Enric; RONCERO ALONSO, Carlos (2012). *Formación a los usuarios en prevención y detección de sobredosis de opiáceos, en un centro de drogodependencias*. Póster XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Tarragona. Estado español.
- GRUND, Jean-Paul C.; BLANKEN, Peter; ADRIAANS, Nico F. P.; KAPLAN, Charles D.; BARENDREGT, Cas & MEEUWSEN, Mart (1992a). “Reaching the unreached: An outreach model for ‘on the spot’ AIDS prevention among active, out-of-treatment drug addicts”. En Pat A. O’Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernst C. Buning y Ernest Drucker (eds.), *The reduction of drug-related harm* (172-180). London: Routledge.
- GRUND, Jean-Paul C.; BLANKEN, Peter; ADRIAANS, Nico F. P.; KAPLAN, Charles D.; BARENDREGT, Cas & MEEUWSEN, Mart (1992b). “Reaching the unreached: Targeting IDU populations with clean needles via known user groups”. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 (1), 41-47.
- HENDERSON, Sheila (1995). “VIH y Drogas: Consejos prácticos para las mujeres”. En Pat O’Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernest Buning, Ernest Drucker (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (175-184). Barcelona: Grup Igia. (original 1992).
- HILARIÓN, Pilar (ed.) (2010). *Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal*. Barcelona: Secretaria d’Infància i Adolescència de la Generalitat de Catalunya.
- ILUNDAIN, Enrique & BORRÀS, Tre (2001). “Mecanizar y desmecanizar el intercambio de jeringas: la necesidad de la diversificación”. En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (283-292). Barcelona: Grup Igia.
- LINARES, Juan Luis (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- LLORT, Antoni & BORRÀS, Tre (2008). *Pla d’accions sobre drogues de Reus*. Reus: Ajuntament de Reus.
- LLORT, Antoni; BORRÀS, Tre; PARAIRE, María, & SALVADÓ, Jordi (2009, julio). Proyecto DI-PI. 10 años de dispensación y recuperación mecanizada de jeringuillas. Póster 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños. Porto. Portugal.
- MARKEZ ALONSO, Iñaki; IRAURGI CASTILLO, Ioseba & PÓO RUIZ, Mónica (2002). “Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia”. *Trastornos Adictivos*, 4 (3), 171-180.
- MARTÍ I CARRASCO, Victor & BORRÀS I CABACÉS, Tre (2006). “Salud mental y drogodependencias”. En José Leal Rubio y Antonio Escudero Nafs (coords.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental* (161-180) Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- MATURANA, Humberto & VARELA, Francisco (1984/2004). *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- MINO, Annie (2000). “Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias”. En Miguel Díaz y Oriol Romaní (coords.), *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 333-368). Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Fundació de Ayuda contra la Drogadicció y Grup Igia.
- MORIN, Edgar (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa (original 1990).

- NADELMANN, Ethan A. (1993). "Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (34-45). London: Whurr.
- NADELMANN, Ethan A., McNEELY, Jennifer, & DRUCKER, Ernest (1997). "International perspectives". En Joyce H. Lowinson, Pedro Ruiz, Robert B. Millman y John G. Langrod (eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed., 22-39). Baltimore MD: Williams and Wilkins.
- ROIG CUTILLAS, Pilar; SABATER PUIG, Eulalia; BORRÀS CABACÉS, Tre; SESMILO GARCIA, Maria; SALMONS ALEU, Rosa & ALBELDO NAVARRO, Victoria (2001). "Protocolo de intervención en pacientes fumadores hospitalizados". *Revista Prevención del Tabaquismo*, 3 (3), 124-131.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol; BAULENAS, Gemma; BORRÀS, Tre; FERNÁNDEZ, Laura & SÁNCHEZ, Ernesta (1993). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igia.
- RONCERO, Carlos; ROS-CUCURULL, Elena; DAIGRE, Constanza & CASAS, Miguel (2012). "Prevalencia y factores de riesgo asociados a la presencia de clínica psicótica en dependientes de cocaína". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (4), 187-197.
- SARDÀ, Artur (2001). "Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus". En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (143-148). Barcelona: Grup Igia.
- SLUZKI, Carlos E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Solomon, Joel; Zimberg, Sheldon & Shollar, Edward (eds.), (1993). *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training, and program development*. New York: Plenum Press.
- STIMSON, Gerry (1995). "Salud pública y educación para la salud en la prevención de la infección por el VIH". En Pat O'Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernest Buning, Ernest Drucker (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (69-79). Barcelona: Grup Igia. (Original, 1992).
- STRANG, John (1993). "Drug use and harm reduction: Responding to the challenge". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (3-20). London: Whurr.
- STRANG, John & FARRELL, Michael (1992). "Harm minimisation for drug misusers: When second best may be best first". *British Medical Journal*, 304 (6835), 1127-1128.
- SUARES, Marínés (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Barcelona: Paidós.
- TORRENS, Marta; GILCHRIST, Gail; DOMINGO-SALVANY, Antònia, & psyCoBarcelona Group (2011). "Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders". *Drug and Alcohol Dependence*, 113 (2-3), 147-156.
- TRELOAR, Carla & HOLT, Martin (2006). "Deficit models and divergent philosophies: Service providers' perspectives on barriers and incentives to drug treatment". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (4), 367-382.
- TRUJOLS, Joan; SALAZAR, José I. & SALAZAR, Isabel (1999). "Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños". En Elisardo Becoña, Antonio Rodríguez & Isabel Salazar (coords.), *Drogodependencias V. Avances* (343-378). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- VELLEMAN, Richard & RIGBY, Janet (1990). "Harm-minimisation: Old wine in new bottles". *International Journal of Drug Policy*, 1 (1), 24-27.

LAS CHICAS TAMBIÉN SE ARRIESGAN

Visiones de la reducción de daños y riesgos desde la perspectiva de género

Nuria ROMO-AVILÉS

Universidad de Granada. Instituto de Estudios de las Mujeres y de Género. Departamento de Antropología Social
nromo@ugr.es

Natalia PÉREZ SÁNCHEZ

Técnica de Drogas. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Energy Control
natalia.perez.s@gmail.com

Perspectiva crítica de género y usos de drogas

Las mujeres han sido minoritarias en los consumos de drogas más problemáticos y en las conductas de mayor riesgo para la salud asociadas a los consumos de drogas en las distintas épocas de consumo de drogas en España. A pesar de los cambios sociales de las últimas décadas, y de la incorporación de las mujeres a los espacios públicos, todavía no se inician en la misma medida que los varones al uso de drogas ilegales, que sigue siendo patrimonio de la masculinidad.

Hay factores que han provocado cambios en la identidad de género tradicional, pudiendo las mujeres acceder al uso de algunas drogas ilegales con más libertad y menor rechazo social que las usuarias de drogas en generaciones previas. A pesar de este acercamiento a la ilegalidad, en general, en su incorporación a los consumos de drogas más problemáticos, como los de heroína o cocaína, siguen siendo minoritarias cuando las comparamos con los varones. Las mujeres mantienen una diferente percepción y acción frente al riesgo que las protege de los consumos más abusivos y dañinos de algunas sustancias y las acerca a aquellas que se perciben socialmente como “menos dañinas” al ser asociadas a su estatus legal, por ejemplo, el tabaco o el alcohol.

Esta tendencia había sido señalada a principios de los años noventa, por el Consejo de Europa exponiendo que “(...) en los últimos años el uso de drogas entre las mujeres en Europa está sufriendo dramáticos cambios (...) con las mujeres, progresando rápidamente hacia los mismos niveles de consumo que los varones (Council of Europe, 1993). En la misma línea, estudios específicos como el de Parker y Measham (1994), mostrarían cómo estaban en declive en Inglaterra las tradicionales distinciones de género basadas en los ratios de prevalencia del uso de drogas, y en los que se veía el “ser mujer” como un factor de protección de cara al uso de drogas.

Cuando se ha estudiado en el Estado español el consumo de sustancias como el éxtasis entre las mujeres, en el mismo sentido que las investigaciones realizadas por Henderson (2000) o Hinchliff (2001) en Inglaterra, han mostrado cómo las chicas se incorporaron al uso de drogas recreativas con una situación

similar a la de los varones, con independencia, usando estas drogas por placer y no considerándose desviadas (Romo, 2001; Rekalde, 2005).

Esta tendencia mostraba un perfil nuevo de usuaria de drogas que contradecía la investigación realizada en el Estado español con usuarias de otras drogas como la heroína (Meneses, 2001; 2002) al igual que había ocurrido en Inglaterra y Estados Unidos con los trabajos clásicos de Rosebaum (1981) y Taylor (1993) con mujeres heroinómanas.

La información epidemiológica que nos ofrece el Plan Nacional sobre Drogas en España, muestra que la extensión del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años varía según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes sucede lo contrario. En el caso de las bebidas alcohólicas, la proporción de personas consumidoras es parecida, al igual que la proporción de personas que se emborrachan. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre las personas que consumen es más elevada en los varones que en las mujeres (PNSD, 2010).

Entendemos como uso recreativo de drogas “el consumo de sustancias psicoactivas para divertirse en ambientes nocturnos” (OEDT, 2002). En el caso de las sustancias ilegales de uso recreativo, entre las que incluimos el cannabis, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, los alucinógenos, entre otras, las prevalencias del consumo son mayores en los chicos que en las chicas, en ocasiones llegando a duplicarse (PNSD, 2010).

Hemos de pensar que el consumo de drogas ilegales entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y miedo a lo público, quizás por su rol todavía predominante en nuestras sociedades como esposa dependiente y madre cuidadora (Klee, 1991). Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres, no sólo ser clasificadas como desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el comportamiento “femenino” (Ettorre, 2004). Incluso entre los propios usuarios de drogas, las mujeres generan rechazo, reportando los usuarios de drogas su preferencia por parejas femeninas “libres de drogas”.

La socialización diferencial hace a las mujeres más cautas, menos arriesgadas, y las sitúa en un segundo plano en los ámbitos públicos. Lo que muestra la aplicación de la perspectiva de género a los usos de drogas es que las mujeres a pesar de acercarse al mundo de “los varones”, siguen manteniendo estrategias que están determinadas por sus roles de género (Meneses, Gil y Romo 2010; Meneses *et al.*, 2012). Esta perspectiva muestra también consecuencias negativas para los varones, avocados a una identidad que potencia conductas de riesgo como las violentas desde que son jóvenes, de aquí la necesidad de estudiarlos desde la visión de género, para alcanzar una visión más comprensiva de las drogodependencias y sensible a estas diferencias.

En las últimas décadas, las generaciones más jóvenes van acortando la distancia entre los consumos de chicos y chicas. En la investigación llevada a cabo en el Estado español, se analiza la percepción y los mecanismos de protección, frente al riesgo de un colectivo de mujeres consumidoras de drogas de síntesis, en el marco de la cultura del baile (Romo, 2001). Este grupo de mujeres, con un uso menos intensivo que el de sus compañeros masculinos, ha desarrollado una serie de estrategias encaminadas a controlar los riesgos de su consumo. Mientras que en la última investigación (Fernández Calderón *et al.*, 2011) desarrollada entre asistentes a *raves* del territorio español, se destaca el carácter andrógino de la cultura *rave*, puesto que las diferencias entre chicos y chicas en este contexto se difuminan y los roles y comportamientos se asemejan, incluso con un consumo similar de drogas entre ambos sexos.

Para comprender mejor las diferencias de género que muestra la información epidemiológica, es necesario incluir los factores sociales y culturales, que llevan a usar y abusar de manera diferente entre los sexos las distintas drogas. Se trataría de encontrar el fundamento conceptual sobre el que construir una perspectiva feminista. Dentro de este campo, al igual que en otros relacionados con las investigaciones sobre la salud, existe la necesidad de un marco teórico que desafíe las prácticas tradicionales de investigación, que sea sensible a las diferencias y a la desigualdad de género en el uso de drogas (Ettorre, 2007; Romo, 2005, 2011).

La perspectiva de género es clave para visibilizar desigualdades entendida desde una perspectiva grupal, como algo no estático, sino en construcción y reproducción a través de las interacciones cotidianas en la vida social (West y Zimmerman, 2009). El sistema de género es el que ordena, otorga valores, normas, costumbres y comportamientos. Contribuye así a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud de hombres y mujeres (Sen y Östlin, 2007). De hecho, se ha hablado del efecto *white male*, según el cual los varones blancos perciben y valoran los riesgos de forma diferente a las mujeres y otros grupos étnicos (Finucane, Slovic, Mertz y Satterfield, 2000). Esto es debido a que aquellos con mayor poder y estatus socioeconómico perciben los riesgos de manera distinta que los grupos de menor poder y posición económica.

Sabemos que las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas, la conducción de vehículos o las relaciones sexuales sin protección suelen mantener relaciones entre ellas y estar determinadas por categorías transversales como el género (Best, Rawaf, Rowley, Floyd, Manning y Strang, 2001).

Sexualidades, estrato socio-económico de pertenencia o identificación étnica son elementos claves para entender cómo se percibe y actúa frente a las situaciones de riesgo para la salud como el abuso de drogas. Entendemos que los varones se han socializado en el riesgo y las mujeres asumen riesgos

condicionadas por una socialización diferenciada, adoptando estrategias de reducción de riesgos propias. La reducción de daños se ha centrado en determinados colectivos de mujeres ¿Ha incluido la perspectiva de género? ¿Qué ocurre en los usos recreativos? ¿Cómo enfrentar aquí la reducción de daños y riesgos? En este capítulo analizamos el surgimiento de las intervenciones de reducción de riesgos desde la perspectiva de género asociadas al consumo recreativo de drogas en el Estado español.

El abordaje desde la reducción de daños y riesgos al uso y abuso de drogas entre las mujeres

Las políticas de reducción de daños surgieron impulsadas por la detección de infecciones oportunistas asociadas a las técnicas endovenosas de administración de drogas, sobre todo heroína (Rhodes, 2009; Romaní, 2005). La alarma social creada por el consumo de estas drogas, junto con unas condiciones políticas determinadas, posibilitaron que se tuvieran presentes algunos de los consejos elementales de los usuarios y usuarias en relación a las formas de consumo, como el intercambio y la limpieza del instrumental (Romaní, 2008). La iniciativa y la participación de las personas consumidoras de drogas en la gestión de sus propios problemas, así como su aceptación como interlocutores válidos por las instituciones, permitió el desarrollo de nuevas políticas públicas en relación a las drogodependencias en diferentes países. Es en esta lógica donde surgen los programas de reducción de riesgos asociados al consumo recreativo de drogas que trasladaron y adaptaron estrategias de minimización de riesgos a los contextos lúdicos: nuevas sustancias (speed, hachís, marihuana, MDMA, cocaína, ketamina, etc.) con otras vías de consumo (oral, intranasal, fumada, etc.) y en espacios de ocio (discotecas, *raves*, festivales, etc.). Son programas que tratan de ofrecer a la persona que consume una información objetiva y veraz sobre los efectos del consumo de sustancias a corto, medio y largo plazo, ofreciendo estrategias para evitar o reducir los daños posibles asociados al consumo. Se caracteriza por ser una prevención participativa que cuenta desde sus inicios con la implicación de los propios colectivos de personas que consumen (Fromberg, 1998, Martínez Oró, 2012).

La inclusión de la perspectiva de género ha variado en los diferentes momentos de la evolución de las políticas de reducción de daños y depende de las sustancias y contextos a los que hagamos referencia. Nuestra tesis es que fue sesgada en sus inicios, cuando se abordaban los consumos problemáticos de sustancias como la heroína, y ha sido más participativa en las últimas décadas, cuando usuarias de drogas como el éxtasis y otras drogas recreativas, han reclamado su participación en el diseño de las políticas públicas y han tomado la iniciativa en la gestión de las intervenciones en algunos colectivos dedicados a la reducción de daños.

Así, la perspectiva de género en el análisis de las políticas de reducción de daños, ha visibilizado voces críticas acerca de su desarrollo histórico y permite un nuevo análisis. Entendemos que la reducción de daños es un constructo posliberal para la regulación social, basado en la intervención gubernamental en la cual el género, las sexualidades y las políticas reproductivas están incluidas. Desde esta perspectiva, el desarrollo de las políticas de reducción de daños va unido desde sus inicios al intento de los estados neoliberales de controlar sus poblaciones.

El control de los riesgos asociados a ciertas conductas, como el abuso en el consumo de drogas, nació así con fuertes implicaciones de género. En todas estas políticas siempre se ha producido un interés por el control de la capacidad y actividad reproductiva de las mujeres, en las cuales suele centrarse el foco desde esta perspectiva (Taylor, 1993; Rabinow y Rose 2006).

Seddon (2008) ha mantenido que la reducción de daños es y ha sido una forma de construir las divisiones de género y la regulación de la “feminidad”. Creemos que la reducción de daños debería centrarse en la construcción del cuerpo y en la desestigmatización de las mujeres consumidoras y no solo en etapas concretas de la vida reproductiva, como el embarazo. Otras autoras, como Ettore (2004: 331), han ido más allá, mostrando como no es más que una forma de rechazar a las mujeres vistas no como embarazadas, sino como simples “contenedoras de fetos”.

Esta perspectiva crítica se aplica a las políticas de reducción de daños que se han puesto en marcha entre determinados colectivos de usuarias de drogas, como las inyectoras de heroína, pero no sabemos si serían igualmente aplicables a colectivos de usuarias recreativas, en los que la propia participación de las consumidoras puede estar generando intervenciones sensitivas desde el punto de vista del género. La inclusión de la perspectiva de género muestra la complejidad del mundo de las drogodependencias y la necesidad de matizar las políticas en base a la sustancia con la que trabajan o al colectivo al que se dirigen.

Experiencias prácticas: la reducción de daños en entornos recreativos en el Estado español desde la perspectiva de género

En España en las dos últimas décadas han surgido y se han ido consolidando grupos de jóvenes que acercan información preventiva en diferentes formatos a los espacios de consumo recreativo. Esta información preventiva profundiza en el trabajo para reducir daños relacionados con el consumo de sustancias con mayor presencia en contextos de ocio, así como también en las actitudes relacionadas con la gestión de los consumos de drogas (Calzada, Hidalgo y Rovira, 2006).

En el seno de estos colectivos de reducción de riesgos surge la inquietud de incluir la perspectiva de género en el abordaje de los consumos recreativos, más allá de la desagregación por sexos de los consumos de sustancias reflejados en los estudios epidemiológicos. Se trata de considerar las diferencias de género (físicas, psicológicas y sociales) que condicionan las relaciones que hombres y mujeres establecen con las sustancias psicoactivas: sustancias consumidas, motivaciones de uso, patrones de consumo, efectos, consecuencias, etc., permitiendo conocer las estrategias de gestión de riesgos y placeres, que están indudablemente condicionadas por el género (Romo, 2010).

A través de la propia reflexión interna de los distintos grupos de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas, se han generado una serie de materiales en diversos soportes (papel, digital y audiovisual) que se difunden de manera presencial, pero también virtualmente (páginas web y redes sociales virtuales). Asimismo, los equipos han asistido a seminarios y jornadas de formación sobre género, han impartido formación específica sobre género y consumo de drogas, y han desarrollado y participado en investigaciones sobre el género y el consumo recreativo de sustancias.

El trabajo específico desarrollado por Ai Laket!! y Energy Control sobre género y drogas, se caracteriza por la creación de una comisión específica que trabaja de forma continuada con esta perspectiva. Ambos grupos han elaborado materiales específicos para abordar el tema. Se describen a continuación unas muestras:

“Fiesta, Género y Drogas” (2003)¹ en el que se explicita una diferencia entre chicas y chicos en relación a los consumos de drogas, que afectan a las relaciones que se mantienen en los espacios de fiesta: considera aspectos físicos (peso, constitución, susceptibilidad, etc.) y también actitudes (la auto-percepción de vulnerabilidad explica consumos intensivos en chicos y más prudentes y moderados en las chicas) para valorar aquellos consumos que reducen riesgos. Algunos elementos de reflexión abordados en este material son el tomar como referencia de gestión del consumo información objetiva en lugar de las experiencias de amigos y/o pareja, ya que cada persona ha de encontrar su pauta de consumo. La importancia de la toma de decisiones individual en relación a los consumos y al salir de fiesta, teniendo en cuenta a la pareja, pero sin que ésta condicione la opinión ni la voluntad propias. Evitar actitudes de competitividad en el consumo. Visibilizar el “uso” de las mujeres como reclamo en algunos contextos de fiesta (entradas gratuitas) y cómo puede mostrar una idea errónea de disponibilidad sexual de las chicas, ocasionando intentos molestos e indeseados de relación por parte de los chicos.²

1. <<http://energycontrol.org/files/pdfs/Folleto+Genero+EC+II.pdf>>.

2. Los ambientes de ocio se caracterizan, además, por una presión sexual hacia las mujeres significativa y que las propias mujeres consideran como un factor negativo. De hecho es una de las razones que explica su menor presencia o presencia más limitada en estos ambientes (Rekalde, 2005).

De la misma manera, se aborda la responsabilidad individual en la gestión de las relaciones sexuales seguras.

“Ai Laket!! Drogas y Género” (2008)³ es un documento que refleja diferentes aspectos del consumo de drogas desde una perspectiva de género y con el que se han desarrollado espacios de formación y reflexión. Ai Laket!! ha creado un punto de encuentro sobre Género y Drogas en la red social virtual Facebook donde desarrollan una activa participación compartiendo documentación, estudios, espacios de formación, reflexionando sobre noticias de actualidad relacionadas con el género y las drogas.⁴

Fruto de la participación del equipo Ai Laket!! en el workshop “Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. El enfoque de género en las políticas europeas de drogas”, celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, el 12 y 13 de mayo del 2011, han presentado un trabajo (Pérez de San Román, San Millán, Caparrós y De Anitua, 2012) que recoge la trayectoria del grupo en el trabajo preventivo con perspectiva de género en espacios de fiesta: las formaciones internas, imprescindibles para trabajar con una base consciente sobre el género y cómo impregna todas las áreas de la vida y condiciona las relaciones; las formaciones externas que contribuyen a una mayor sensibilización de la población destinataria, el índice de participación desagregado por sexos en las actividades preventivas que desarrollan, cómo surge la comisión de género y cómo trabaja. En relación a las diferencias de género detectadas en las intervenciones que realiza Ai Laket!!, señalan que en función de los espacios, horarios y lugares en que se desarrolla la acción preventiva se encuentran más unas personas y no otras. En este trabajo se destaca como en el caso de las mujeres, suelen tener mayor presencia en lugares tranquilos, que puedan garantizar su anonimato, y en momentos previos al consumo, se interesan más por materiales gráficos, consumibles de reducción de riesgos, y por la información tanto para ellas como para personas de su entorno, muestran mayor predisposición a conocer estrategias de consumo responsable; mientras que los hombres tienen mayor presencia en espacios en los que se está produciendo el consumo y se preocupan especialmente por la pureza de la sustancia y su dosificación, utilizando tres veces más que las chicas el servicio de análisis.

Teniendo en cuenta este análisis desarrollado por la comisión de género, Ai Laket!! estimula factores de protección específicos, según el género: a las chicas se les invita a realizar análisis de sustancias que consumen, se recuerda su autonomía en la toma de decisiones sobre el consumo, la importancia de establecer el propio ritmo en el consumo, y la valoración de riesgos de las

3. <<http://www.ailaket.com/wp-content/uploads/2012/03/martxoak-8-20121.pdf>>.

4. <<http://www.facebook.com/pages/G%C3%A9nero-y-drogas-Genero-eta-drogak/141960709237488?sk=wall&filter=1>>.

sustancias legales. Y a los chicos les resaltan pautas de reducción de riesgos de las sustancias que analizan, destacando pautas a seguir si a alguien en su entorno tiene efectos secundarios adversos, se analizan actuaciones como las del líder del grupo de consumo, o el riesgo como atractivo, incluso la competición en la pureza de la sustancia, y se les anima a colaborar como voluntarios, ya que hay menor número de integrantes masculinos. Este tipo de estrategias ejemplifican buenas prácticas en la reducción de daños y riesgos en contextos recreativos, con perspectiva de género que se llevan a cabo en nuestro territorio.

Por su parte, Energy Control desarrolló, entre 2011 y 2012, una investigación que combina técnicas cuantitativas y cualitativas sobre “Mujeres, fiesta y drogas” en la que se analizan cuestiones que en la trayectoria del proyecto diferentes mujeres han consultado en relación al consumo de drogas. Con este estudio (Fabregat y Calzada, en prensa), Energy Control pretende dimensionar y profundizar en las experiencias de las mujeres consumidoras recreacionales, recogiendo sus opiniones y discursos, necesidades y estrategias de gestión de riesgos y placeres en relación al consumo, con el fin de visibilizar de forma menos sesgada y androcéntrica las investigaciones que han maximizado las experiencias de los hombres infravalorando las de las mujeres, profundizar en el conocimiento de primera mano de la gestión de riesgos y placeres desarrollada por las propias consumidoras (controles sociales informales, saberes populares que condicionan los consumos). Un objetivo principal es analizar e incluir las experiencias y vivencias de las mujeres consumidoras en el diseño de estrategias de reducción de riesgos (prevención participativa). También pretende dar respuesta a las necesidades y consultas planteadas por las mujeres a Energy Control. Las conclusiones de esta investigación servirán para la elaboración de un material específico dirigido a chicas que consumen drogas en espacios de fiesta. Las cuestiones que se han abordado en esta investigación tienen que ver con los patrones de consumo de drogas y fármacos, posibles interrelaciones entre el consumo de drogas y el ciclo menstrual, conductas de riesgo en prácticas sexuales tras consumo de drogas, percepción social de las propias consumidoras, consumos diferenciales entre mujeres y hombres según su propia experiencia y percepción, el interés y preocupación sobre efectos secundarios del consumo de drogas sobre su cuerpo físico (control del peso).⁵ La presión social de las parejas sexuales en el inicio y mantenimiento del consumo, posibles agresiones sexuales en contextos de fiesta, conocer estrategias de gestión de riesgos y placeres desarrolladas por estas chicas consumidoras recreativas, principalmente.

5. Uno de los motivos que manifiestan exclusivamente las chicas para el consumo de speed y éxtasis son sus efectos adelgazantes, lo que denota la presión existente sobre el cuerpo femenino (Barriuso, 2003).

El debate de la intervención específica. Hacia una reducción de daños sensible a la desigualdad

En la investigación realizada en España se ha indicado un incremento en la iniciación al uso y en el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas legales e ilegales entre las chicas jóvenes, lo que nos lleva a cuestionarnos si las estrategias de prevención están produciendo los resultados esperados entre las chicas. En la base de este cuestionamiento está el contexto específico de género para asumir riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y la implicación de este contexto en los abordajes preventivos (Amaro, Blake, Schwartz y Flinchbaugh, 2001). Como mantiene Frieden (2010) quizás lo que necesitamos cambiar es el contexto de desigualdad en el que se consumen las sustancias y no trabajar sobre grupos específicos. Esto conllevaría priorizar el empoderamiento de las mujeres de cara a su desarrollo en distintos contextos de desigualdad, no solo en los contextos de uso y abuso de drogas.

La reducción de daños no ha estado libre de los “sesgos de género”. Los trabajos realizados en esta línea muestran que son escasos los abordajes de conductas de riesgo entre las mujeres no asociados a la sexualidad o reproducción. Tampoco ha sido abundante la investigación e intervención en relación a otros consumos de drogas diferentes de los inyectores o colectivos con diferencias culturales.

La inclusión de la perspectiva de género en la reducción de daños debería provocar intervenciones sensitivas a las diferencias sexuales, de clase social o de identificación étnica de las personas destinatarias. Autoras como Ettore (2004) han mantenido que la propia reducción de daños no podrá ser exitosa hasta que las diferencias y desigualdades de género sean completamente incorporadas.

“(…) those interested in furthering harm minimization policies should move beyond the traditional neglect of the body, uphold gender-sensitive notions and encourage a full understanding of the embodied activities of regulation, restraint, provocation and resistance experienced by those confronting drugs. We need a multi-levelled view of harm reduction, which is sensitive to gender and embodiment as well as epistemologies of drug use, challenging naturalized constructions of gender, the body and drug use.” (Ettore, 2004: 333).

La visión predominante en la reducción de daños ha sido androcéntrica, dando respuesta a los consumos de drogas más prevalentes entre los varones. Aproximaciones como las que hemos presentado muestran que es necesario cambiar el foco de atención, trabajar sobre los diferentes consumos, los recreativos o los legales en los que las mujeres empiezan a ser predominantes (Doyal y Lesley, 2001).

El contexto social y cultural en el que se generan las desigualdades de género, debe ser tenido en cuenta y a partir de él trabajar con motivos espe-

cíficos de consumo que tienen detrás elementos de la construcción de género (Gómez y Martín, 2012). Un ejemplo sería la diferente presión social sobre la construcción del cuerpo femenino que lleva a que las consumidoras utilicen algunas sustancias con el fin de adelgazar o la presión que reciben en el grupo de iguales para realizar tareas de más riesgo (transportar las pastillas al ser menos probable que se las identifique como traficantes si las comparamos con los varones).

Las organizaciones que han iniciado el trabajo por la reducción de daños en España se han sensibilizado por el trabajo desde la perspectiva de género que, a pesar de su carácter incipiente, permite visibilizar las necesidades o particularidades de los diferentes consumos de drogas entre varones y mujeres. Contar con las propias mujeres, y comprender su relación con las sustancias facilita el trabajo preventivo en contextos cambiantes como son aquellos en los que se despliegan las desigualdades de género.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención sobre los cambios en las pautas de consumo de drogas de las adolescentes en los países de ingresos más altos, en los que se están incrementando entre las chicas el consumo de alcohol y tabaco. Ayudar a las chicas adolescentes a mantener hábitos saludables llevará a obtener beneficios sanitarios a lo largo de sus vidas, provocándose una reducción de la mortalidad y la discapacidad (World Health Organization, 2009).

Referencias bibliográficas

- AMARO, H.; BLAKE, S. M.; SCHWARTZ, P. M. & FLINCHBAUGH, L. J. (2001). "Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls". *Journal of Early Adolescence*, 21 (3), 256-293.
- BARRIUSO ALONSO, Martín (2003). *Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos. Estudio diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- BEST, David; RAWAF, Salman; ROWLEY, Jenny; FLOYD, Karen, MANNING, Victoria & STRANG, John (2001). "Ethnic and gender differences in drinking and smoking among London Adolescents". *Ethnicity & Health*, 6 (1), 51-57.
- CALZADA, Nuria; HIDALGO, Eduardo & ROVIRA, Josep (2006). "Programas de reducción de riesgos asociados al consumo recreativo de drogas". *Revista de Estudios sobre Juventud*, 10 (24), 90-109.
- Council of Europe (1993). *Women and Drugs: proceedings of the seminar held in Prague*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- DOYAL, Lesley (2001). "Sex, gender and health: The need for a new approach". *British Medical Journal*, 323 (7320), 1061-1063.
- ETTORRE, Elisabeth (2004). "Revisioning women and drug use: gender sensitivity, gendered bodies and reducing harm". *International Journal of Drugs Policy*, 15 (5), 327-350.
- ETTORRE, Elisabeth (2007). *Revisioning women and drug use: gender, power and the body*. Basingstoke: Palgrave.

- FABREGAT COSTA, Anna & CALZADA ÁLVAREZ, Núria (en prensa). *Mujeres, drogas y fiesta. Una investigación orientada a la acción*. Energy Control.
- FERNÁNDEZ-CALDERÓN, Fermín; LOZANO-ROJAS, Oscar M.; BILBAO-ACEDOS, Izaskun; ROJAS-TEJADA, Antonio J.; VIDAL-GINÉ, Claudio; VERGARA-MORAGUES, Esperanza & GONZÁLEZ-SAZ, Francisco (2011). "Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave". *Trastornos Adictivos*, 13 (4), 167-174.
- FINUCANE, Melissa L.; SLOVIC, Paul; MERTZ, C.K. & SATTERFIELD, Terre A. (2000). "Gender, race, and perceived risk: the "white male" effect". *Health, Risk & Society*, 2 (2), 159-172.
- FRIEDEN, Thomas R. (2010). "A framework for public health action: The health impact pyramid". *American Journal Public Health*, 100 (4), 590-595.
- FROMBERG, Erik (1998). "Programación de reducción de daños en el uso-abuso de MDMA". En Julio Bobes (ed.), *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprehensivo* (213-228). Barcelona: Masson.
- GÓMEZ GÓMEZ, Olga & MARTÍN NIETO, Javier (2012). *Estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género*. Madrid: UNAD.
- HENDERSON, Sheila (2000). "Drugs and culture: The question of gender". En Nigel South (ed.), *Drugs: Cultures, Controls and Everyday Life* (36-48). London: Sage.
- HINCHLIFF, Sharon (2001). "The meaning of ecstasy use and clubbing to women in the late 1990s". *International Journal of Drug Policy*, 12 (5), 455-468.
- KLEE, Hilary (2001). "Women, family and drugs". En Hilary Klee; Marcia Jackson & Suzan Lewis (eds.), *Drug misuse and motherhood*. London: Routledge.
- MARTÍNEZ ORÓ, David Pere (2012). *Discursos y subjetividad de los protagonistas del consumo recreativo de drogas ilegales*. Barcelona: Fundación Igenus.
- MENESES FALCÓN, Maria del Carmen (2001). *Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada.
- MENESES FALCÓN, Maria del Carmen (2002). "De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres". *Miscelánea Comillas*, 60 (116), 217-43.
- MENESES, Carmen, GIL, Eugenia & ROMO, Nuria (2010). "Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial". *Atención Primaria*, 42 (9), 452-462.
- MENESES, Carmen; RUA, Antonio; ROMO, Nuria; GIL-GARCÍA, M^a Eugenia; UROZ, Jorge & MARKEZ, Iñaki (2012). "Cooccurrence of Risk Behaviors among Spanish Adolescents". *Revista Internacional de Sociología*, 70 (3), 665-689.
- OEDT (2002). *Las drogas en el punto de mira. Uso recreativo de las drogas: un reto a nivel de la UE*. Luxemburgo: Servicio de publicaciones de la Unión Europea.
- PARKER, Howard & MEASHAM, Fiona (1994). "Pick 'n' mix: changing patterns of illicit drug use amongst 1990s adolescents". *Drugs: Education, Policy and Prevention*, 1 (1), 5-13.
- PÉREZ DE SAN ROMÁN Landa, Unai; SAN MILLAN INSAGURBE, Askoa; CAPARRÓS CASADO, Ricardo & DE ANITUA ROA, Maitane (2012). "¿El placer de las drogas unifica los géneros?: Experiencias de la asociación Ai Laket!" en cuestiones de sexo y género. *Oñati Socio-Legal* 2 (6).
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- RABINOW, Paul & ROSE, Nikolas (2006). "Biopower Today". *BioSocietie*, 1 (2), 195-217.
- REKALDE, Ángel (2005). *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- RHODES, Tim (2009). "Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach". *International Journal of Drug Policy*, 20 (3), 193-201.

- ROMANÍ, Oriol (2005). “Globalización, Anti-globalización y políticas de reducción de Daños y Riesgos”. *Eguzkilore* 19, 91-103.
- ROMANÍ, Oriol (2008). “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318.
- ROMO AVILÉS, Nuria (2001). *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia: Gakoa.
- ROMO AVILÉS, Nuria (2010). “La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas”. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 269-272.
- ROMO AVILÉS, Nuria (2011). “Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención”. *Trastornos Adictivos*, 13 (3), 91-93.
- ROSENBAUM, Marsha & MURPHY, Sheila (1981). “Women and addiction: process, treatment and outcome”. Lambert EY (ed) *The collection and interpretation of data from hidden populations*. Rockville: NIDA.
- SEDDON, Toby (2008). “Women, Harm Reduction and History: Gender perspectives on the emergence of the ‘British System’ of drug control”. *International Journal of Drug Policy* 19 (2), 99-105.
- SEN, Gita & ÖSTLIN, Pirooska (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Geneva: WHO.
- TAYLOR, Avril (1993). *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press.
- WEST, Candance & ZIMMERMAN, Don H. (2009). “Accounting for Doing gender”. *Gender and Society*, 23 (1), 112-122.
- World Health Organization (2009). *Women and health: today’s evidence tomorrow’s agenda*. Ginebra: WHO.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL COLECTIVO HOMOSEXUAL

Fernando CADEVILLA

Médico de Familia. Asesor Médico de Energy Control
doctorcaudevila.com

Introducción

En este capítulo abordaremos aquellos aspectos de la reducción de riesgos que tienen que ver específicamente con las características de la población homosexual. Discutiremos sobre la existencia de un “colectivo homosexual”, los datos y características de sus consumos de drogas y aspectos específicos sobre los que incidir en el ámbito preventivo.

Estereotipos, prejuicios y simplificaciones

Los fenómenos sociales suelen ser complejos, variados y llenos de matices aunque suele ser necesario generalizar los conceptos para poder manejarlos mejor. El problema de estas generalizaciones es que dificultan apreciar todos estos detalles y pueden dar lugar a visiones distorsionadas o caricaturizadas de la realidad. Las características que se atribuyen a grupos sociales, étnicos, religiosos o económicos son muchas veces necesarios, pero no dejan de ser simplificaciones de una realidad muy amplia. Los estereotipos suponen “una forma de economía y la simplificación en la percepción de la realidad” (Huici, 1996: 146)

Algunas de las representaciones sociales de la homosexualidad en la sociedad actual incluyen imágenes de juventud, culto al cuerpo, nivel socioeconómico elevado, belleza física, etc. Desde luego, ser gay no implica ser guapo, rico, sensible o ir al gimnasio por mucho que el cine o las series de televisión se empeñen en presentarnos este modelo social. Tampoco obliga a escuchar a Madonna o Lady Gaga ni a vestir ropa de Armani o Gaultier. Pero tan erróneo sería aceptar los estereotipos de forma absoluta como desechar siempre sus contenidos. El estereotipo aplicado a un colectivo, muchas veces simplifica una característica que no es universal pero sí más frecuente que en otros sectores de la población. Otras veces existe algún tipo de explicación racional o lógica que lo justifica, al menos parcialmente.

Decíamos que el hecho de sentirse atraído por las personas del mismo sexo no implica ser rico, aunque es probable que la ausencia de cargas familiares

pueda repercutir en una mayor capacidad económica respecto a las personas heterosexuales. Tampoco todos los gays son bailarines o actores, aunque es cierto que por motivos culturales o de presión social los entornos de ciertas profesiones pueden facilitar un desarrollo más libre de la personalidad. Así, el propio concepto de “colectivo homosexual” no deja de ser un estereotipo en el que se incluyen realidades personales, sociales y culturales muy diversas. Pero de cara a la economía de la percepción de la realidad, ya mencionada, lo asumiremos en este capítulo.

Indicadores de consumo de drogas en población homosexual

En principio, el hecho de sentir atracción sexual hacia las personas del mismo sexo tampoco debería guardar relación directa con el uso de sustancias psicoactivas. Al igual que sucede con la raza, las ideas políticas, la profesión, la religión o la forma de vestir, el uso de drogas debería considerarse en principio una variable independiente de la orientación sexual. Al menos de entrada, deberíamos considerar que entre las personas homosexuales existirá una variabilidad en las formas de uso de drogas legales o ilegales, comparable a la que se puede encontrar en personas heterosexuales.

Sin embargo, el consumo de drogas aparece de forma frecuente en algunas de las representaciones sociales y culturales gays, muchas veces como un elemento característico de este colectivo. Películas como *El Pico* de Eloy de la Iglesia, *Laberinto de Pasiones* y *Átame* de Almodóvar, *Midnight Cowboy* de John Schlesinger, *My Own Private Idaho* de Gus van Sant, entre otros. Libros como *El almuerzo desnudo* de Burroughs, *American Psycho* de B. E. Ellis o *Las Edades de Lulú* de Almudena Grandes, etc. O el comic, desde la obra de Nazario hasta la del alemán Ralph König, han resaltado el uso de drogas como un elemento distintivo entre los homosexuales.

Otros datos indirectos también sugieren que ciertos consumos de drogas ilegales están más normalizados entre el colectivo homosexual (insistimos para los puristas: nos referimos a ciertos “subgrupos” de este “colectivo”, si es que consideramos que existe). Internet ha sustituido los anuncios de contactos y agencias matrimoniales por webs en las que cualquiera puede abrirse un perfil y buscar desde un encuentro sexual anónimo y rápido hasta una pareja para toda la vida. Los perfiles personales en páginas web internacionales como www.gaydar.com, www.recon.com o www.gayromeo.com, o sus equivalentes para el público hispanohablante www.bakala.org o www.tuamo.net, permiten crear perfiles personales en los que se detallan todo tipo de características: desde la edad o la complexión física hasta las prácticas sexuales favoritas pasando por aficiones, trabajo o gustos musicales.

Un elemento llamativo en estas webs es la explicitación del consumo de drogas como una de las posibles variables más a considerar. Muchas de

las páginas destinadas específicamente al colectivo gay permiten describir al usuario su patrón de consumo de alcohol/tabaco/otras drogas permitiendo caracterizar el uso de sustancias en categorías como “nunca”, “socialmente”, “ocasionalmente”, “solo de fiesta” o “solo para el sexo”. En las presentaciones personales que hacen los usuarios es relativamente frecuente, tanto encontrar personas que manifiestan que no quieren practicar sexo con personas que toman drogas, como aquellas otras que buscan de forma específica mantener relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la descripción del propio consumo de drogas ilegales o la posibilidad de hacer una búsqueda considerando este término no se encuentra en las principales webs de contacto destinadas a público heterosexual

Desde un punto de vista objetivo, la estimación de las prevalencias de consumo de sustancias ilegales es complicada, y aún más en colectivos concretos. Pero existen encuestas y estudios epidemiológicos que sugieren que el uso de drogas ilegales es más frecuente entre el “colectivo homosexual” (Folch, Esteve, Zaragoza, Muñoz y Casabona, 2009; Weidel, Provençió-Vásquez y Grossman, 2008). Así, en relación con el uso de drogas por parte de personas homosexuales sí parece haber ciertos elementos de realidad que pueden explicar, al menos en parte, este estereotipo. Y esto nos lleva a la necesidad de implementar actividades y programas específicos de reducción de riesgos que se adapten a las particularidades de este colectivo.

Representaciones sociales del consumo de drogas en población homosexual

Las representaciones sociales del consumo de drogas en población gay han cambiado de forma muy rápida en las últimas décadas. Durante los años ochenta, la droga de mayor notoriedad social fue la heroína. La irrupción de la epidemia del VIH/SIDA sirvió para asociar en el imaginario colectivo la imagen del heroinómano con la del homosexual, ya que las vías más frecuentes de transmisión eran en aquel momento el coito anal receptivo y el intercambio de jeringuillas en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). El estigma de una enfermedad infecciosa, mortal en aquel entonces y asociada a “estilos de vida desviados” ha sido estudiado por distintos autores (Romaní, 1991; Sontag, 1996), aunque principalmente centrado en la relación UDVP/VIH. Pero la imagen social de la homosexualidad (que, por otra parte, también se ha construido basándose en estigmas y prácticas discriminatorias) aparece ligada de forma inevitable a la de enfermedad y heroína hasta principios de los noventa.

Varios factores han venido a cambiar esta situación durante los últimos veinticinco años. El movimiento asociativo anti-sida (generado en muchas ocasiones a partir del propio colectivo homosexual) ha contribuido a superar muchas de las prácticas discriminatorias. El acceso a los nuevos tratamientos

antirretrovirales desde mediados de la década de los noventa, ha convertido al VIH en una enfermedad crónica. Por otra parte, en el momento actual, la transmisión heterosexual supone 1/3 del total de nuevos casos diagnosticados y los modelos de prevención se han centrado en la necesidad de evitar las “prácticas de riesgo” más que en la pertenencia a “grupos de riesgo”. En este sentido, la declaración en 1991 del jugador de la NBA Earvin *Magic* Johnson de que estaba infectado por el VIH supone un cambio en el paradigma social de esta enfermedad.

Otro elemento fundamental para explicar los cambios en las últimas décadas es la normalización del uso recreativo de drogas entre la población general, sobre todo entre los jóvenes. Los opiáceos tienen, *per se*, un elevado potencial para generar dependencia y son sustancias que en muchas ocasiones terminan configurando la vida del usuario y estructurando toda su actividad. La popularización de sustancias con vías de administración más aceptables que la intravenosa (como el éxtasis, el speed o la cocaína), con efectos más manejables y un menor potencial adictivo, han contribuido a crear un patrón de consumo en el que el uso de drogas, constituye un elemento más de las opciones de ocio dentro de una sociedad de consumo.

Y es precisamente éste entorno de ocio nocturno, el que sigue desempeñando un papel socializador fundamental para muchos jóvenes homosexuales. Aunque en las últimas décadas se han producido cambios rápidos hacia la normalización, muchos adolescentes, sobre todo los que proceden de medios rurales o urbanos de pequeño tamaño, descubren y autoafirman su sexualidad o establecen sus primeras relaciones de amistad, afectivas o sexuales en contextos de ocio nocturno. Y el uso recreativo de drogas es un fenómeno que se asocia a las culturas de ocio nocturno y a manifestaciones como la cultura de club o la música electrónica, por lo que no es extraño que todos estos factores converjan en muchas ocasiones.

Algunas ideas específicas para la reducción de riesgos

La mayoría de los programas sobre reducción de riesgos respecto al consumo de drogas pueden ser aplicados al colectivo homosexual. En ese sentido, remitimos al lector a los capítulos correspondientes de este manual para aplicar la reducción de riesgos en cada una de las distintas sustancias. Pero, por los motivos previamente expuestos, también pueden ser necesarios programas y mensajes específicos dirigidos al colectivo homosexual. Existen algunas experiencias en España, los programas Navega Seguro <http://www.navegaseguro.es/> y + Morbo – Riesgos www.masmorbomenosriesgo.es de la ONG Stop Sida, abordan este tema desde una perspectiva de reducción de riesgos. Algunos aspectos concretos que se deberían enfatizar en programas dirigidos al colectivo homosexual son los siguientes:

Uso de fármacos para el tratamiento de la erección con fines recreativos

Desde finales de la década de los noventa están disponibles varios fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE-5) para el tratamiento de la disfunción eréctil: sildenafilo (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®). Aunque las indicaciones de estos fármacos están restringidas al tratamiento de la patología, existen datos sobre su uso recreativo en población homosexual masculina para mejorar el rendimiento sexual (McCambride *et al.*, 2004).

Desde una perspectiva de reducción de riesgos debe hacerse énfasis en varios aspectos:

- Contraindicaciones: patologías de retina y pacientes con riesgo cardiovascular elevado.
- Efectos adversos: dolor de cabeza, congestión nasal y molestias gástricas.
- Interacciones farmacológicas: El uso simultáneo de nitratos (incluyendo el uso recreativo de poppers) facilita la aparición de efectos adversos graves.
- Mitos: El efecto de este tipo de fármacos es exclusivamente mecánico (dilatación de los vasos sanguíneos del pene). No tienen efecto afrodisíaco ni son eficaces si no hay una estimulación sexual adecuada. En personas sanas el fármaco disminuye el periodo refractario post-orgásmico en varones más que facilitar la erección y el efecto placebo parece ser importante (Mondaini *et al.*, 2003)
- Aspectos farmacológicos: La duración de los efectos farmacológicos del tadalafilo (36-48 horas) es mucho mayor que la de sildenafilo o vardenafilo (4-8 horas). Tadalafilo y vardenafilo (5-20 mg) son activos a dosis menores que sildenafilo (25-100 mg). Las personas sanas probablemente necesiten dosis menores que las empleadas en el tratamiento de la erección.
- Procedencia: Los fármacos adquiridos en farmacia (marcas comerciales o genéricos) ofrecen garantías sobre su composición y dosis. También pueden adquirirse a través de internet (a precios más reducidos) pero existe la posibilidad de fraude o adulteración.

Uso de drogas vinculado a prácticas sexuales específicas

Los poppers son distintos compuestos nitrogenados (nitrito de amilo, nitrito de isobutilo) que se presentan en pequeños frascos que contienen la sustancia en forma líquida. Tienen un efecto específico relajador de los músculos lisos del organismo, por lo que facilitan la penetración anal. El popper es muy volátil (pasa rápidamente a forma gaseosa a temperatura ambiente) y se utiliza inhalándolo directamente desde el bote. En dosis excesivas o en personas no acostumbradas puede producir un fuerte dolor de cabeza así como otras complicaciones (mareo, taquicardia, síncope, etc). Genera también tolerancia: las personas que lo utilizan habitualmente necesitan incrementar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos efectos. Como se ha señalado, su uso en combinación con fármacos antiimpotencia facilita la aparición de efectos adversos graves.

La ketamina tiene un efecto anestésico disociativo, en el que se anulan las sensaciones dolorosas y se modifica la percepción táctil. Su uso en prácticas sexuales que requieren dilatación anal extrema (inserción del puño *-fisting-* u otros objetos de gran tamaño) puede producir traumatismos graves y cuadros de perforación abdominal (Cohen, Giles y Nelson, 2004) al anularse las sensaciones dolorosas. Las medidas de reducción de riesgos específicas en usuarios de ketamina se desarrollan en el capítulo 24 del presente manual.

La cocaína tiene un efecto anestésico local que puede permitir retrasar la eyaculación. Aunque su uso con estos fines es anecdótico, está descrita como una causa posible de priapismo (erección prolongada y dolorosa que puede dar lugar a complicaciones médico-quirúrgicas).

El GHB es una sustancia recreativa que puede encontrarse en polvo, o con mayor frecuencia como líquido incoloro, transparente de sabor ligeramente salado. La forma de uso más habitual es bebido, de forma directa o disuelto en copa o refresco. A las dosis recreativas (aproximadamente entre 1 y 2 gramos) produce un efecto relativamente parecido al del alcohol (euforia, desinhibición, locuacidad, relajación, etc.). El GHB parece tener cierto efecto sobre la esfera sexual (incrementa la sensibilidad táctil, facilitar e incrementar el orgasmo, etc.) aunque estas propiedades no han sido estudiadas desde un punto de vista científico. Existen estudios que señalan que su uso es particularmente frecuente en población homosexual y contextos recreativos (Halkitis 2008; Husbands *et al.*, 2008). Las sobredosis, disminución del nivel de conciencia que puede llegar al coma profundo y que se facilita con el uso simultáneo de otros depresores como el alcohol, y los cuadros de dependencia son los problemas más importantes asociados a su uso.

Durante los últimos cinco años se ha comunicado que el uso recreativo de metanfetamina cristalizada (*crystal, ice*) parece constituir un fenómeno emergente en población homosexual. Su facilidad para reducir las inhibiciones y mejorar el rendimiento sexual parece relacionar esta sustancia con un incremento de infecciones de transmisión sexual. La mayoría de los estudios proceden de EE.UU, Reino Unido, Australia y algunos países de Centroeuropa (Freeman *et al.*, 2011; Bonell, Hickson, Weatherburn y Reid, 2010; Rawstorne, Digiusto, Worth y Zablotska, 2010), aunque en España la presencia de metanfetamina parece ser anecdótica en el momento actual, se trata de un fenómeno importante a monitorizar.

Uso de hormonas sexuales en transexuales femeninas

En personas transexuales femeninas (cromosómicamente masculinas pero que realizan el cambio a mujeres) el uso de tratamientos hormonales es imprescindible para conseguir el aspecto físico deseado.

Los antiandrógenos bloquean las hormonas sexuales masculinas previamente presentes: no suelen ser necesarios después de la cirugía de reasignación de sexo en caso de realizarse. En caso de no optar por cirugía suelen mantenerse un máximo de dos años.

Los estrógenos son, propiamente, las hormonas sexuales femeninas que deben de tomarse durante toda la vida. Existen muchos tipos distintos de estrógenos, que difieren en su potencia, vía de administración (oral, intramuscular, en parches, etc.), perfil de efectos secundarios, etc. El etinilestradiol suele utilizarse antes de la cirugía y el valeriato de estradiol después, en el caso de que se lleve a cabo.

El tratamiento hormonal debería realizarse siempre con seguimiento médico en unidades interdisciplinarias y especializadas. La falta de accesibilidad y de experiencia y los prejuicios de muchos sanitarios y los rápidos resultados hacen que en muchas ocasiones el tratamiento sea autoadministrado, siguiendo pautas de tratamiento que se transmiten boca a boca o, más recientemente a través de internet.

Este hecho facilita la aparición de efectos adversos (incremento del colesterol y triglicéridos en sangre, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, trombosis venosa profunda, cambios en el estado de ánimo, etc.). El hecho de que los efectos del tratamiento sean visibles en pocas semanas y que los efectos secundarios tarden mucho más en manifestarse (a veces sólo son cambios analíticos sin trascendencia clínica) hacen que el uso de estrógenos sin seguimiento médico sean muy frecuentes en este colectivo. Pero debe insistirse en la necesidad de control y seguimiento médico para minimizar la aparición de problemas de salud.

En relación con las drogas, algunos estudios señalan que el uso de esteroides en transexuales femeninas puede incrementar el riesgo cardiovascular (Elamin *et al.*, 2010). Algunas drogas de uso recreativo también suponen un factor de riesgo cardiaco, por lo que estarían particularmente contraindicadas. Por la magnitud de este riesgo y la extensión de su consumo debemos mencionar al tabaco. Aunque no existen muchos estudios publicados al respecto es probable que el uso habitual de tabaco eleve el riesgo cardiovascular en transexuales femeninas que utilizan estrógenos, por lo que estaría particularmente desaconsejado. También es probable que otras sustancias con efectos cardiovasculares potencialmente negativos (anfetaminas, cocaína, etc.) impliquen mayores riesgos, sobre todo en el uso habitual o con dosis elevadas.

Uso de hormonas sexuales masculinas y otros fármacos con fines estéticos

Aunque no es ni mucho menos exclusivo del colectivo gay, el uso de fármacos para mejorar el aspecto físico en varones (hacerse un ciclo) es un fenómeno relativamente frecuente. Muchas son las sustancias que pueden uti-

lizarse con estos fines, utilizadas de forma aislada o en combinación: la pauta más frecuente es el uso, durante 4-6 semanas de algún esteroide anabolizante (nandrolona, oxandrolona, testosterona, metenolona). Acompañado de ejercicio físico, esta pauta permite ganar masa muscular y mejorar el rendimiento deportivo.

Los efectos adversos dependerán de las características del preparado farmacológico, pauta de administración, dosis, frecuencia y características individuales. Pueden aparecer alopecia, formación de acné, agresividad, ginecomastia (desarrollo de las mamas), reducción del tamaño de los testículos, impotencia, cambios en la libido o alteraciones analíticas.

Existen otros muchos fármacos que pueden utilizarse (habitualmente en combinación con los esteroides anabolizantes) con estos objetivos: hormonas (hormona de crecimiento, insulina, levotiroxina, etc.), diuréticos (espironolactona, furosemida, etc.), antiestrógenos (clomifeno, anastrozol, tamoxifeno, etc.), simpaticomiméticos (efedrina). Cada uno de ellos tiene sus propios efectos adversos, contraindicaciones e interacciones farmacológicas con otros fármacos o drogas de abuso.

En el momento actual, internet es la fuente de información más utilizada tanto a la hora de buscar información sobre estas sustancias como para adquirirlas. Existen foros específicos donde los usuarios comparten experiencias sobre su uso y páginas donde se evalúa la rapidez, fiabilidad y calidad de los productos de las múltiples farmacias on-line que comercializan estos fármacos en la red.

Las dosis y frecuencias recomendadas para estas sustancias exceden en muchas ocasiones aquellas que se usan en terapéutica. Algunas de las pautas señaladas en internet ponen en riesgo la salud de los usuarios de forma objetiva. Por otra parte, la calidad de los productos procedentes de internet no está garantizada, y en muchas ocasiones las opiniones de los usuarios son la única referencia. Muchos de estos productos solo son activos por vía intramuscular o subcutánea, por lo que una mala técnica de inyección puede producir complicaciones (abscesos, infecciones locales, lesiones nerviosas, etc.), además de la posible transmisión de infecciones en el caso de compartir jeringuillas. Todos estos aspectos son susceptibles de abordaje desde una perspectiva de reducción de riesgos.

Además los efectos adversos o tóxicos de estas sustancias pueden potenciarse con el uso de drogas legales o ilegales: alcohol (afectación hepática), anfetaminas y cocaína (hipertensión arterial, agresividad, etc.), tabaco (incremento del riesgo cardiovascular), etc.

Uso de drogas recreativas en el paciente VIH+

Las prevalencias de infección por VIH en el colectivo homosexual siguen siendo elevadas, con tendencia creciente a las nuevas infecciones durante los últimos cinco años. El uso recreativo de algunas sustancias puede plantear

problemas, tanto por la inmunosupresión que producen algunas drogas como por las interacciones con algunos de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la infección por VIH.

Drogas como el cannabis o la MDMA pueden tener efectos inmunológicos. La inmunodepresión inducida por MDMA es leve y pasajera y no está demostrado que tenga consecuencias clínicas relevantes. Sin embargo, es posible que en pautas de consumo muy intensivas o inmunodepresión severa puedan existir algunos riesgos a este nivel. Con respecto al cannabis, no se ha encontrado que su efecto inmunosupresor tenga consecuencias a nivel clínico. De hecho varios fármacos derivados del cannabis son útiles en el tratamiento de la caquexia/anorexia asociada al sida y la propia planta de la marihuana ha sido ensayada en este sentido.

Por el contrario, algunas interacciones de fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH/SIDA sí son relevantes. El ritonavir es un fármaco inhibidor de la proteasa del VIH que está presente en muchos de los “cócteles farmacológicos” que permiten controlar la enfermedad. Al menos en algunas personas, la combinación de ritonavir y algunas drogas recreativas (derivados anfetamínicos y, más en concreto MDMA) produce una multiplicación de sus niveles en sangre. Existen suficientes casos publicados sobre intoxicaciones de este tipo, en muchas ocasiones mortales (Antoniou y Tseng, 2002).

Factores de tipo contextual

Algunas prácticas sexuales pueden incluir ataduras, dominación, sadomasoquismo, fetichismo y otras actividades consentidas y consensuadas. Este tipo de juegos eróticos pueden conllevar riesgos físicos y/o emocionales y requieren de un cierto entrenamiento previo para poder ser realizados con seguridad. La práctica de estas actividades requiere el conocimiento de los propios límites y el consumo de sustancias puede distorsionar esta percepción y dificultar una adecuada toma de decisiones. Además de los riesgos puramente físicos no hay que olvidar los riesgos psicológicos o para la autoestima, que en estas situaciones pueden ser particularmente importantes. Estrategias como llevar a cabo estas prácticas solo con personas de confianza, pactar previamente los límites (incluyendo el uso o no de sustancias), tomar medidas de seguridad física, etc., pueden reducir los riesgos de accidentes y problemas de forma eficaz.

A modo de conclusión

En resumen, la mayoría de los fundamentos teóricos, principios y procedimientos de la reducción de riesgos pueden ser aplicados sin especiales adaptaciones a la hora de dirigirse al colectivo homosexual. Sin embargo, al menos en algunos subgrupos dentro de este colectivo existen algunas diferencias

con respecto a patrones de consumo, sustancias utilizadas, combinaciones, objetivos, contextos de uso, etc., que justifican adaptar algunos de los contenidos de los mensajes, adaptar el lenguaje al público destinatario de la intervención o hacer un especial énfasis en ciertos aspectos.

Referencias bibliográficas

- ANTONIOU, Tony & TSENG, Anne Lie (2002). "Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents". *Annals Pharmacotherapy*, 36 (10), 1598-1613. doi: 10.1345/aph.1A447
- BONELL, C.P., HICKSON, F.C., WEATHERBURN, P. & REID, D.S. (2010). "Methamphetamine use among gay men across the UK". *Internacional Journal Drug Policy*, 21 (3), 244-246.
- COHEN, C.E., GILES, A. & NELSON, M. (2004). "Sexual trauma associated with fisting and recreational drugs". *Sexually Transmitted Infections*, 80, 469-470. doi: 10.1136/sti.2004.011171
- ELAMIN, Mohamed; ZUMAETA GARCIA, Magaly; MURAD MOHAMMAD, Hassan; ERWIN, Patricia J. & MONTORI, Victor M. (2010). "Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses". *Clinical Endocrinology*, 72 (1), 1-10. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x
- FOLCH, Cinta; ESTEVE, Anna; ZARAGOZA, Kati; MUÑOZ, Rafa & CASABONA, Jordi (2010). "Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain". *European Journal of Public Health*, 20 (2), 139-45. doi: 10.1093/eurpub/ckp091
- FREEMAN, Peter; WALKER, Bendu; HARRIS, Robert; GAROFALO, Robert; WILLARD, Nancy & JONATHAN, Ellen (2008). "Methamphetamine use and risk for HIV among young men who have sex with men in 8 US cities". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165 (8), 736-40. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.118
- HALKITIS, Perry & PALAMAR, Joseph (2008). "Multivariate modeling of club drug use initiation among gay and bisexual men". *Substance Use & Misuse*, 43 (7), 871-9.
- HUICI, Carmen (1996). "Estereotipos". En Juan Francisco Morales y Carmen Huici. *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- HUSBANDS, Winston; LAU, Chris; MURRAY, James; SUTDHIBHASILIP, Noumook; MAHARAJ, Rajendra & CEDANO, José (2004). *Party Drugs in Toronto's Gay Dance Club Scene*. Toronto: AIDS Comitee of Toronto
- MCCAMBRIDGE, Jim; MITCHESON, Luke; HUNT, Neil & WINSTOCK, Adam (2006). "The rise of Viagra among British illicit drug users": 5-year survey data. *Drug and Alcohol Review*, 25 (2), 111-113.
- MONDAINI, N; PONCHIETTI, R.; MUIR, G. H.; MONTORSI, F.; DI LORO, F.; LOMBARDI, G. & RIZZO, M. (2003). "Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time". *International Journal of Impotence Research*, 15 (3), 225-228
- RAWSTORNE, Patrick; DIGIUSTO, Erol; WORTH, Heather & ZABLITSKA, Iryna (2007). "Associations between Crystal Methamphetamine Use and Potentially Unsafe Sexual Activity among Gay Men in Australia". *Archives of Sexual Behavior*, 36 (5), 646-654 doi: 10.1007/s10508-007-9206-z
- ROMANÍ, Oriol (1991). "Sida y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema". *Antropología de la Medicina*, 40 (942) 63-74.
- SONTAG, Susan (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- WEIDEL, James; PROVENCIO-VASQUEZ, Elías & GROSSMAN, Janet (2008). "Sex and Drugs: High-Risk Behaviors at Circuit Parties". *American Journal of Men's Health*, 2 (4), 344-352. doi: 10.1177/155798830832229

ANÁLISIS DE SUSTANCIAS: UNA VIDA MEJOR GRACIAS A LA QUÍMICA

Mireia VENTURA VILAMALA

Responsable servicio de análisis de Energy Control
mireia@energycontrol.org

Iván FORNÍS ESPINOSA

ivan.fornis@gmail.com

Eloi BLANC I CASADEVALL

Energy Control. Asociación Bienestar y Desarrollo

Introducción y exposición de motivos

El análisis de sustancias representa un aspecto esencial de las políticas de salud pública, al ser recomendado por la Organización Mundial de la Salud y al ser desarrollado por las agencias de la Unión Europea, así como, por varias naciones europeas. La finalidad nunca ha sido valorar un producto en términos de calidad, de si es “bueno” o “aceptable”, si no que, desde una actitud neutra de acuerdo con la información objetiva, se pretendía avisar e informar *in situ* o a través de internet, de manera atractiva y próxima a los consumidores, de la presencia de sustancias dañinas e inesperadas y ofrecerles consejo (Rovira y Ibáñez, 2002).

La mayoría de drogas recreativas disponibles, excepto el alcohol y el tabaco, son ilegales en toda Europa. Más de cien años de experiencia demuestran que aplicar solo medidas represivas no previene el consumo. Parece evidente que se seguirán consumiendo todo tipo de sustancias y, por lo tanto, la prudencia y el rigor en términos de salud se imponen. La naturaleza clandestina de su tráfico ilegal y el impulso para maximizar las ganancias son dos de las principales fuerzas que dan forma a este mercado. Uno de los efectos adversos de esta situación es que las drogas ilegales son a menudo adulteradas o reemplazadas por otras sustancias, mayoritariamente más baratas, con la intención de aumentar las ganancias. Esto significa que no solo existe un riesgo relacionado con la sustancia, sino también con su calidad. Muestra de ello es la presencia de adulterantes con un margen de seguridad bastante bajo, como son la 4-Metilanfetamina, la PMA o la PMMA, que distribuidas como éxtasis o anfetamina han sido responsables de varias muertes acontecidas en distintos países (EMCDDA, 2003; EMCDDA, 2012). Afortunadamente, en la mayoría de los casos este riesgo no llegar a ser letal, aunque la presencia de adulterantes que presentan una toxicidad acumulativa sí que es habitual. Durante el año 2009 se informó en EE.UU. y Canadá de la aparición de casos

de agranulocitosis asociada a consumo de cocaína adulterada con levamisol (Knowles *et al.*, 2009; Zhu, Legatt y Turner, 2009). Desde entonces esta sustancia ha sido detectada como adulterante de la cocaína en varios países europeos, incluido España (Ventura *et al.*, 2010).

Incluso si las sustancias no están adulteradas, puede existir un riesgo relacionado con la pureza, sobre todo cuando se trata de sustancias con una pureza alta, pero desconocida por el consumidor, como por ejemplo los comprimidos de éxtasis con dosis altas de principio activo. Varios estudios científicos demuestran que la probabilidad de causar daño neurotóxico en el sistema serotoninérgico crece –entre otros factores– con la cantidad de MDMA que se consume (Cuyàs *et al.*, 2010). Además, se ha sugerido que una proporción de los daños y efectos tóxicos asociados al uso de éxtasis podría atribuirse a ingredientes psicoactivos distintos del MDMA, que se han podido detectar en las pastillas vendidas como éxtasis (Parrott, 2004; Vanattou-Saïfoudine, Harkin y McNamara, 2012).

Breve recorrido histórico del análisis de sustancias en Europa

El primer servicio de análisis de sustancias se abrió en Amsterdam en 1986 y fue adaptado a nivel nacional en 1992 por el Ministerio de Salud. Este sistema llamado Drug Information and Monitoring System (DIMS) creó una red nacional de servicios de análisis distribuidos en más de 20 centros de prevención de drogas en diferentes lugares de los Países Bajos. En los años siguientes otros servicios de análisis de sustancias han abierto sus puertas en Europa. En 1995, el primer servicio de análisis de sustancias alemán empezó a funcionar en Berlín, y en 1996, el primer dispositivo móvil de análisis en Viena (Austria) por el grupo de reducción de riesgos Checkit! En 1998 en colaboración con el Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) Energy Control implementaba su primer servicio de análisis en España. En 2000 Hegoak en Navarra, en 2002 Ailaket en colaboración con la Universidad del País Vasco (UPV), en 2005 Somnit en Cataluña, en 2006 Saferparty en Zúrich (Suiza) y finalmente en 2009 ArsuFESTA en Cataluña. Actualmente, en 2012, siete países europeos tienen implementados servicios de análisis de sustancias y alrededor de 14.000 muestras son analizadas cada año. Para unir esfuerzos y conocimiento, en 2011 se fundó la red TEDI (Trans European Drug Information), que involucraba la mayor parte de servicios europeos que trabajaban en primera línea con el análisis de sustancias. El objetivo principal de TEDI es mejorar la salud pública y los programas de intervención.

El contacto con los usuarios de drogas

El análisis de sustancias se constituye desde el inicio como una magnífica herramienta para alcanzar a los grupos de consumidores de drogas que están

generalmente en las fases más tempranas de sus experiencias con las drogas (Hungerbuehler, Bücheli y Schaub, 2011) y que no han buscado previamente los servicios ofrecidos por los grupos de prevención. A los consumidores les gusta el hecho de que el servicio de análisis sea pragmático, que evalúe de forma instantánea los peligros potenciales de las drogas. Este contacto inicial aumenta la conciencia sobre el propio acto de consumo y provee a los individuos de herramientas e información que permiten reducir los efectos adversos a corto y largo plazo de una droga en concreto, así como un asesoramiento adicional o un tratamiento si fuera necesario. El análisis de sustancias además potencia la credibilidad de la información sobre drogas previamente disponible. Hay investigaciones que revelan que los usuarios consideran la información proporcionada por el equipo de análisis de drogas como muy creíble (Johnston *et al.*, 2006). Desde esta perspectiva, esto significa que la información sobre drogas presentada junto a la del alcohol, la de seguridad sexual y la de seguridad en la conducción, puede llegar a una audiencia que esté más abierta a este tipo de información.

Una investigación realizada en tres países distintos revela que integrar métodos de análisis de drogas no promueve un incremento en el consumo de drogas, e incluso puede reducirlo ligeramente (Benshop, Rabes y Korf, 2002). Otro estudio realizado por Party Drug Prevention en la ciudad de Zúrich demuestra que desde la implementación del análisis de drogas, el número de personas que consumió más de una droga o que abusó de una sustancia ha disminuido (Bücheli, Hungerbühler y Schaub, 2010).

Influencia en el mercado ilícito al impedir la extensión de sustancias adulteradas y/o potencialmente peligrosas

Si la información obtenida por un servicio de análisis de drogas se difunde rápidamente y a los organismos adecuados, puede ofrecer una respuesta efectiva para detener la diseminación de las drogas letales al dirigir la información no sólo a los usuarios sino también a otros agentes implicados.

En un primer nivel, el servicio de análisis proporciona información al usuario que ha facilitado voluntariamente la muestra sobre el peligro potencial de la sustancia detectada. Con esta información, los usuarios tomarán sus propias medidas de reducción de riesgos y fácilmente van a difundirla entre sus amigos y camellos, aumentando enormemente el alcance de la información más allá de los propios usuarios. En un segundo nivel, el grupo de prevención elaborará una campaña de difusión de la alerta más específica o más generalizada dependiendo del nivel de urgencia.

Un claro ejemplo de la efectividad en la difusión de la información proporcionada por un servicio de análisis fue la realizada en 2009 cuando una nueva droga, el Bromo-Dragonfly fue etiquetada como 2C-B-Fly (Erowid, 2009). El Bromo-Dragonfly es una droga 20 veces más potente que el 2C-

B-Fly y con un alto potencial tóxico si se toman cantidades superiores a las activas (Andreasen *et al.*, 2009). Por la mala etiquetación del producto, varios usuarios tomaron más cantidad de la que tocaba y la sobredosis les llevó a la muerte. Cuando el resultado del análisis realizado por Energy Control reveló la mala etiquetación y esta información fue difundida por los usuarios, por páginas web como las de Erowid o por los contactos del Observatorio Europeo de drogas (EMCDDA) las muertes cesaron.

Nuevas tendencias detectadas por los servicios de análisis

Por otra parte, los programas de análisis de sustancias son un magnífico instrumento para detectar la aparición de nuevas sustancias y los cambios en los patrones de consumo. El mercado ilícito está sujeto a continuos cambios y novedades. En los últimos años el consumo de un grupo heterogéneo de nuevas drogas parece estar popularizándose. Al ser sustancias de efectos desconocidos, es importante lograr identificarlas rápidamente para valorar sus riesgos (Fornís *et al.*, 2013). Un claro ejemplo ha sido la accesibilidad de la 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B) y la sofisticación y extensión que ha tenido esta sustancia en el mercado ilícito. Mientras que entre 2006 y 2007 la mayor parte de las muestras de 2C-B analizadas por los servicios de análisis españoles eran en polvo o cápsulas, entre 2008 y 2009, la forma de presentación más común de la 2C-B fue en comprimido, sugiriendo que la distribución de esta sustancia se estaba profesionalizando y probablemente utilizando los mismos canales de distribución que los del éxtasis. Uno de los factores que puede haber influenciado la introducción de la 2C-B en el mercado ilícito puede haber sido la falta de disponibilidad del éxtasis en el mercado ilícito observada en España y en otros países europeos en el año 2009 (Caudevilla *et al.*, 2012).

¿Qué tipos de servicios de análisis hay?

Los servicios de análisis de sustancias se caracterizan por su ubicación y por el tipo de técnica analítica empleada. Los servicios de análisis pueden realizarse en las fiestas, raves o festivales juntamente con un stand informativo, o regularmente en los propios centros de los grupos de prevención donde los usuarios encuentran un asesoramiento más personalizado. Las muestras pueden analizarse directamente en el mismo centro o derivarlas a un laboratorio externo.

En relación a las técnicas analíticas, actualmente en Europa el análisis de sustancias se está realizando con las siguientes técnicas:

- Test de Marquis y otros tests colorimétricos
- Thin Layer Chromatography (TLC)
- High Pressure Liquid Chromatography (HPLC)

- Gas Chromatography (GS)
- Mass Spectrograph (MS)
- Nuclear Magnetic Resonance (NMR)

Todas estas técnicas tienen ventajas e inconvenientes, para más información, consultar la guía de metodología publicada por la red TEDI (TEDI 2012a).

Comunicación preventiva en dispositivos con servicio de análisis de sustancias

Lo que diferencia un servicio de análisis de un mero control de calidad es precisamente la comunicación entre la persona usuaria y la persona que le atiende desde este servicio. Esta persona usuaria recibe una información y un asesoramiento particularizado. A destacar, que en muchos casos es el primer contacto que tiene con un dispositivo preventivo en consumo de drogas.

La información constituye el eje central de las intervenciones con análisis de sustancias. Esta información debe respetar si la persona ha decidido consumir la sustancia y encauzar el consumo hacia una dirección menos peligrosa para su salud.

Cuando una persona utiliza un servicio de análisis de sustancias tiene la posibilidad, además, de obtener información complementaria de reducción de riesgos por medio de materiales y mediante una relación y comunicación interpersonal que trate contenidos referidos no solo a la sustancia que está siendo analizada sino también información importante para un consumo, en general, de menor riesgo (Rovira y Ibáñez, 2002).

¿Cuáles son los objetivos a la hora de realizar una atención con relación a un análisis de sustancias?

- Informar a la persona usuaria de la composición que tiene el producto que ha traído para analizar, con el fin de que adapte su consumo al resultado del análisis o incluso decida no consumir si es que se ha detectado una composición nociva para la salud.
- Transmitir pautas de consumo de la sustancia analizada, que sirvan para minimizar los riesgos derivados. En este sentido se asesorará sobre cómo dosificar esta sustancia, la vía más conveniente de consumo, la frecuencia máxima del mismo, la conveniencia de consumir si se está siguiendo una medicación, la mezcla con otras drogas, los efectos que va a experimentar si es la primera vez que consume, los riesgos legales, etc.
- Se puede realizar un asesoramiento más profundo si las condiciones ambientales lo permiten, la persona que realiza la atención tiene las habilidades necesarias y la persona usuaria lo solicita o está receptiva. En estos casos se pueden abordar problemas derivados de un consumo concreto, profundizar y orientar en procesos de cambio o derivar a otro servicio donde se pueda tratar un problema más grave

ya sea de tipo adictivo, psicológico o asistencial. En este sentido un dispositivo de reducción de riesgos con análisis de sustancias puede servir, a una persona que lo necesite, como puerta de entrada a la red asistencial.

- La atención que se da es totalmente adaptada y personalizada para la persona que ha venido a analizar. Por este motivo el tipo de intervención puede ser breve y estrictamente informativa o un asesoramiento en profundidad que, en ocasiones, incluye un seguimiento de la evolución de los hábitos de consumo de esa persona.

¿Qué requisitos son necesarios para realizar una atención en un servicio de análisis?

En relación al espacio y las condiciones ambientales, es conveniente realizar la atención en un lugar discreto y lo más tranquilo posible, de forma que se pueda garantizar la privacidad de la persona y la comunicación se pueda establecer con las menores distracciones posibles. Bien es verdad que cuando este tipo de atenciones se dan en entornos de fiesta, no siempre las condiciones son lo más idóneas debido al ruido y la falta de espacio privado. El espacio de análisis en un stand informativo, en un entorno recreativo, no siempre es un buen lugar donde hablar de ciertos aspectos que pueden requerir de un medio y contexto más favorable. Ante la demanda de ayuda afectiva o apoyo psicológico por parte de una persona en un entorno de fiesta, una posibilidad es emplazar el contacto para otro día en la sede de la organización.

En cualquiera de los dos casos deben darse los siguientes requisitos (TEDI, 2012b):

- **Voluntariedad.** Tiene que haber acuerdo entre la persona del equipo y la persona usuaria para poder acceder al uso del servicio, de forma que no haya mal entendidos. Tiene que estar de acuerdo en rellenar un cuestionario y recibir una atención.
- **Positividad.** Una atención debe ir enfocada a mejorar los hábitos de consumo y en caso de plantearse problemas, dirigir el asesoramiento hacia cambios que puedan hacer que esa persona pueda superarlos. Ser positivo no implica que cualquier actitud sea aceptable o que no haya problemas a la hora de un consumo. También significa que siempre tiene que haber una actitud de aceptación y respeto hacia el estilo de vida de quien solicita el contacto y en ningún caso caer en juicios morales hacia esa persona.
- **Aceptación.** Implica aceptar que el uso de drogas es una realidad y que el asesoramiento personal en determinados patrones de consumo tiene un significativo impacto en el nivel de riesgo que una persona usuaria de drogas asume.
- **Cuestionarios.** Mediante un cuestionario se puede acceder a información importante y estructurada sobre el perfil de las personas consumidoras y los hábitos de consumo. Esto nos puede servir para evaluar cuales son las tendencias de consumo de drogas en general. También nos permite crear una estructura a la hora de realizar una atención personal o un asesoramiento más profundo (Bücheli; Hungerbühler y Schaub, 2010).
- **Técnicas y habilidades de conversación.** Son muy útiles a la hora de realizar una intervención efectiva. Mediante estas técnicas se puede obtener información

esencial y motivar a realizar cambios que mejoren los hábitos de las personas usuarias. Por ejemplo usando técnicas de espejo, las cuales permiten a la persona hacer una reflexión sobre si misma.

¿Cómo abrir un canal de comunicación cuando se dispone de un servicio de análisis?

Cuando una persona accede a un dispositivo de reducción de riesgos con análisis de sustancias, puede hacerlo para pedir información, analizar una muestra o recibir un asesoramiento. En el caso de solicitar el análisis de una sustancia las personas que están al cargo de esta atención tienen que abrir el canal de comunicación o romper el hielo, de varias maneras, como por ejemplo estas dos:

- Preguntar si la persona ha analizado anteriormente y en caso contrario explicar cómo se realiza el análisis, qué tipos de análisis se realizan, que información podemos obtener y para qué nos es útil (Rovira y Ibáñez, 2002).
- Realizar diversas cuestiones relativas a la sustancia y al patrón de consumo de la persona, de manera que nos diera la oportunidad de incidir en temas de carácter preventivo.

¿Cómo asesorar en función de la sustancia consumida?

En general cuando una persona usuaria lleva una sustancia a analizar a un servicio de análisis, el asesoramiento que recibe es en relación a la dosificación de esa sustancia en función de la pureza detectada y a los adulterantes que pueda llevar en su composición. Esta información es crucial para que pueda decidir sobre la conveniencia de consumir o no, o de modificar la pauta de consumo que tenía pensado aplicar.

Asesoramiento sobre dosificación

A modo de ejemplo y para simplificar este apartado se presentarán un par de casos en los que los asesoramientos sobre dosificación son importantes:

- **MDMA en cristal:** se recomienda utilizar la vía oral en vez de la esnifada; para la dosificación se recomienda hacerlo en forma de “saquitos” o “bombetas” de papel de fumar en vez de chupando el cristal con el dedo directamente; para hacer las dosis hay que considerar que la mayoría de las muestras de MDMA tienen una pureza del 60%-80% ya que un gramo, dividido en 10 partes equivaldrá a dosis medianas (60-80 miligramos) y dividido en 8, a dosis altas de unos 100 miligramos.
- **Speed:** los usuarios de esta sustancia están habituados a consumir un speed con muy poca cantidad de anfetamina, adulterado con cafeína y otras sustancias no activas. Algunas muestras no están adulteradas y presentan altas concentraciones de anfetamina. Cuando se consumen muestras no adulteradas con la misma pauta

que las adulteradas pueden darse dosificaciones excesivas con efectos adversos muy desagradables. Para evitarlo se recomienda a los usuarios utilizar dosis muy bajas y muy espaciadas ya que los efectos de la anfetamina duran más tiempo que los de la cafeína.

Asesoramiento sobre adulterantes

Para ejemplificar el tipo de información que se transmite con los adulterantes, se utilizarán los adulterantes más frecuentes encontrados en la cocaína ya que es una de las sustancias más adulterada en España (Energy Control, 2011).

Cocaína

Los adulterantes que normalmente acompañan a la cocaína son:

- **Anestésicos locales** (lidocaína, procaína, tetracaína y benzocaína): se añaden para simular el adormecimiento de la boca de la cocaína pero no tienen efectos estimulantes. Pueden provocar irritación de la mucosa nasal.
- **Cafeína**: se añade para simular los efectos estimulantes de la cocaína. Puede provocar agitación, nerviosismo e insomnio cuando se mezclan estos dos estimulantes (Pardo, Álvarez, Barral y Farré, 2007).
- **Fenacetina**: es un fármaco analgésico, muy parecido al paracetamol pero mucho más tóxico (Brunt, *et al.*, 2009). Lo añaden a la cocaína para darle aspecto brillante y así parecer de buena calidad. La recomendación es no consumir y en el caso de que se consuma se ha de evitar la ingesta de alcohol o disminuirla al máximo, ya que esta combinación puede provocar daños en el hígado.
- **Levamisol**: es un antiparasitario de uso veterinario que al parecer se añade a la cocaína porque aumenta su potencia y duración y así aparenta ser de más calidad y pureza. Cuando se consume levamisol pueden aparecer algunos de estos síntomas agudos: náuseas, mareos y diarreas. Si se trata de un consumo prolongado además puede aparecer fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, insomnio y convulsiones. El consumo de esta sustancia mantenido en el tiempo y/o en personas susceptibles puede producir una serie de alteraciones graves tales como neutropenia (bajada grave de las defensas), trombopenia (problemas de hemorragias) y vasculitis (alteraciones de la piel). La recomendación es no consumir esta sustancia (Brunt *et al.*, 2009).

Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas a la difusión de resultados de análisis de drogas psicoactivas

Los programas de reducción de riesgos encuentran en las TIC potentes vehículos de proyección de contenidos hacia su público diana. La gran penetración de estas tecnologías –especialmente entre la población más joven, donde son omnipresentes– permite alcanzar a un gran número de usuarios de forma instantánea, económicamente asequible, e incluso divertida o entretenida. Mediante ordenadores y dispositivos móviles conectados a internet, es posible distribuir con suma facilidad e inmediatez información vital para el usuario de

drogas, facilitándole así la toma de decisiones informadas a la hora de consumir, y llegando incluso al epicentro del ocio juvenil: los propios espacios de fiesta.

Estos contenidos pueden transmitirse mediante páginas web, foros, blogs, redes sociales, etc.

Las páginas web convencionales funcionan muy bien para una búsqueda reposada de dichos contenidos; permiten profundizar en la información disponible y obtener datos exactos. Los foros, por su parte, son extraordinariamente útiles para el intercambio de conocimientos y experiencias personales entre la comunidad de usuarios que los forman, además de posibilitar a los mismos el sentirse integrado en un grupo de iguales, aunque sea de forma virtual. La interacción de los usuarios con ambos recursos online se desarrolla generalmente desde el ordenador del hogar, lo cual limita su uso a un espacio y un tiempo muy concretos, produciéndose una desconexión entre los programas de reducción de riesgos y el consumidor en unos momentos clave: cuando este último está de fiesta.

Las redes sociales tienen una gran versatilidad, y por ello pueden ser usadas de diferentes maneras por parte de las entidades de reducción de riesgos. Su esencia participativa permite que todos los usuarios agregados a la cuenta de la entidad compartan tanto experiencias personales como información general y de actualidad sobre drogas, esto último de una forma mucho más flexible y fresca que en las usuales secciones de las webs dedicadas a divulgar noticias. Desgraciadamente, no incluyen eficientes posibilidades de indexación y de búsqueda a posteriori de dicha información, algo que las webs y los foros sí pueden ofrecer. Por lo tanto, las redes sociales no son una herramienta muy eficiente de consulta, pero en cambio se convierten en especialmente útiles en la propagación de breves consejos orientados a que los usuarios puedan encauzar el consumo hacia una dirección menos peligrosa para su salud. Facilitan, además, un canal de comunicación rápido y directo con el grupo de prevención. Crean también comunidad al igual que un foro, y tienen la ventaja añadida de poder ser utilizadas muy fácilmente, tanto desde casa como desde el teléfono móvil.

Un servicio de análisis de sustancias puede aprovechar las redes sociales para difundir los resultados más llamativos (aparición de nuevas y/o peligrosas sustancias en el mercado) y advertir en tiempo real a los participantes en un acontecimiento festivo de que pueden estar circulando sustancias anormalmente tóxicas o adulteradas. Esta información, que podemos denominar “alertas”, no solo se transmite al usuario que haya recurrido al servicio de análisis para testear su sustancia sino –preservando su anonimato– a todos los consumidores que accedan a los contenidos proporcionados por la entidad.

Otra herramienta útil –quizá menos versátil pero más concreta– para realizar esta última función son los blogs, ya que son muy adecuados para realizar una compactación de tales alertas, creando así un espacio virtual acotado, sin información superflua y de fácil acceso y consulta.

Una experiencia real de divulgación de información de análisis: *Energy Control*

La realidad a la que se enfrenta todo grupo de reducción de riesgos orientado al consumo de drogas y su servicio de análisis –si lo tuviese– es que sus usuarios son solo una pequeña parte del total de la población consumidora de drogas. La mayor parte de esta población realiza un consumo “ciego”, es decir, con poco conocimiento sobre la sustancia más allá de mitos y tópicos, o en todo caso frágilmente orientado por amigos, conocidos, o incluso los propios vendedores (*dealers*). Son los propios consumidores pertenecientes a aquella minoría “ilustrada” quienes buscan el contacto con el grupo de prevención, interesados en ampliar información sobre los placeres buscados y riesgos asociados a las sustancias, y preocupados por su salud. En el caso de los demás consumidores, ante el desconocimiento de la existencia del servicio o la falta de interés en consultarlo, debe ser la propia entidad la que dedique sus esfuerzos a conectar con ellos y trasladarles, en la medida de lo posible, una información adecuada, veraz e interesante.

Energy Control inaugura en el año 1998 su servicio de análisis de sustancias. En el año 2000 –a raíz del inicio de su colaboración con el IMIM, que provee recursos técnicos orientados a mejoras en el análisis– su página web pasa de contener simplemente información general a publicar los resultados del análisis de comprimidos y a difundir alertas de sustancias y adulterantes peligrosos detectados. De este modo los datos sobre el estado presente del mercado negro pasan a ser públicos y potencialmente útiles a todos los consumidores. Anualmente, se publica también un informe que pasa balance a la situación general de dicho mercado y a las tendencias de consumo percibidas, así como a la aparición de nuevas sustancias. Suele ser recibido con gran interés y ampliamente difundido por los medios de comunicación.

La inauguración en el año 2000 de una lista de correo y en 2006 de un foro propiamente dicho, abre la web de Energy Control al *feedback* con su público, confiriéndole así mucho más impacto. Se convierte, así, en uno de los foros sobre drogas más frecuentado del país, y altamente valorado entre sus usuarios por su gran utilidad. Se crea una relación de confianza con la asociación que sus usuarios difícilmente encuentran en otros ámbitos –exceptuando naturalmente algunos otros foros y perfiles en redes sociales relacionados temáticamente. Es un espacio dónde poder obtener información fiable, no sesgada moralmente, y sentirse libre de compartir las propias experiencias con las drogas sin ser juzgados o manipulados emocionalmente. Surge así una comunidad muy participativa que contribuye a reforzar las conductas de menor riesgo en relación al uso de cada droga en particular.

Pero la interacción entre Energy Control y los usuarios aún podía dar una nueva vuelta de tuerca. La popularización masiva de los *smartphones* y la

llegada de *software* asociado, tal como las aplicaciones lectoras de los enlaces visuales conocidos como códigos QR (Quick Response) inauguran una nueva forma de dirigir una información clave a los consumidores: en la palma de su mano, en el lugar adecuado y en el momento justo, es decir, durante la misma fiesta, sin necesidad que el usuario se acerque al stand de análisis, y con la ventaja de no abordar de forma invasiva a los consumidores. Este método de alerta inmediata e *in situ* se consigue utilizando unos mínimos recursos al alcance de cualquier grupo de reducción de riesgos, pues no necesita de ninguna inversión; tan solo de un poco de tiempo y dedicación para aprender el uso de estas herramientas. Requiere la creación de un blog, donde –desde el propio espacio de fiesta, y mediante el uso del *smartphone* particular de cualquier miembro del equipo de análisis– se suben fotografías de los comprimidos analizados, acompañados de un breve texto alertando de su composición peligrosa o fraudulenta. El acceso al blog se facilita al usuario mediante el mencionado código QR, que puede ser leído con la cámara de su propio teléfono móvil. Una forma sencilla pero efectiva de transmitir las alertas a los interesados.

Una vida mejor gracias a la química, con los servicios de análisis de sustancias que detectan los riesgos de las drogas adulteradas. Traspasar esta información con mensajes de reducción de riesgos individualizados, directos y atractivos ha resultado más efectivo que intentar promover la abstinencia en los consumidores de drogas. El contacto con los voluntarios o profesionales de los servicios de análisis de sustancias, combinado con la información práctica que proporcionan este tipo de servicios, han dado respuesta a las necesidades de los usuarios de drogas, convirtiéndose así en su puerta de entrada a los servicios de prevención.

Referencias bibliográficas

- ANDREASEN, Mette Findal; TELVING, Rasmus; BIRKLER, Rune; SCHUMACHER, Bente & JOHANNSEN, Mogens (2009). "A fatal poisoning involving Bromo-Dragonfly". *Forensic Science International*, 183 (1-3), 91–6.
- BENSCHOP, Annemieke; RABES, Manfred & KORF, Dirk J. (2002). *Pill Testing, ecstasy & prevention*. Amsterdam: Rozenberg.
- BRUNT, Tibor M; RIGTER, Sander; HOEK, Jani; VOGELS, Neeltje; VAN DIJK, Peter & NIESINK Raymond J. M. (2009). "An analysis of cocaine powder in the Netherlands: content and health hazards due to adulterants". *Addiction* 104 (5), 798-805.
- BÜCHELI, Alexander; HUNGERBÜHLER, Ines; SCHAUB, Michael (2010). "Evaluation of Party Drug Prevention in the City of Zurich", *SuchtMagazin* 5, 38-43.
- CAUDEVILLA-GÁLLIGO, Fernando; RIBA, Jordi; VENTURA, Mireia; GONZÁLEZ, Débora; FARRÉ, Magí; BARBANOJ, Manuel José & BOUSO, José Carlos (2012). "4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B): presence in the recreational drug market in Spain, pattern of use and subjective effects". *Journal of Psychopharmacology*, 26 (7), 1026-35.

- CUYÀS, Elisabet; VERDEJO-GARCÍA, Antonio; FAGUNDO, Ana Beatriz; KHYMENETS, Olha; RODRÍGUEZ, Joan; CUENCA, Aida; DE SOLA LLOPIS, Susana; LANGOHR, Klaus; PEÑA-CASANOVA, Jordi; TORRENS, Marta; MARTÍN-SANTOS, Rocío; FARRÉ, Magí & DE LA TORRE, Rafael (2011). "The Influence of Genetic and Environmental Factors among MDMA Users in Cognitive Performance". *PLoS One*, 6 (11), 1-9.
- EMCDDA (2003). *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2012). *Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 4-methylamphetamine*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Energy Control (2011). *Análisis de sustancias. Informe 2011*. Barcelona: Energy Control. Disponible en <http://energycontrol.org/files/analisis/Informe_analisis_EC_2011.pdf>.
- EROWID (2009). *Information on Reported Deaths Related to 2C-B-Fly*. Disponible en <http://www.erowid.org/chemicals/2cb_fly/2cb_fly_death1.shtml>.
- FORNÍS, Iván; VIDAL, Claudio; CADEVILLA, Fernando & VENTURA, Mireia (2013). "Nuevas drogas de síntesis: legal highs en España (2010-2012)". *Medicina Clínica*, 140 (4), 189-190.
- HUNGERBUEHLER, Ines; BUECHELI, Alexander & SCHAUB, Michael (2011). "Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and poly-drug use – evaluation of Zurich's drug checking services". *Harm Reduction Journal*, 8, 16.
- JOHNSTON, Jennifer; BARRAT, Monica; FRY, Craig; KINNER, Stuart; STOOVÉ, Mark; DEGENHARDT, Louisa; GEORGE, Jessica; JENKINSON, Rebecca; DUNN, Matthey & BRUNO, Raimundo (2006). "A survey of regular ecstasy users' knowledge and practices around determining pill content and purity: Implications for policy and practice". *International Journal of Drug Policy*, 17 (6), 464-472.
- KNOWLES, Lewinda; BUXTON, Jane; BUXTON; SKURIDINA, Nataliya; ACHEBE, Ifeoma; LEGATT, Donald; LEGATT, Fan, Shihe; YAN ZHU, Nancy & TALBOT, James (2009). "Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia". *Harm Reduction Journal*, 6, 30.
- PARDO, Ricardo; ÁLVAREZ, Yolanda; BARRAL, Diego & FARRÉ, Magí (2007). "Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso". *Adicciones*, 19 (3), 225-238.
- PARROT, A. C. (2004). "Is ecstasy MDMA? A review of the proportion of ecstasy tablets containing MDMA, their dosage levels, and the changing perceptions of purity". *Psychopharmacology*, 173 (3-4), 234-241.
- ROVIRA, Josep & IBÁÑEZ, Victor (2002). "Testeo y análisis de sustancias como práctica para una reducción de riesgos". *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 16, 61-76.
- TEDI: Trans European Drug Information. (2012a). *Guidelines for Drug Checking Methodology*. Disponible en <http://www.tediproject.org/uploads/guide_lines_file_1343031809.pdf>.
- TEDI: Trans European Drug Information (2012b). *TEDI Drug Checking Consultation and Counselling Guidelines*. Disponible en <http://www.tediproject.org/uploads/guide_lines_file_1349056705.pdf>.
- VANATTOU-SAIFOUDINE, N.; MCNAMARA, R.; HARKIN, A. (2012). "Caffeine provokes adverse interactions with MDMA ("Ecstasy") and related psychostimulants: mechanisms and mediators". *British Journal of Pharmacology*, 167 (5), 946-959.
- VENTURA, Mireia; CADEVILLA, Fernando; VIDAL, Claudio & Grupo Investigadores SELECTO (2010). "Cocaína adulterada con levamisol: posibles implicaciones clínicas". *Medicina Clínica*, 136 (8), 367-368.
- ZHU, Nancy Y.; LEGATT, Donald F. & TURNER, Robert (2009). "Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole". *Annual Internal Medicine*, 150 (4), 287-9.

BLOQUE III

**MÁS ALLÁ DEL POLICONSUMO.
LA REDUCCIÓN DE RIESGOS SUSTANCIA
A SUSTANCIA**

ALCOHOL Y REDUCCIÓN DE RIESGOS Del saber beber y otras cuestiones

Claudio VIDAL

Energy Control. Asociación Bienestar y Desarrollo
claudiovidal@energycontrol.org

Introducción

Si hay una droga con la que existe una mayor probabilidad de que la población entre en contacto en algún momento de su vida, ésta es sin duda alguna el alcohol. Y, si hablamos de fiesta, tampoco cabe duda de que es la sustancia de elección para un gran número de personas. Por ello, hablar de alcohol es obligado a la hora de hablar de la reducción de los riesgos asociados al uso de drogas. Así, en este capítulo, haremos un repaso a cómo actúa esta sustancia, divina para unos y demoníaca para otros, en el organismo, nos acercaremos sucintamente a describir su papel en el ocio nocturno actual, hablaremos de sus principales riesgos y de las orientaciones básicas que cualquier persona consumidora debería seguir, si lo desea, para minimizar los posibles riesgos y, finalmente, daremos algunas pinceladas sobre las intervenciones de reducción de riesgos que, en materia de consumo de alcohol, se han llevado a cabo en los últimos años.

¿Cómo actúa el alcohol en el cuerpo?

Al tomar una bebida alcohólica, aproximadamente un 20% del alcohol comienza a pasar a la sangre desde el propio estómago, aunque será en el intestino donde lo haga el 80% restante. A los cinco minutos de haber bebido ya puede encontrarse alcohol en la sangre y la concentración máxima de éste no se alcanzará hasta que pasen entre 30 y 90 minutos. La cantidad de alcohol que finalmente se concentra en la sangre puede alterarse según una serie de factores que conviene conocer, puesto que, son la base de algunas recomendaciones para un consumo de menor riesgo, como son: el tiempo que el alcohol permanece en el estómago, que será mayor si contiene alimento y así mayor será también la acción de la enzima alcohol deshidrogenasa o ADH que lo metaboliza antes de pasar a la sangre; factores genéticos como la menor cantidad de esa enzima en las mujeres, y que explica el hecho de que ellas alcancen alcoholemias más altas cuando beben la misma cantidad de alcohol que los hombres; la cantidad de alcohol que lleva la bebida, de

manera que cuanto mayor sea, más rápido se absorberá; y, finalmente, el que la bebida lleve gas o no, ya que el gas de algunas bebidas o de los refrescos de los combinados hace que el alcohol pase mucho más fácilmente a la sangre.

Una vez que el alcohol pasa a la sangre, se distribuye con facilidad y pasa prácticamente por todos los sistemas corporales. Cuando la sangre pasa por los pulmones, una pequeña parte del alcohol se vaporiza haciendo que pueda detectarse mediante un etilómetro. La cantidad de alcohol que hay en la sangre en un momento dado es lo que se llama alcoholemia y hay dos maneras de expresarla, según sea la forma de medirla: en gramos/litro (g/l) si se mide en la sangre y en miligramos/litro (mg/l) si se mide en el aire expirado.

Entre el 90% y el 95% del alcohol que se ha tomado se metaboliza en el hígado y el resto se elimina sin transformarse por la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado. El hígado metaboliza, por término medio, unos 0,15 gramos por litro de sangre y hora (o 0,07 mg/l/hora) sin que esta velocidad pueda alterarse. Por ello, no son ciertos algunos mitos que circulan sobre la eliminación del alcohol, según los cuales hacer que la persona se mueva (por ejemplo, corriendo), que orine mucho, que respire rápidamente, etc., hará que el alcohol se elimine más rápidamente. Incluso haciéndolo todo a la vez, tan sólo se conseguirá eliminar como máximo un 10% del alcohol que se ha tomado. No obstante, parece que hay personas que eliminan el alcohol de manera más rápida, especialmente aquellas que han bebido grandes cantidades y aquellas que suelen beber mucho con frecuencia.

Desde el punto de vista farmacológico, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Esta depresión varía en función de la cantidad de alcohol que se haya tomado, de manera que, a más cantidad, mayor depresión. Con alcoholemias muy altas, la depresión del sistema nervioso central puede llegar a suponer una amenaza para la vida de la persona. Sin embargo, esta depresión no sólo se traduce en una disminución de las funciones corporales (que serán de crucial importancia de cara a los riesgos si se combina el consumo con actividades como el conducir un vehículo), sino que también hace que el alcohol actúe como un desinhibidor. Esto último explica por qué, estando bajo sus efectos, se pueden hacer cosas que normalmente no se harían y que pueden tener una vertiente positiva (por ejemplo, mejorando las habilidades sociales) o negativa (por ejemplo, favoreciendo una mayor asunción de riesgos). Desde el punto de vista de los efectos subjetivos, es a dosis bajas o moderadas cuando se producen la mayoría de los efectos deseados del alcohol, que comienzan a desaparecer a medida que aumenta la cantidad de alcohol en sangre.

Alcohol y ocio nocturno

En nuestro país, el consumo anual *per capita* de alcohol ha ido, en general, descendiendo desde la década de los ochenta, manteniéndose, en lo que

llevamos de nuevo siglo, en el orden de unos once litros de alcohol puro por habitante al año (OMS, 2012). Sin embargo, se ha ido produciendo en paralelo una transformación importante en la manera en que la población española, y especialmente la más joven, se relaciona con el alcohol. Efectivamente, esta relación se ha ido transformando desde un modelo de beber calificado como mediterráneo (frecuente y moderado) a uno “nórdico” (concentrado e intensivo), aunque aún conserve algún aspecto del primero como es el beber en la calle (Calafat, *et al.*, 2005).

“Salir a tomar algo” se ha convertido en una expresión del deseo de reunirse con los demás y disfrutar de un espacio y tiempo en común que refleja el papel tan importante que el consumo de alcohol tiene en nuestras vidas. Muchos jóvenes se reúnen en torno a las bebidas alcohólicas, siendo en este contexto donde principalmente se transmiten las normas de cómo usarlo, qué esperar de él, cuáles son sus riesgos y cómo manejarlos.

Sin embargo, hay un grupo entre las personas que beben que lo hace de manera intensiva. En nuestro país, en 2009, este grupo representó el 14,9% de los bebedores, aunque con importantes diferencias en función del sexo (se da más entre hombres que entre mujeres) y de la edad, ya que es más frecuente entre jóvenes de entre 20 y 29 años (OED, 2012). Aunque el concepto de “consumo intensivo de alcohol” (o *binge drinking* en inglés) aún requiere de un mayor consenso y definición, en nuestro país el Plan Nacional sobre Drogas lo define como el consumo en la misma ocasión de 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y de 4 o más en el caso de las mujeres (OED, 2012). Esta manera de beber se ha relacionado con el deseo de obtener un estado de embriaguez de manera rápida, pero que, a la vez, implica asumir mayores riesgos no sólo por los efectos en el organismo de tomar una elevada cantidad de alcohol, sino que también por la combinación de dicho consumo con ciertas actividades.

Alcohol y riesgos

El consumo episódico (concentrado en las noches del fin de semana) e intensivo (de elevadas cantidades en cortos periodos de tiempo) se asocia con un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas. Aunque los problemas típicamente asociados al consumo intensivo de alcohol (como los trastornos cardiovasculares o digestivos, o la propia dependencia a la sustancia) son poco significativos para los más jóvenes (Stolle, Sack y Thomasius, 2009), existen una serie de riesgos y problemáticas específicas del binomio alcohol-oio nocturno que deben convertirse en prioridad para las intervenciones de reducción de riesgos.

Con el objetivo de ofrecer una descripción didáctica de estos daños y riesgos, diferenciaremos entre aquellos que tienen que ver directamente con

la ingesta de alcohol y aquellos que tienen que ver con la combinación del consumo con otras actividades. Entre los daños directamente asociados con la ingesta, el más relevante es la intoxicación etílica que es la problemática asociada al consumo de alcohol que con más frecuencia se presenta en los dispositivos de urgencia (Burillo *et al.*, 2008). La intoxicación etílica se produce cuando se alcanzan niveles tóxicos de alcohol en sangre y, aunque en la mayoría de los casos se trata de intoxicaciones leves, algunas veces puede suponer una amenaza para la vida de la persona. La intoxicación etílica no solo se produce por beber grandes cantidades de alcohol sino que la forma en que se bebe también puede aumentar el riesgo de sufrirla: por ejemplo, bebiendo de manera rápida o con el estómago vacío. Además, hacer del consumo de alcohol un hábito que se repite con frecuencia se ha asociado con alteraciones en la salud de diversa índole que pueden repercutir de manera significativa en la persona (por ejemplo, problemas gastrointestinales, hepáticos, cardiovasculares, neurológicos, etc.).

Por otra parte, cuando el consumo de alcohol se combina con ciertas actividades puede incrementarse de manera significativa el riesgo de sufrir problemas. Tal sería el caso de la conducción de vehículos bajo el efecto de las bebidas alcohólicas, las relaciones sexuales desprotegidas o no deseadas y el consumo simultáneo de alcohol con otras drogas, incluidas las bebidas energéticas. Además, en los últimos años, está despertando una especial preocupación el aumento de la violencia en los espacios de ocio, que se traduce en un mayor riesgo de verse involucrado/a en peleas o de recibir amenazas, especialmente cuando se está bajo los efectos del alcohol. En nuestro país son varios los estudios que han investigado en qué medida algunos de estos riesgos o daños se dan entre las personas que salen de fiesta (véase, por ejemplo, Becoña, Juan, Calafat y Ros, 2008; Calafat, Adrover, Juan y Blay, 2008; Cruz, Quintela y López, 2008; Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009; Blay *et al.*, 2008; Schnitzer *et al.*, 2010; García-Repetto y Soria, 2011).

Saber beber: orientaciones básicas para un consumo de menor riesgo

Cuando hablamos de alcohol y de reducir los riesgos asociados, es necesario hablar de una serie de orientaciones básicas que permitan a la persona que va a beber limitar la cantidad y frecuencia del consumo, extremar la prudencia si se van a realizar determinadas actividades estando bajo sus efectos y conocer cómo actuar en el hipotético caso de que aparezcan problemas.

En primer lugar, es importante limitar la cantidad de alcohol que se bebe en cada ocasión para evitar la intoxicación o sobredosis. Para ello será útil comer antes y mientras se bebe, pero también beber despacio con objeto de que el paso del alcohol a la sangre se produzca de manera lenta. No sólo es una cuestión de dar sorbos a la bebida evitando los tragos largos sino

también de dejar un espacio de tiempo entre consumición y consumición. Lo más importante es dejarle tiempo suficiente al organismo para que vaya eliminando el alcohol consumido y no se produzca una acumulación de éste que, entre otras cosas, se estaría mucho tiempo en eliminar completamente. Debe tenerse en cuenta que bebiendo una cerveza cada hora o un combinado cada dos horas hará que la alcoholemia se mantenga en niveles muy bajos. Todo lo que sea incrementar ese ritmo también se traducirá en paulatinos incrementos en la alcoholemia.

Una vez logrados los efectos deseados, es importante no continuar bebiendo al mismo ritmo ya que, si la alcoholemia alcanzada es alta, los efectos positivos desaparecerán y tenderán a prevalecer solamente los negativos (náuseas, vómitos, descontrol, etc.). Si, a pesar de todo, se desea seguir bebiendo, una opción puede ser tomar bebidas con menor graduación alcohólica o, mejor, bebidas sin alcohol.

Ante una intoxicación etílica o sobredosis, conviene conocer una serie de pautas concretas de manejo de la situación. Cosas que pueden hacerse en ese momento son llevar a la persona a un lugar tranquilo y sin agobios, abrirla (especialmente si hace frío) para contrarrestar la disminución de la temperatura corporal provocada por el alcohol, acompañarla en todo momento y, si no puede mantenerse despierta o pierde el conocimiento, llamar inmediatamente al 112. Si se encuentra muy mal, es conveniente tumbar a la persona de lado (posición de seguridad) para que, si le sobreviene el vómito, pueda hacerlo sin riesgo de ahogamiento. Además, hay cosas que no deben hacerse bajo ningún concepto como dejarla sola (ya que la intoxicación podría empeorar y no habría nadie para atenderla), darle de comer o de beber, o darle bofetadas o echarle agua para que se despierte.

En el caso de que, además de alcohol, se consuman otras drogas es importante conocer algunos riesgos específicos de estas combinaciones. En el caso de mezclar alcohol con cannabis se aumenta la posibilidad de sufrir una lipotimia (“amarillo”, “blanca”, “bajón”, etc.); si se mezcla alcohol con cocaína los efectos se contrarrestan y se puede acabar tomando más cantidad de ambas; si se mezcla alcohol con otros depresores (GHB, benzodiazepinas), los efectos se potencian y se aumenta el riesgo de complicaciones por depresión del sistema nervioso central. Antes de realizar cualquier tipo de combinación, conviene informarse previamente para disminuir la posibilidad de problemas debido a la falta de conocimiento de sus riesgos y, en todo caso, ser prudente.

La misma prudencia cabe observar en el caso de la conducción de vehículos o si hay ocasión de mantener relaciones sexuales. Conducir es una actividad compleja que requiere que la persona esté en las mejores condiciones posibles para realizar una conducción segura, tanto para ella misma como para terceras personas. El alcohol, incluso en cantidades bajas, afecta objetivamente

a estas condiciones y especialmente a aquellas que son necesarias para actuar con rapidez ante los imprevistos (aumenta el tiempo de reacción, perjudica a la percepción de las distancias, etc.) lo que, indudablemente, expone a serios riesgos. Y, en cuanto a las relaciones sexuales, estando bajo los efectos del alcohol no solo es posible que el fragor del momento impulse hacia personas que en otras circunstancias no nos hubieran llamado la atención, sino que también el uso del preservativo se puede volver mucho más inconsistente que en la sobriedad de otros momentos. Ello, por supuesto, no quiere decir que el alcohol deba excluirse por completo de las relaciones sexuales sino que, en ciertas circunstancias, puede ser necesaria una doble dosis de prudencia y responsabilidad.

Alcohol y reducción de riesgos

En los últimos años han proliferado las acciones educativas/informativas dirigidas a dar a conocer entre las personas que hacen uso del alcohol las estrategias presentadas en el apartado anterior. Para ello, se ha hecho uso de canales diversos para hacer llegar esta información a la población de interés: desde folletos hasta páginas web, pasando por el uso de nuevas tecnologías como los mensajes de texto para teléfonos móviles o la distribución de imágenes a través del sistema Bluetooth®. Aunque se ha puesto en duda la efectividad de las estrategias basadas en la educación o la información a la hora de reducir daños (EMCDDA, 2012), éstas no deben descartarse por completo por cuanto son necesarias y útiles para promover una ciudadanía educada y con el suficiente capital individual como para tomar buenas decisiones y responsabilizarse de sus acciones. Además, si la distribución de esta información se produce entre iguales y en los propios espacios recreativos, puede mostrar una cierta efectividad (EMCDDA, 2012).

Pero, tal y como se mencionó más arriba, los daños asociados al consumo de alcohol no dependen exclusivamente de las personas que beben sino que los propios contextos a los que acuden para beber también pueden ejercer una importante influencia para que se produzcan o no. Así, en los últimos años se ha prestado una especial atención al desarrollo de iniciativas dirigidas a implicar a los espacios recreativos en la reducción de daños a través de intervenciones comunitarias (concienciación y movilización comunitaria), la formación y entrenamiento en la dispensación responsable de bebidas alcohólicas del personal que sirve alcohol (cómo identificar clientela embriagada, manejar situaciones de conflicto y violencia, evitar la venta de alcohol a menores de edad), el establecimiento de normas y leyes (horarios de apertura y cierre, normas de la casa, normativas sobre aforo permitido, control de licencias, leyes sobre consumo de alcohol por parte de menores) o cambios en los entornos (promoción de transporte público, cambios en la iluminación de las

calles, reducción del número de locales en una zona determinada, prohibición de utilizar vasos de cristal). En general, aún se dispone de poca información para valorar adecuadamente la efectividad de muchas de estas intervenciones (Calafat, Juan y Duch, 2009; Akbar, Baldacchino, Cecil, Riglietta, Sommer y Humphris, 2011; Bolier, Voorham, Monshouwer, van Hasselt y Bellis, 2011) pero algunas de ellas están ofreciendo resultados prometedores.

Y para terminar

En este capítulo se ha pretendido aportar una aproximación a esta sustancia, el alcohol, que se ha convertido en un elemento casi indispensable en los hábitos de ocio de gran número de personas.

A ello no sólo ha contribuido el efecto que el propio alcohol tiene sobre quien lo consume. La importancia que el ocio nocturno tiene entre las generaciones nacidas en las últimas décadas ha ofrecido también un contexto idóneo para que el consumo de alcohol haya encontrado un lugar relevante.

El abordaje del consumo de alcohol desde la reducción de riesgos va más allá de la promoción de hábitos de ingesta prudentes y la intervención en los propios contextos donde se produce dicho consumo. Aunque beber alcohol esté aceptado socialmente y sea fuente de placer sin daños para un gran número de personas, no debemos dejar de lado el hecho de que, a la vez, puede ser causa de numerosos problemas. Las borracheras entre los más jóvenes, las miradas hacia otro lado de los padres y madres de algunos de estos jóvenes o el papel e influencia que ha ido ganando la industria alcoholera sobre los hábitos de consumo, son solo algunos de los aspectos que merecen una detenida reflexión y análisis crítico y que, aunque excede el propósito de este capítulo, sí merecen, al menos, ser mencionados.

Referencias bibliográficas

- AKBAR, Tahira; BALDACCHINO, Alex; CECIL, Joanne; RIGLIETTA, Marco; SOMMER, Børge & HUMPHRIS, Gerry (2011). "Poly-substance use and related harm: a systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (5), 1186-1202.
- BECOÑA, Elisardo; JUAN, Montse; CALAFAT, Amador & ROS, Margarita (2008). "Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez". *Adicciones*, 20 (4), 357-364.
- BLAY, Nicole; CALAFAT, Amador; JUAN, Montse; BECOÑA, Elisardo; MANTECÓN, Alejandro; ROS, Marga & FAR, Antoni (2010). "Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles". *Psicothema*, 22 (3), 396-402.
- BOLIER, Linda; VOORHAM, Linda; MONSHOUWER, Karin; VAN HASSELT, Ninette & BELLIS, Mark (2011). "Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies". *Substance Use & Misuse*, 46 (13), 1569-1591.

- BURILLO, Guillermo; MUNNÉ, Pere; DUEÑAS, Antonio; TRUJILLO, María del Mar; JIMÉNEZ, Alejandro & ADRIÁN, María Jesús (2008). "Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006". *Emergencias*, 20 (1), 15-26.
- CALAFAT, Amador; ADROVER, Daniel; JUAN, Montse & BLAY, Nicole (2008). "Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres Comunidades Autónomas en 2007". *Revista Española de Salud Pública*, 82 (3), 323-331.
- CALAFAT, Amador; JUAN, Montse, & DUCH, María (2009). "Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: una revisión". *Adicciones*, 21 (4) 387-414.
- CALAFAT, Amador; JUAN, Montse; BECOÑA, Elisardo; CASTILLO, Agurtzane; FERNÁNDEZ, Cesáreo; FRANCO, Marta; PEREIRO, Cesar & ROS, Marga (2005). "El consumo de alcohol en la lógica del botellón". *Adicciones*, 17 (3), 193-202.
- CALAFAT, Amador; JUAN, Montse; BECOÑA, Elisardo; MANTECÓN, Alejandro & RAMÓN, Anna (2009). "Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género". *Psicothema*, 21 (2), 227-233.
- CRUZ, Angelines; QUINTELA, Óscar & LÓPEZ, Manuel (2008). "Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico". *Medicina Clínica*, 131 (20), 783-789.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction (2012). *Responding to drug use and related problems in recreational settings*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- GARCÍA-REPETTO, Rosario, & SORIA, María Luisa (2011). "Sumisión química: reto para el toxicólogo forense". *Revista Española de Medicina Legal*, 37 (3), 105-112.
- Observatorio Español sobre Drogas (2012). *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [Base de datos online]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <<http://who.int/globalatlas/alcohol>>.
- SCHNITZER, Susanne; BELLIS, Mark; ANDERSON, Zara; HUGHES, Karen; CALAFAT, Amador; JUAN, Montse & KOKKEVI, Anna (2010). "Nightlife violence: a gender-specific view on risk factors for violence in nightlife settings: a cross-sectional study in nine european countries". *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (6), 1094-1112.
- STOLLE, Martin; SACK, Peter-Michael & THOMASIUS, Rainer (2009). "Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions". *Deutsches Arzteblatt International*, 106 (19), 323-328.

CANNABIS: PLACERES Y RIESGOS DE UNA COMPAÑERA MILENARIA

Martín BARRIUSO ALONSO

La planta de cannabis, su historia y consumo actual

El cáñamo procede de Asia Central, desde donde se difundió al resto de Asia y desde allí a África y Europa, para extenderse luego al resto del mundo. El cannabis se domesticó muy pronto, siendo una de las plantas que los humanos llevamos usando más tiempo. Ello se debe, entre otras cosas, a su gran versatilidad, ya que del cáñamo se han venido aprovechando tanto las sustancias activas que contiene (que se han empleado con fines ceremoniales, medicinales y lúdicos), como las semillas (usadas en alimentación humana y como pienso) y la fibra de su tallo (ampliamente utilizada para fabricación de cuerdas, tejidos y papel).

Normalmente se suele hablar de cáñamo cuando nos referimos a usos industriales y de cannabis para hablar de los derivados psicoactivos, pero lo cierto es que ambas son la misma planta, solo que las variedades de uso industrial han sido seleccionadas para que no sean psicoactivas. Cannabis es el nombre en latín y cáñamo es en castellano, y se pueden usar indistintamente. En gallego se llama *cánabo*, en euskara *kalamua*, y en catalán *cànem*.

Todas las plantas de cannabis pertenecen a una sola especie (cannabis sativa), que se divide en tres subespecies, sativa, índica y ruderalis. Las semillas que se encuentran actualmente en el mercado son casi siempre mezclas de índica y sativa, en diferentes proporciones. Las distintas variedades producen diferentes proporciones de principios activos. El sustrato de cultivo, el clima y otros factores también influyen, de manera que resulta imposible asegurar por adelantado un determinado efecto.

El cannabis presenta plantas macho y hembra, aunque a veces se dan casos de hermafroditismo. Esto es muy importante a la hora de darle uso psicoactivo, ya que los principios activos más importantes se encuentran casi exclusivamente en las hembras, sobre todo en las flores.

La planta incluye numerosas sustancias en su composición, pero las más características son los llamados cannabinoides, que solo se encuentran en el propio cannabis. Se han descubierto decenas de cannabinoides, pero la mayoría

se presentan en cantidades muy pequeñas o solo en algunos climas y variedades. El poder psicoactivo se concentra en el Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC), que es también la sustancia más conocida del cannabis. El otro componente principal, el cannabidiol (CBD), es mucho menos psicoactivo y contrarresta el efecto del THC.

El cannabis se consume en los cinco continentes. Los datos oficiales hablan de unos 200 millones de consumidores en todo el mundo, 23 de ellos en la Unión Europea. En el Estado español, casi un tercio de la población adulta lo ha probado y se calcula que hay alrededor de medio millón de consumidores de diario.

Formas de uso

La presentación más habitual del cannabis es la marihuana, que son las flores secas de la planta femenina –los conocidos “cogollos”– y que, como hemos dicho, concentra la mayoría de principios activos. La otra forma habitual de presentación es el hachís o hash, pasta elaborada tras extraer la resina que recubre las flores. Más raramente se encuentra aceite de cannabis, cuya concentración de THC es mucho mayor que en los otros dos casos.

La marihuana presente en el mercado español suele tener un claro predominio del THC sobre el CBD, mientras que en el hachís comercial hay mayor presencia de CBD. Eso significa que en la mayoría de los casos la marihuana es más psicoactiva que el hash. Los hachises caseros, en cambio, proceden normalmente de plantas con predominio del THC, y suelen tener un efecto parecido a ellas.

Tanto la marihuana como el hachís se pueden inhalar o ingerir. Fumar porros es la forma de consumo más normal, en general mezclando cannabis y tabaco. El efecto al fumar es rápido y suele durar alrededor de una hora u hora y media. Al quemar el cannabis, la mayor parte de los principios activos se destruyen, por lo que el rendimiento es menor que por otras vías.

Fumar cannabis produce la inhalación de una gran cantidad de sustancias tóxicas resultado de la combustión, y a la larga puede provocar diversos trastornos respiratorios, como bronquitis (que se puede hacer crónica) e irritación, pudiendo llegar a provocar en algunos casos Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y enfisema. Si mezclamos con tabaco, debemos sumar a esos riesgos las toxinas del tabaco (incluyendo los aditivos presentes en muchas marcas) y su carácter altamente adictivo. El uso de boquilla de cartón o de un trozo de cigarro no es recomendable, ya que permiten el paso de más sustancias dañinas. Es mejor usar boquilla de filtro o algún sistema que retenga el alquitrán.

Estos inconvenientes están haciendo que cada vez sean más populares los vaporizadores, aparatos que permiten aspirar los principios activos sin

combustión y, por tanto, sin gases tóxicos. Hay que tener en cuenta que en la vaporización se aprovechan casi todos los componentes, ya que apenas se destruyen. Por tanto, la dosis deberá ser bastante menor que para fumar.

La otra vía más común para el consumo es la oral. Para ello se pueden hacer infusiones (que deben ser de leche entera o algún otro líquido que contenga grasa), cocinar usando marihuana o hachís, o macerar marihuana en algún licor para poder consumirlo más tarde. En caso de ingerir cannabis, debemos saber que la potencia del efecto suele ser mayor que al fumar y que varía más de unas personas a otras. Además, la tolerancia al fumar no protege de la sobredosis por vía oral, ya que el paso por el hígado transforma los cannabinoides, a la vez que aumenta su psicoactividad. De hecho, quienes deseen aprovechar los efectos menos psicoactivos del CBD, deberían evitar la vía oral. Las preparaciones en alcohol deben consumirse con precaución, por el riesgo que supone mezclar ambas sustancias.

También hay que recordar que el efecto por vía oral tarda más en empezar y dura más tiempo que cuando se fuma, y que una comida copiosa, entre otros factores, puede retrasar la aparición de los efectos. Por todas estas razones, la ingestión de alimentos con marihuana está detrás de una gran parte de las urgencias sanitarias relacionadas con cannabis, aunque por suerte no suelen ocurrir problemas demasiado graves y el efecto acaba simplemente por desaparecer.

Dosificación y efectos

La dosificación depende mucho del estado físico y mental de cada persona, de su experiencia, del entorno, de la forma de uso y, por supuesto, de la propia sustancia. Las personas sin experiencia deberían empezar por dosis pequeñas y esperar a ver los efectos. También es preferible iniciarse en el consumo por algún medio que permita un efecto rápido, para poder medirlo y frenar a tiempo si la experiencia no es positiva. Si se va a fumar por primera vez, lo mejor es dar un par de caladas o tres y esperar un rato.

Los efectos del cannabis son muy amplios y abarcan desde la sensación de relax hasta la facilidad para la risa, pasando por aumento de la sensibilidad a los colores y el sonido, mayor creatividad, reducción de las náuseas, y disminución de la sensación de fatiga muscular y de ciertos tipos de dolor. También son muy conocidos el aumento de la sensación de apetito (que puede provocar que comamos demasiado y contribuye al sobrepeso en consumidores veteranos) y la somnolencia, que hace que millones de personas usen el cannabis para dormir. Sin embargo, también puede producir paranoia, desorientación, sensación de irrealidad y pensamiento confuso.

Entre los efectos físicos destacan la relajación muscular (que solo afecta a los músculos estriados, no a los lisos ni a los esfínteres), el descenso de la tensión arterial, un ligero descenso de la temperatura corporal, sequedad

de boca e inyección conjuntival (ojos rojos). La sequedad de boca puede ser especialmente molesta, además de aumentar el riesgo de sufrir otros problemas de salud, así que es conveniente mantener la boca húmeda tras el consumo.

Contraindicaciones

Las personas con complicaciones psicológicas o en tratamiento psiquiátrico no deberían consumir cannabis. Tampoco aquellas con predisposición a trastornos psíquicos, ya que el cannabis puede desencadenar casos de esquizofrenia y psicosis. El uso por parte de menores, sobre todo por debajo de los 16 años, parece incrementar el riesgo de trastornos psíquicos posteriores, incluso en personas no predispuestas. Por tanto, se debe evitar que los chavales y chavalas consuman, ya que puede llegar a interferir en su normal desarrollo psíquico y dejarles secuelas permanentes. También se debe evitar el consumo en épocas de inestabilidad emocional.

Otras personas que deberían abstenerse son aquellas que padecen enfermedades del aparato respiratorio, incluyendo asma, trastornos cardíacos, hipertensión o epilepsia, quienes padecen diabetes, así como las mujeres que crean que pueden estar embarazadas o se encuentren en periodo de lactancia.

Sobredosis y efectos indeseables

La sobredosis de cannabis nunca es mortal, pero podemos tener problemas debido a una dosis excesiva o a la mezcla con otras drogas que potencien los efectos. El accidente más habitual es la bajada de tensión, conocida popularmente como “blancón” o “pálida”, por la intensa palidez que suele producir. En ocasiones, la persona llega a perder parcialmente el conocimiento, y la pérdida de tono muscular hace que no se pueda estar de pie y a veces ni siquiera sentado. Se producen mareos y a veces vómitos.

Se debe colocar a la persona en un lugar tranquilo, a poder ser tumbada y con las piernas en alto. Hay que ponerle la cabeza de lado para evitar que pueda llegar a ahogarse con su vómito. Las bebidas azucaradas, como zumos o refrescos, pueden ayudar también.

Otro problema relativamente frecuente son las crisis de pánico o ansiedad, que a veces se deben a una dosis demasiado elevada, pero que en personas con poca experiencia pueden aparecer a dosis bajas. Hay que tranquilizar a la persona y procurar que esté en un entorno tranquilo.

En caso de sobredosis, puede ser efectiva la administración de ácido acetilsalicílico (aspirina) o indometacina, ya que ambos reducen el efecto del cannabis. No obstante, hay que tener en cuenta que muchas personas son alérgicas y que pueden provocar diversos trastornos.

Algunas personas también pueden sufrir de taquicardia e incluso arritmia por el uso de cannabis, que normalmente desaparece tras abandonar el consumo. El cannabis también actúa sobre el nivel de hormonas, pudiendo afectar a la producción de semen y alterar el ciclo menstrual.

Precauciones

El consumo prolongado de cannabis produce tolerancia, es decir, cada vez hacen falta dosis más elevadas para obtener el mismo efecto. Es conveniente controlar la evolución de nuestro consumo y espaciarlo si vemos que aumenta. Hay muchos usuarios veteranos que periódicamente dejan de consumir durante varias semanas para permitir que se eliminen los cannabinoides almacenados en el cuerpo y recuperar la sensibilidad a los efectos, ya que el aumento de consumo también supone aumento de riesgos.

Aunque no hay propiamente un síndrome de abstinencia de cannabis, el abandono brusco del consumo, sobre todo si ha sido intenso y prolongado, puede provocar alteraciones como insomnio, pérdida de apetito o irritabilidad. Muchas personas tienen dificultades para abandonar o reducir el consumo, incluso aunque lo perciban como negativo. En tal caso, se debería acudir a un especialista.

En el caso de preparar dulces u otros alimentos con cannabis psicoactivo, además de tener en cuenta la gran potencia del efecto (y advertir de ello a los participantes), debemos extremar las precauciones para evitar que puedan ser consumidos por personas ajenas, sobre todo si se trata de niños. Hay que evitar repetir antes de una o dos horas para poder calibrar el efecto de la primera dosis.

El cannabis reduce la memoria a corto plazo, de forma que cuesta más retener datos. También suele reducir la concentración, por lo que deberemos evitar consumir cannabis antes de estudiar o intentar aprender algo que exija buena retentiva.

Adulteraciones

La marihuana, al ser un producto natural sin transformar es difícil de adulterar, mientras que en el caso del hachís en ocasiones se encuentran arena, calcita, polen y resina de otras plantas. Por suerte, las adulteraciones del cannabis no suelen ser con productos peligrosos para la salud y son más bien una estafa. En ocasiones, el hachís desprende un humo negro que se suele atribuir a adulteración con goma, aceite, etc. En realidad, el humo negro indica una presencia de cannabinoides de más de un 15% y es resultado de las propiedades naturales de estas sustancias.

Mezclas con otras sustancias

De todas las drogas, el alcohol es la que peor combina con el cannabis, provocando la mayoría de incidentes por mezclas. Las bebidas alcohólicas incrementan el riesgo de bajada de tensión, el ya comentado “blancón”, y también, aunque más raramente, crisis de pánico. Como veremos después, también es la mezcla que produce mayor riesgo al volante.

La mezcla con drogas visionarias, como LSD o setas, puede aumentar la intensidad de la experiencia, lo cual es bueno para algunos y malo para otros. También puede aumentar el efecto del MDMA o éxtasis, de fármacos antidepresivos como la paroxetina o la fluoxetina, y de los ansiolíticos. La mezcla con estimulantes puede alterar el metabolismo y la presión sanguínea.

En el caso de mezcla con opiáceos como la morfina, la codeína o la heroína, se aumenta el efecto de depresión cardiorespiratoria, lo cual podría llegar a provocar complicaciones fatales en personas con insuficiencia cardiaca o pulmonar. Esta mezcla también puede aumentar la sensación de somnolencia y apatía.

Riesgos legales y sociales

El cannabis es una planta sometida a un estricto control legal. Si decides consumir o cultivar, es importante que conozcas los riesgos legales. La legislación española solo permite la producción y tenencia de cannabis psicoactivo para usos médicos y para la investigación científica, siempre con autorización. En todos los demás casos, la tenencia está prohibida, solo que no siempre se castiga.

Si estamos en un lugar privado, como nuestro domicilio, el consumo y la tenencia destinada al propio consumo no se sancionan, aunque tampoco son legales, y si la policía tuviera acceso por cualquier motivo a la sustancia, podría incautársela.

Si nos encontramos en un lugar público, la Ley de Seguridad Ciudadana castiga la tenencia y consumo con la incautación de la sustancia y multas entre 300 y 30.000 euros. También puede provocar la retirada del permiso de conducir y la licencia de armas. Se castiga cualquier cantidad, por mínima que sea. Las multas se pueden recurrir y, en caso de que la sanción sea definitiva, también se pueden suspender si nos sometemos a “tratamiento” en un centro autorizado, que normalmente consiste en alguna charla o curso formativo, o sencillamente en análisis de orina para comprobar que no consumimos.

No hay una cantidad que se pueda poseer legalmente, ni un número legal de plantas. En principio, el cultivo o la tenencia para el uso personal no se consideran delito, pero no se ha establecido con claridad el límite, por lo que estamos a expensas del criterio del policía o juez de turno.

El tráfico, es decir, el cultivo, tenencia y distribución con fines comerciales se considera delito y el artículo 368 del Código Penal lo castiga con penas de uno a tres años de prisión y multas del doble del valor de lo incautado. Varias circunstancias, como la venta a menores o el tráfico con grandes cantidades, pueden incrementar la pena hasta los seis años de cárcel. También se pueden incautar los vehículos, inmuebles o cualquier cosa que se haya utilizado para cometer el delito. La donación, incluso si no es a cambio de dinero, también puede llegar a considerarse delito.

Si llevamos encima alguna cantidad para nuestro uso y nos la encuentran en un registro, deberemos indicar que es para uso personal. En principio, los cacheos solo son legales en caso de sospecha de delito, no para infracciones administrativas, pero en la práctica hay un abuso policial extendido que lleva a que incluso haya controles de carretera específicos para detectar y sancionar usuarios de cannabis. Resulta muy difícil eludir esta práctica ilegal, ya que corremos el riesgo de que nos acusen de resistencia a la autoridad.

Por otra parte, para entrar en un domicilio particular, la policía necesita orden judicial, y no existe obligación de dejarles entrar si no la presentan, aunque exista denuncia. Si la tuvieran y se va a efectuar un registro en nuestro domicilio, tenemos derecho a la presencia de testigos, como algún vecino. En el caso de fincas, huertas o similares, aunque estén valladas, no existe ese requisito, a no ser que formen parte del domicilio.

Cuando viajemos a otros países, debemos tener en cuenta que en la mayoría de lugares del mundo la simple tenencia o consumo se consideran delito y podemos ser detenidos e incluso encarcelados por llevar encima cantidades pequeñas. Además, aunque el consumo esté despenalizado, puede ocurrir que el hecho de introducir cantidades mínimas se considere contrabando. Antes de viajar, debemos informarnos de la situación legal y del nivel de tolerancia social.

Tampoco hay que olvidar otro tipo de sanciones, como las laborales, en empresas que exigen a sus empleados la abstinencia de drogas ilícitas, incluso en sus periodos de ocio. Aunque el Estatuto de los Trabajadores solo considera motivo de despido la dependencia de drogas, la confusión entre consumo y adicción provoca numerosas sanciones y despidos. En este sentido, hay que recordar la larga permanencia del cannabis en el organismo, que permite su detección en saliva entre 24 y 36 horas, en sangre entre 5 y 36 horas, y en la orina entre 3 y 10 días, aunque en algunos casos puede llegar a detectarse varias semanas después del consumo.

Además, no debemos olvidar que el cannabis, aunque actualmente esté progresivamente más normalizado en el Estado español, es una sustancia tradicionalmente mal vista, prohibida por la religión católica, y que durante la mayor parte del siglo XX se consideraba propia de personas marginales y de

mal vivir. Muchas personas mantienen hoy esa visión negativa y hay numerosas situaciones en las que un consumidor puede ser estigmatizado y discriminado.

Cannabis y conducción

El consumo de cannabis, debido a los efectos que ya hemos descrito antes, puede reducir la capacidad para conducir vehículos y realizar otras tareas peligrosas. Aunque seguimos contando con pocas publicaciones científicas acerca de los efectos de fumar cannabis sobre la conducción, y prácticamente nada sobre ingestión de cannabis por otras vías, los estudios existentes coinciden en algunos puntos.

Cuando el cannabis se consume solo y en dosis moderadas no parece afectar negativamente a la habilidad para conducir. Hay algunos estudios que hablan de un incremento del riesgo de accidente si se consume cannabis, pero no distinguen entre diferentes niveles de consumo. Sin embargo, la mayoría de estudios no detecta variación en la forma de conducir entre antes y después del consumo, ni se aprecia un incremento en el riesgo de sufrir o provocar un accidente. Esto no significa que nos debamos despreocupar, ya que la pérdida de reflejos y concentración están ahí y hacen desaconsejable el consumo de cannabis antes de cualquier tarea peligrosa.

La situación empeora cuando se mezclan cannabis y alcohol, ya que éste suprime la conciencia sobre la merma en las capacidades, además de deteriorar otras funciones cognitivas distintas de las del cannabis. El riesgo de accidente es mucho mayor con la mezcla de alcohol y cannabis que con alcohol solo.

Actualmente, las pruebas que se usan para la detección de cannabis aún no son suficientemente fiables, de manera que se pueden dar falsos positivos y negativos. Es frecuente dar positivo por consumos efectuados hace horas y que ya no provocan efecto. Si reconocemos que hemos consumido, aunque sea hace días, es probable que el positivo se dé por bueno.

Si el test da positivo, se tramitará una sanción que puede suponer 500 euros de multa, pérdida de seis puntos del carné y retirada del mismo durante tres meses. Si, además, hemos hecho algo raro que haga pensar que somos peligrosos al volante, la denuncia suele tramitarse como delito contra la seguridad del tráfico, que en el mejor de los casos supone retirada del carné durante ocho meses y una multa bastante mayor. Existe la posibilidad de pedir un contra-análisis. Es obligatorio someterse a la prueba de detección y la negativa se considera infracción grave.

La ética cannábica

El consumo de cannabis ha de ser fruto de una decisión libre de una persona adulta y capaz. Usar cannabis libremente es un derecho que debería

ser respetado, pero de igual manera se debe respetar el derecho a no consumir del resto. No se debe insistir a quien no desea consumir, ni tampoco obligar a nadie a hacerlo. Hemos de tener en cuenta esto cuando nos hallemos en lugares en donde conviven personas consumidoras y no consumidoras. En el caso de fumar, debemos respetar los espacios comunes para no convertir en fumador pasivo a quien no desee serlo.

Es una grave irresponsabilidad darle a alguien cualquier producto psicoactivo sin advertirle. Las bromas de mal gusto, como repartir un pastel con marihuana sin avisar, acaban con frecuencia en el hospital, además de que pueden acarrear problemas legales. Aunque el cannabis sea una planta en general poco peligrosa, lo cierto es que hay muchas personas que pueden llegar a sufrir experiencias pavorosas y graves problemas de salud por consumirlo. También hay muchas personas que sienten miedo o aprensión, sentimientos que debemos respetar, ya que el respeto a quienes no consumen en la única manera de lograr que se respete a quienes sí lo hacemos.

Bibliografía

- ARMENTANO, Paul (2011). Cannabis and Driving: A Scientific and Rational Review. NORML. Disponible en <http://norml.org/pdf_files/NORML_Cannabis_And_Driving.pdf>.
- COLECTIVO Interzona (ed.) (2005). *Cannabis*. Madrid: Amargord.
- GREEN, Jonathan (2004). *Cannabis, una enciclopedia ilustrada*. Barcelona: RBA.
- GROTENHERMER, Franjo (2008). *Cannabis como medicamento*. Barcelona: La Cañamería Global.
- IVERSEN, Leslie (2001). *Marihuana. Conocimiento científico actual*. Barcelona: Ariel.
- SEIC (Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides) (2002). *Guía básica sobre los cannabinoides*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE MDMA

Ricardo CAPARRÓS

Unai PÉREZ DE SAN ROMÁN

Miren UGARTE

Ai Laket!!

ailaket@ailaket.com

Introducción

Este capítulo pretende ser una pequeña revisión del uso de la sustancia MDMA desde sus aplicaciones terapéuticas hasta el consumo lúdico. Se tratarán aspectos como sus efectos placenteros y los no deseados, pero sobre todo se desarrollarán las pautas de reducción de riesgos para un consumo más seguro. Desde la óptica de la gestión de placeres y riesgos en el trabajo preventivo en espacios de ocio.

Historia y usos

La 3,4-metilendioximetanfetamina (C₁₁H₁₅NO₂) o MDMA fue sintetizada por primera vez en 1912 por los laboratorios Merck en Alemania, sin que se le diera ninguna utilidad ni se realizasen estudios de consumo, quedando en el olvido hasta el año 1953. Por aquel entonces el ejército norteamericano, en la búsqueda de sustancias que facilitarían los interrogatorios encargó a la Universidad de Michigan un estudio que constató su toxicidad a dosis elevadas en animales (Paredes, Bobes, Sáiz y García-Portilla, 2003). No se utilizó en humanos hasta mucho más tarde. El químico y profesor de Toxicología norteamericano Alexander Shulgin desarrolló un nuevo método de síntesis de la MDMA en 1965, pero tuvieron que pasar once años hasta que comenzase a experimentarla en su propio cuerpo. En sus cuadernos de notas llegó a escribir: “Nunca me he sentido tan bien ni he pensado que esto pudiera ser posible” (Shulgin y Shulgin, 1991 en Caudevilla, 2005: 19) y dos años más tarde publicó un artículo científico, iniciando así la etapa de experimentación científica. De la mano de Shulgin, el psicólogo Leo Zeff dedicó los últimos años de su vida a difundir las propiedades de la MDMA e instruir a grupos de terapeutas en la práctica profesional con esta sustancia. La MDMA fue acogida con hermetismo por círculos científicos que habían usado LSD como herramienta psicoterapéutica y que tras su difusión pública había sido ilegalizada. Esa experiencia marcó el devenir de los insuficientes ensayos clínicos con Adam, nombre que adquirió la MDMA en el ámbito terapéutico.

Simultáneamente proliferaron diversas redes de distribución en Estados Unidos con el ánimo de promocionar el auto consumo y también de obtener ganancias económicas. Al sobrenombre Adam se le suman otros como XTC o éxtasis, denominación de la sustancia para el mercado lúdico rebautizada por Michael Clegg, del “grupo de Texas”. Este grupo, comenzó a introducir MDMA a pequeña escala a principios de los años ochenta en círculos de ocio norteamericanos que valoraban las cualidades de esta sustancia. La MDMA impregnó movimientos culturales como el New Age, el post *hippie*, los denominados jóvenes profesionales urbanos o *yuppies* y se socializó en clubes nocturnos. En el campus universitario de Colorado aparecieron camisetas con el eslogan “no te cases hasta seis semanas después de tomar MDMA” en clara referencia a la guía de uso que había escrito el psicólogo y defensor del uso terapéutico del LSD Timothy Leary.

Este uso lúdico alertó a las autoridades y la Drug Enforcement Agency (DEA) propone incluir la MDMA en la Lista I de sustancias sin uso médico. Un grupo de psiquiatras y abogados consigue celebrar una audiencia defendiendo el uso terapéutico y propone incluir la MDMA en la Lista III. El caso llegó a los tribunales, el proceso se dilata más de un año, mientras la DEA, mediante una antigua ley, se adelanta a la decisión e ilegaliza la sustancia en el año 1985. Meses más tarde, se emite la recomendación judicial de incluir la MDMA en la Lista III y la propia DEA desacredita al juez Francis Young. Un recurso a la Corte de Apelación norteamericana permite revocar la ilegalización durante los dos primeros meses del año 88, pero una vez más se impuso la decisión política frente a la sanitaria y fue incluida definitivamente en la Lista I.

La misma circunstancia sucede en la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1985 el comité de Expertos en Drogodependencias publica en su XXXIII informe que “los resultados obtenidos son suficientemente interesantes como para recomendar y fomentar que las investigaciones sobre esta interesante sustancia prosigan” y reconoce que se carece de datos de potencial de abuso o problemas de salud asociados a su consumo. Pese a estas recomendaciones, el informe proponía incluirla en la Lista I, haciendo efectiva la prohibición de todo tipo de uso en todos los países suscritos al Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena. Para aquel entonces la MDMA había traspasado fronteras, llegando a diversos clubes al calor de la nueva tendencia musical: “house música”.

La historia de la MDMA dió un vuelco cuando se empezó a difundir en las pistas de baile europeas. Ibiza, durante el verano de 1987 conocido como el verano del amor, fue el epicentro de la difusión en los clubs y pistas de baile. A partir de entonces, el éxtasis se asoció a la cultura de baile y a las largas noches de fiesta. En el Estado español la popularización y difusión del éxtasis se asocia a la ruta de bacalao de Levante. Valencia con un modelo de

gestión del ocio nocturno innovador, fue pionero en las largas salidas nocturnas (tanto en tiempo como en distancia). La ruta del bacalao se asoció al consumo de pastillas (pastillas de la “muerte” según la prensa de la época), aunque se consumieron muchas otras sustancias. El éxtasis en la ruta del bacalao se conocía como las “mescas” que alguien pensaba que estaban compuestas de mescalina, pero era MDMA (o incluso MDA) en concentraciones generosas. Estos consumos despertaron la alarma mediática y desplazaron el problema de “La Droga” de la heroína a la MDMA. En el *¿Consumo de drogas o drogas de Consumos?* de esta misma obra, se realiza un repaso profundo de los factores sociales que posibilitaron la emergencia de los consumos normalizados durante los noventa. Para conocer más hondamente la historia de la ruta del bacalao véase Oleaque (2004).

A finales de los noventa el consumo de pastillas de MDMA se estabilizó, e incluso empezó a bajar, para algunos jóvenes su consumo se empezó a asociar a problemas y a estilos de vida indeseados. No obstante, el mercado negro resignificó la MDMA de formato, de pastillas a polvo o roca, y esta sustancia continuó bien presente en los espacios de ocio nocturno. El cambio de formato originó alguna confusión entre usuarios, pensando que se trataban de diferentes drogas. El formato polvo desplazó las pastillas que durante la primera década del siglo XXI estuvo en horas bajas. Aunque a tenor de los problemas de abastecimiento del MDMA en polvo durante el periodo 2008-2009, la presentación en pastilla volvió a ser de uso corriente en las pistas de baile, esto unido a que los consumidores se percataron de la facilidad con que se podía adulterar el polvo de MDMA, ha comportado una cierta vuelta de la presencia de pastillas. Una revisión exhaustiva de la historia de la MDMA se pueden ver en Caudevilla (2006).

La composición del éxtasis

El principio activo del MDMA es la 3,4-metilendioximetanfetamina. Este distinguido nombre ha generado múltiples confusiones, la más común de ellas ha sido confundirla con la metanfetamina, tanto por el parecido nombre de su estructura química como por su nombre en argot (cristal). En los últimos años el MDMA ha pasado en nuestras calles del habitual formato en pastilla a un formato en cristal, con lo que en las calles ha pasado de los más habituales nombres: éxtasis, rulas, pastis, etc., al reciente cristal o eme. En muchos casos este cambio en la denominación, y el anteriormente citado parecido nombre científico, han confundido al habitual *crystal* o *ice* de EE.UU. que denomina a la metanfetamina con el cristal que denomina al MDMA.

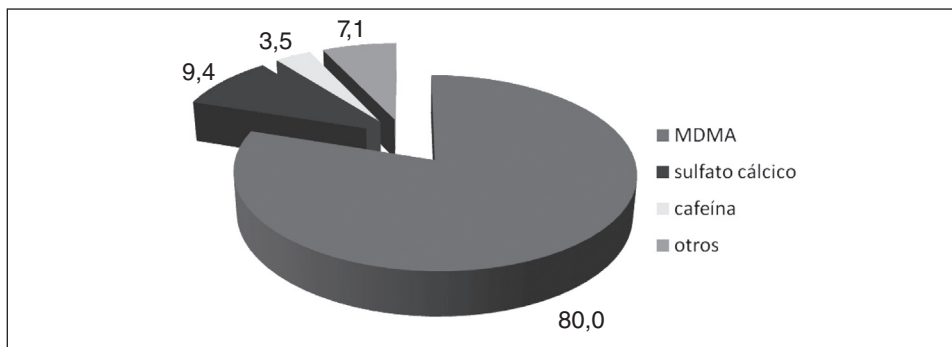
Nuestro cerebro debe ser un excelente químico ya que pequeñas variaciones moleculares puede originar efectos muy diferentes. Así en la familia de las feniletilaminas tenemos numerosas muestras de esos pequeños cambios y esas

grandes variaciones. Alexander Shulgin se encargó de experimentar por todas las personas consumidoras y no deberíamos de perder de vista sus conocimientos si queremos disfrutar de esta numerosa familia, y no tener sorpresas de efectos inesperados, demasiado potentes o duraderos.

La adulteración y la calidad es uno de los aspectos clave para reducir riesgos y daños en el consumo de MDMA; por esto es conveniente conocer de primera mano la composición de las sustancias que se compra en el mercado negro. Ai Laket!! realiza desde sus inicios análisis de sustancias, en la Imagen 1 se observa la media de MDMA registrada en las 26 muestras analizadas desde enero hasta noviembre del 2012.¹ La media de MDMA alcanza el 80%. Entre los adulterantes el sulfato cálcico o yeso es el más habitual con un 9,4%, la cafeína aparece en un 3,5 %, y la suma del resto de adulterantes aporta el 7,1% del total.

IMAGEN 1

Media registrada durante el año 2012 en muestras de MDMA



Fuente: Servicio de análisis de Ai Laket!!

Un dato a tener en cuenta es que de las 26 muestras analizadas 2 de ellas no contenían nada de MDMA. Son los llamados timos, que si bien en los últimos dos años han bajado notablemente, anteriormente se encontraban con mayor frecuencia. Si no tenemos en cuenta estas dos muestras la media de pureza de las muestras asciende a un 86,4%, lo cual sitúa al éxtasis como una de las sustancias menos adulteradas del panorama actual.

Entre los timos encontrados este año las sustancias detectadas han sido el DXM dextrometorfano, y una combinación de cafeína y mefedrona. En anteriores años, cuando la escasez de MDMA en el mercado negro era más patente, ha sido más habitual encontrar mCPP como adulterante principal. Estos timos intentan confundir a las personas usuarias con alguno de los

1. Muestras recogidas por la Asociación Ai Laket!! Elkartea en sus diferentes proyectos. Para más información <www.ailaket.com>.

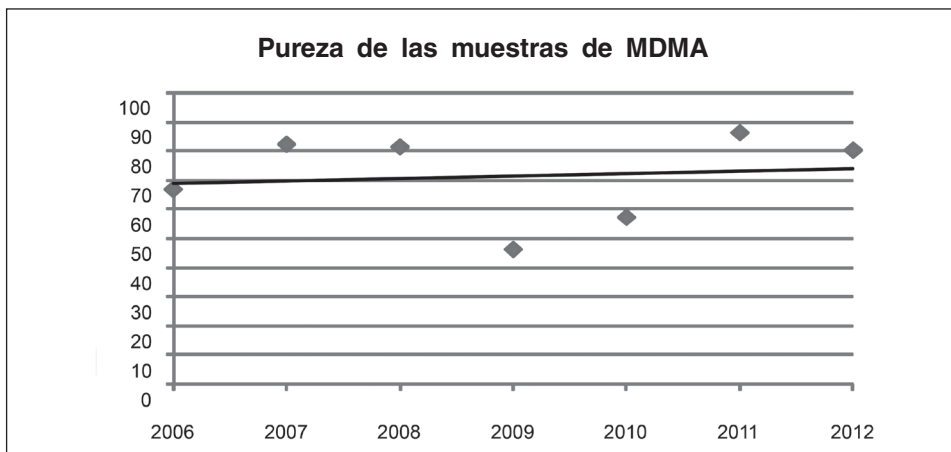
efectos psicoactivos, a la esperanza de poder engañarlas mediante la maraña del poli consumo, la poca experiencia o la disculpa del mercado negro y sus desventajas.

Otro factor importante en la composición es la forma de presentación. Si tradicionalmente las pastillas han sido el formato más común, hoy en día el formato en cristal es más habitual en nuestros análisis. El formato cristal dificulta la adulteración del mismo ya que no es tan sencillo añadir otras sustancias como en otras presentaciones (polvo o comprimidos), por lo que esta presentación habitualmente tiene una mayor pureza. Para poder dar forma de comprimido o pastilla es necesario compactarlo por lo que habitualmente se utiliza sulfato cálcico. Esto determina que las pastillas de MDMA tengan un porcentaje de esta sustancia o de otras análogas. De todas formas los análisis demuestran que en los últimos tiempos el porcentaje de MDMA presente en las pastillas es mayor.²

Podemos ver en la Imagen 2 la tendencia de pureza de estos últimos años. Destaca el descenso registrado en el año 2009. Durante ese año los timos tuvieron su mayor número por lo que la media de pureza registrada descendió hasta un 46%. Después de un año de transición los porcentajes han vuelto al entorno del 80% a la espera de no tener otras olimpiadas en China, y tener que sufrir la escasez de precursores y el consiguiente aumento de timos.

IMAGEN 2

Tendencia de la pureza del MDMA entre los años 2006 y 2012



Fuente: Servicio de análisis de Ai Laket!!

2. Muestras recogidas por Energy Control en el año 2012 <<http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/resultados/alertas/482-atencion-pastillas-con-alta-concentracion-de-mdma.html>>.

Efectos inmediatos lúdicos

Sabemos que los efectos varían en función de la dosis ingerida, del contexto del consumo y del estado de ánimo de la persona consumidora, así como de sus expectativas y características personales. Norman Zinberg lo tenía claro, aunque muchas personas perduran en su difícil tarea de conseguir a toda costa aquellas sensaciones memorables de las primeras experiencias con el MDMA, repitiendo sustancias y dosis, o aumentando estas para atajar el camino. Y es que la pérdida de la magia es una barrera natural que impide que recibamos siempre los mismos efectos aunque se intente.

La MDMA es un estimulante del sistema nervioso central, que además aporta efectos entactógenos (estar en contacto con tu interior) y empatógenos (capacidad de conectar con tu alrededor y compartir sus sentimientos). La vía de administración más habitual es la oral. Una dosis media, por vía oral, es de entre 1-1,5 mg por kilo de peso. Sobrepasar la dosis de 150 mg puede incrementar los efectos no deseados y los riesgos.

También hay personas que eligen la vía intranasal, los efectos así serán más rápidos y menos duraderos. Se puede producir una pérdida de los efectos entactógenos y empatógenos a favor de los estimulantes. Además tiene otras desventajas como el agudo picor nasal, el sabor desagradable y el aumento de los riesgos, por lo que sin discriminar otras vías de administración nos centraremos mayormente en los efectos derivados del uso vía oral.

Relativo a la administración oral, en ocasiones se recoge con el dedo directamente de la saca contenedora de la MDMA. Como ventajas las personas usuarias destacan que no requiere de preparación previa, pero debemos recordar que será muy difícil controlar la cantidad, además de no proteger así el esmalte dental, ni el desagradable sabor que produce. Parece muy extendido también añadir una cantidad concreta a una bebida y compartir ésta. El problema es que no todas las personas ingieren a una misma velocidad ni la misma cantidad. Además la costumbre de hacerlo con bebidas alcohólicas puede suponer una mezcla de los efectos, por lo que puede llegar una mala experiencia. Las personas usuarias destacan como beneficio que este modo de uso es discreto, pero debemos señalar que será difícil controlar la cantidad que bebe cada persona, además de no proteger el esmalte dental, ni del sabor.

Por último también está extendida la costumbre de ingerir esta sustancia envuelta en papel fino de fumar, estas cápsulas caseras adquieren el nombre de bombetas. Normalmente se preparan previamente y luego se reparten acompañadas de un líquido para su ingesta. Con este método, si no hemos utilizado una balanza precisa para calcular la dosis puede pasar que haya algunas dosis más elevadas que otras, con la consecuencia de que se complica la correcta dosificación. Lo recomendable a las personas usuarias es prepararse

de antemano unas bombetas o cápsulas con la dosis media pesada en función del peso de la persona que lo va a consumir. Se puede dividir la dosis media en dos tomas, la primera la más grande con un tercio del contenido total, y la segunda y última se puede tomar dos o tres horas después, con un tercio del contenido total.

Aproximadamente media hora tras su consumo comienzan a sentirse los efectos. Los primeros efectos serán discretos, se puede dar una leve sensación de ingravidez y un pequeño aumento de la sensibilidad sensorial. Durante la subida de estos efectos es posible que la persona consumidora apenas perciba estos efectos y piense que no siente nada. Al tiempo estos efectos aumentan, se da paso a un estado de felicidad, euforia, elevación de la autoestima, desinhibición, aumento de la sensibilidad sensorial, de la intensidad de los colores, de la música, de los sabores, percibiendo todos estos de una manera más placentera. Aparece la necesidad de abrazar a los y las demás. Son los efectos más apreciados de esta sustancia.

En este punto queremos reflexionar sobre este estado. Porque es posible generar situaciones en las que la empatía con otras personas aunque se hayan conocido en el momento llegue el máximo. Se puede llegar a sentir que compartimos el mejor contexto con los mejores amigos mientras suena la mejor música, como una especie de estado mágico. Y en este punto puede ocurrir que surja el enamoramiento químico, encontrar a la persona correcta en el momento oportuno, descubrir que tenemos tanto en común y extrañarnos de no haber encontrado antes esta media naranja o este colega del alma. Puede llegar a ser muy sensual, aunque en la práctica no tan sexual, al menos hasta que se remiten los efectos. Puede suceder que esta apertura emocional lleve a expresar casi por impulso sentimientos y pasiones que a posterior puedan parecer un error, no por no sentirlos en el momento sino por expresarlos sin inhibición. Es uno de los riesgos a los que se enfrenta una persona consumidora de MDMA.

A nivel físico actúa como estimulante aumentando el ritmo cardio-respiratorio, reduciendo el hambre, el sueño y el cansancio. Produce también sequedad bucal y la dilatación de las pupilas. La estimulación física se corresponde con la expuesta en el capítulo de la anfetamina aunque en menor medida.

Sería por tanto una mezcla entre los efectos emocionales mencionados y la estimulación propia de la anfetamina. Aunque el viaje de MDMA tiene su fin aproximadamente a las 4 horas de la ingesta y resultará imposible volver a sentir la intensidad de los efectos a pesar de repetir la dosis.

Las secuelas posteriores dependerán en gran medida de la mezcla de sustancias realizada durante la noche. Puede suceder una resaca más o menos intensa dependiendo de la mezcla de sustancias realizadas, la dosificación y el esfuerzo físico realizado. También la propia sustancia puede derivar en secuelas

positivas por los efectos emocionales o en un importante bajón emocional y agotamiento físico.

Efectos a largo plazo

El consumo habitual de MDMA genera tolerancia, esto es, para lograr los mismos efectos se necesita aumentar la dosis, con lo que también aumentamos los riesgos.

Este consumo puede generar alteraciones cognitivas y del sueño, trastornos depresivos y ansiedad. Si bien no genera dependencia física si puede desencadenar una dependencia psicológica, según diferentes factores de la persona y el contexto, y el patrón de consumo que se realice.

El consumo abusivo puede derivar en episodios de agresividad y/o trastornos psicóticos. Además puede dañar el hígado, el estómago y el aparato circulatorio.

Pautas e interacciones

La pauta básica antes de realizar cualquier consumo es informarse sobre la sustancia. Una buena manera es utilizar los programas de reducción de riesgos donde se ofrezca información sobre la sustancia, la dosificación, adulteración, etc.

Es importante recordar la incertidumbre del contenido de la sustancia a consumir, aunque dos pastillas sean iguales (color, logo, diámetro) no significa que contengan la misma cantidad de MDMA. Para descartar partidas fraudulentas, se puede recurrir a servicios de análisis de drogas donde se determinará si la muestra contiene la sustancia deseada.

Es recomendable alimentarse correctamente, preferiblemente tres horas antes de realizar el consumo, para conseguir reservas para el esfuerzo, una absorción más rápida y eficaz, y para evitar las náuseas.

En cuanto a la dosificación, es mejor hacerlo en bombetas o encapsulado, habiendo calculado y pesado la dosis correcta, así se protege el esmalte dental y se controla la dosis.

La mezcla con otras sustancias puede suponer una intensificación de los efectos y un incremento de los riesgos. Beber alcohol durante el consumo es una manera de enturbiar la experiencia e incrementar la aparición de efectos secundarios, como la deshidratación, las náuseas, el golpe de calor o los riesgos para el hígado. Además al agudizar los sentidos se puede experimentar el placer de beber zumos, consiguiendo así una hidratación placentera. Si se mezcla con cannabis puede que se intensifique la experiencia dependiendo de la dosificación. Por último, si se combina con otros estimulantes, como cocaína o anfetamina, se potenciará la estimulación del sistema nervioso y se verán disminuidos los efectos entactógenos y empatógenos.

Para evitar consecuencias como el golpe de calor hay que tomar bebidas sin alcohol y descansar de vez en cuando. Tampoco es conveniente beber agua en exceso ya que puede provocar daños por bajos niveles de sodio en el organismo.

Hay que tener presente que si se toma más y más cantidad durante la fiesta para obtener los mismos efectos del principio activo, solo se conseguirán alargar los efectos estimulantes y aumentar la resaca.

Entre los efectos del MDMA hay un posible aumento del deseo erótico, pero se entorpece el camino al orgasmo. En cualquier caso, potencia la sensibilidad y la espiritualidad del acto sexual, hasta el punto de generar el síndrome del “falso enamoramiento” o “enamoramiento químico”, que a veces no desaparece hasta meses después. Es recomendable tener en cuenta el origen de estos sentimientos. Y en su caso hay que utilizar preservativos para evitar embarazos y contagio de enfermedades de transmisión sexual (cándidas, herpes, hepatitis, VIH-SIDA, etc.). La responsabilidad en el uso del condón es de cada uno y de nadie más, no se debe delegar.

Los días posteriores pueden ser complicados, para mejorar el ánimo será de ayuda pensar en positivo, no tomar ninguna decisión importante en unos días y recuperar con alimentación adecuada los nutrientes perdidos con comidas ligeras y ricas en vitaminas.

Hay que tener presente que tras una dosis de MDMA se puede detectar alrededor de 24 horas en sangre y saliva, y hasta 5 días en la orina. Estos datos son orientativos ya que depende de factores como la dosificación o la capacidad de eliminación. Y la tenencia o consumo de MDMA en la vía pública está sancionada con multas de a partir de 300 euros. El tráfico, venta o distribución está penado con la cárcel y con multas que pueden alcanzar tres veces el valor de la sustancia incautada en el mercado.

Conclusiones

La MDMA ha sido estudiada en el ámbito científico por sus aplicaciones terapéuticas. Sus atribuciones en la psique humana han hecho de ella una sustancia casi única y muy apreciada por las personas consumidoras. Su etapa de aplicaciones científicas finalizó con la ilegalización de la sustancia y su apertura en círculos de ocio. Fue precursora de todo un movimiento cultural y posteriormente ha ido perdiendo protagonismo en el panorama de ocio actual. Atendiendo a los riesgos derivados de su uso, debemos destacar que la incertidumbre de su composición puede llevar a sobredosificaciones.

Referencias bibliográficas

CAUDEVILLA, Fernando (2005). *Éxtasis (MDMA)*. Madrid: Amargord.

- OLEAQUE, Joan M. (2004). *En éxtasi*. Barcelona: Ara llibres.
- PAREDES, Begoña; BOBES, Julio; SÁIZ, Pilar, Alejandra & GARCÍA-PORTILLA, María Paz (2003). “Evolución histórica del uso y abuso de MDMA”. *Adicciones*, 15 (extra2), 35-50.
- SHULGIN, Alexander & SHULGIN, Ann (1991). *PiHKAL: A chemical love story*. Lafayette: Transform Press

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DEL *SPEED*

Ricardo CAPARRÓS

Unai PÉREZ DE SAN ROMÁN

Miren UGARTE

Ai Laket!!

ailaket@ailaket.com

Introducción

Este artículo pretende ser una pequeña revisión de la evolución de los consumos de anfetamina, principalmente en el Estado español. Se presentará el uso, la historia, la composición real y los mitos existentes. Además, se abordarán aspectos como los efectos placenteros y los no deseados, pero sobre todo se desarrollarán las pautas de reducción de riesgos para un consumo más seguro, desde la óptica de la gestión de placeres y riesgos en el trabajo preventivo en espacios de ocio.

Historia y usos

Las propiedades terapéuticas de la planta efedra eran conocidas en la antigüedad para el tratamiento de diferentes dolencias. A partir de la sintetización del sulfato de anfetamina de esta planta, comenzó su difusión mundial para diferentes usos, entre los que se encuentran los medicinales, los militares, el doping deportivo e intelectual y el uso con fines recreativos, especialmente para aguantar de fiesta durante muchas horas enlazando con el día posterior, popularmente conocido como *gaupasa* o empalme.

La anfetamina fue sintetizada a partir de la efedrina por el químico rumano L. Edeleano en 1887. En 1920, el norteamericano Gordon Alles descubrió sus propiedades estimulantes en el sistema nervioso central, dando inicio a la experimentación médica. Fueron necesarios más de diez años para que la empresa Smith Kline & French comercializase libremente el primer medicamento en inhaladores bajo el nombre de Bensedrina® (Courtwright, 2002).

En 1946 la anfetamina era recomendada para 39 afecciones, entre ellas: resfriados, mareos, impotencia, y asma, tratada ya en la antigüedad en China con efedra. Su uso, perdura hoy en día, en múltiples tipos de anfetaminas para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH),¹ la narcolepsia

1. Afecta entre un 5% y un 10 % de la población infantil-juvenil.

y para tratamientos contra la obesidad. Sus potentes efectos llevaron a experimentar para la deshabitación de alcohol y otras drogas, además de usarse como tratamiento de sobredosis por sedante. Curiosamente el inhalante Benzedrina® se convirtió en un sustituto de la ilegalizada cocaína en Estados Unidos.

Las propiedades de la anfetamina no pasaron desapercibidas para los ejércitos de diferentes países y el punto culminante fue la II Guerra Mundial. Las fuerzas aéreas japonesas ya conocían la metanfetamina, sintetizada en Japón en 1919 y eran especialmente los kamikazes los que usaban esta sustancia en sus ataques. Wolf Kemper (2002), autor del libro *Nazis on Speed* asegura que los nazis emplearon en un solo año 29 millones de píldoras de Pervitine®, metanfetamina como remedio para la depresión y para mantener despiertos a los soldados. Se estima que los británicos consumieron 80 millones de pastillas. Un titular de la prensa británica de la época decía: “La Methedrina gana la Batalla de Londres.” (Escohotado, 1995)

Mientras avanzaba la experimentación médica y dada su situación legal, comenzaba a su vez el uso lúdico pudiéndose adquirir libremente en farmacias. Este tipo de consumos produce sensaciones placenteras, reduce el cansancio y el apetito, favorece el rendimiento intelectual, mejora la atención, la capacidad de concentración, la memoria y aumentan los niveles de alerta.

Durante la década de los sesenta se populariza el uso lúdico en Occidente, pasando a ser una de las drogas estimulantes más consumidas. Mientras se avanzaba en el conocimiento científico del uso dañino, las autoridades estrecharon el cerco a las personas usuarias, restringiendo su venta. En 1971 la anfetamina fue sometida a control internacional en el marco de la Convención Internacional de Psicotrópicos de Viena. Desde entonces pertenece a la Lista II, en la que su uso está limitado para fines médicos y científicos. Esta medida abrió la puerta al tráfico ilícito y a los laboratorios clandestinos, además de abocar a las personas usuarias a recurrir al mercado negro.

El caso español fue atípico puesto que se incorporó tardíamente a la restricción en el control de las anfetaminas, y seguían consumiéndola distintos grupos sin excesivos controles: mujeres para adelgazar, camioneros para conducir, estudiantes para estudiar, “fiesteros” para alargar la noche, turistas ingleses, entre otros. La popular Centramina® era ampliamente conocida. Escohotado (1995) afirma que por aquellos años, el 50% de la población universitaria la había consumido varias veces en temporada de exámenes. En los años posteriores, como los países europeos suscribieron los tratados internacionales de fiscalización, y el Estado español continúa haciendo la vista gorda en la dispensación y compra de anfetaminas, las oficinas de farmacias y las anfetaminas se convirtieron en un atractivo más para los turistas.

Mientras en la fase de experimentación se consolidaba el conocimiento de las propiedades de la sustancia, junto a su capacidad para la mejora del estado

físico e intelectual, se conocían a la vez sus efectos adversos derivados del abuso y de su alta tolerancia. En 1960, durante los JJ.OO. de Roma, el ciclista danés Kurt Jensen muere por un colapso y Tom Simpson lo hace también en 1967 delante de las cámaras mientras corría el Tour de Francia. Ambas autopsias demostraron altas concentraciones de anfetamina. Un año más tarde, el Comité Olímpico Internacional publicó la primera lista de sustancias dopantes.

En el plano lúdico comienza a aparecer el consumo de pastillas de anfetamina entre las personas jóvenes. Posteriormente con la fiscalización de esta sustancia este consumo pasó a ser de pastillas fabricadas por las empresas farmacéuticas a anfetamina fabricada en laboratorios clandestinos. Cambia la presentación de la sustancia de pastillas a formato en polvo y con ello su principal vía de administración, de ingerida a esnifada. Además, la incorporación de la anfetamina en el mercado negro también supuso un cambio de nomenclatura, pasándose a llamar normalmente speed.

A principios de los ochenta en Euskadi el *speed* comienza a utilizarse de forma importante. Junto a la revolución musical que supuso el Rock Radical Vasco se popularizan las noches enteras de juerga, y por extensión de *gaupasa*.

El *speed* es una de las pocas sustancias que con los años ha bajado el precio, al tiempo que también lo ha hecho la pureza, incrementándose su adulteración hasta niveles indignantes. Ya en la década de los noventa, en Euskadi, se podía conseguir un gramo envuelto en bolsitas de plástico con cierres metálicos por 2.500 pesetas, los mismos 15 euros que se pueden pagar actualmente en el mercado ilícito por un gramo, ahora ya en cierre de plástico, en otras zonas del Estado español el precio es superior, rondando los 20 euros. Se estabiliza el precio pero aumenta su consumo. En el año 1992 el porcentaje de la población vasca que había consumido speed alguna vez en su vida era del 3,4%, que es el mismo dato que en 2005 sitúa el consumo experimental en España. Un año antes en la Comunidad Autónoma Vasca se había triplicado el porcentaje (11,1%), mientras se calcula una prevalencia del 3,7% en el conjunto de la Unión Europea (Siis 2012).

Históricamente el *speed* ha tenido, y tiene actualmente, mayor presencia en el norte de la península Ibérica, lo cual también se refleja en parte del tipo de ocio y las particularidades del territorio vasco.

La composición de la anfetamina

En este apartado nos basaremos en los análisis de composición de las más de 1.000 muestras analizadas por la asociación Ai Laket!! entre el 2002 y el 2012² por los métodos de cromatografía en capa fina (TLC) y resonan-

2. Muestras recogidas por la Asociación Ai Laket!! Elkartea en sus diferentes proyectos. Para más información <www.ailaket.com>.

cia magnético-nuclear (RMN). Para profundizar en el análisis de sustancias entre los colectivos de reducción de riesgos, se puede consultar el capítulo de Análisis de sustancias, del presente manual.

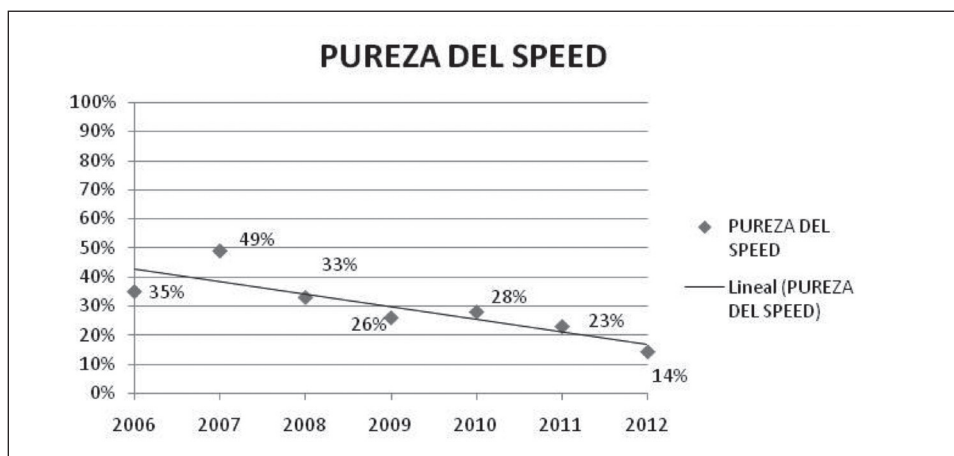
El principio activo de la anfetamina debería ser el sulfato de anfetamina. Pero, los datos, obtenidos durante los últimos 10 años de recogida y análisis de muestras, han demostrado que, más que sulfato de anfetamina, el principio activo del *speed* es la cafeína, o siendo más rigurosos, una combinación de cafeína y sulfato de anfetamina.

Si nos centramos en los resultados obtenidos en los análisis cuantitativos durante el año 2012 podemos destacar varios aspectos:

- La media registrada en las 149 muestras analizadas desde enero hasta noviembre del 2012 es la siguiente: la sustancia principal es la cafeína con un 70,5%, y la anfetamina alcanza solo el 14,3% del total. Entre los adulterantes el de mayor porcentaje es el sulfato cálcico o yeso, que se encuentra en un 5,1%, y el resto de sustancias completan la muestra con el 10,1% del total.
- Un factor importante para entender la realidad de la pureza de las muestras, más allá de la media registrada, es la variabilidad. La pureza de las muestras de speed recogidas es de entre el 0% y el 100% para la cafeína, y de entre el 0% y el 93,6% para la anfetamina. Esto quiere decir que en la calle se encuentran muestras de speed que son solo cafeína, y algunas que son casi exclusivamente anfetamina.
- La tendencia de los últimos años en cuanto a la pureza de las muestras, registra un claro descenso como puede verse en la imagen 1. Desde el año 2006 y hasta el 2012 esa bajada ha sido de más de veinte puntos porcentuales. Es destacable además la caída tan significativa del último año, ya que el descenso es de casi diez puntos.

IMAGEN 1

Tendencia de la pureza de las muestras de speed desde 2006 a 2012



Fuente: Servicio de análisis de Ai Laket!!

Además otras sustancias aparecen puntualmente en cantidades importantes, por ejemplo y como anécdota quedan los porcentajes máximos en muestras puntuales, de paracetamol en un 71,4%, lactosa en un 87,5%, o yeso en un 71,6%. Y es que entre los adulterantes, si bien habitualmente no varían en exceso, si que se encuentran algunas muestras sustancias como el ácido glutámico, la aspirina o la creatina.

Todas estas sustancias pueden contribuir a otorgar al speed diferentes colores, olores, y aspectos despistando a aquellas personas que confían en estos criterios valorar la calidad del *speed*. Además se pueden dar también reacciones alérgicas o efectos diferentes a los previstos.

Hay que subrayar algunas sustancias que, aunque no destacan por su porcentaje hay que tenerlas en cuenta por su toxicidad. En concreto nos referimos al metanol, que aparece en el 46% de las muestras y registra una media del 1,7%, con una concentración máxima del 15,7%. Este alcohol se oxida a formaldehído en nuestro cuerpo que es el verdadero agente tóxico activo, ya que ataca al nervio óptico y puede crear grados de ceguera paulatina e irreversible en consumos repetidos de pequeñas cantidades. Aunque sólo sea en cantidades de trazas, como las habituales del *speed*, está descrito que provoca dolor de cabeza, aunque no se sabe cuánto es suficiente para provocarlo.

El mito de guardar el *speed* en el frigorífico, manteniendo su forma pastosa, mantiene también el metanol, y otros restos orgánicos de la síntesis del sulfato de anfetamina como etilenglicol o isopropanol, ya que éstos se evaporan a temperatura ambiente con facilidad. Es natural que quien quiere hacer negocio se cuide de no perder peso y por lo tanto lo guarde en el frigorífico, aun a costa de mantener también estas sustancias tóxicas.

En los análisis del 2012 se han encontrado proporciones poco habituales de otras moléculas anfetamínicas, que no son sulfato de anfetamina, y que pueden ser en algunos casos muy tóxicas según la dosis consumida. Más del 20% de las muestras analizadas tenían alguna de estas moléculas siendo la más habitual la 4-metil anfetamina o 4MA (23 muestras), y en menor medida la 4-metoxianfetamina o PMA (4 muestras). En muchas ocasiones no se tiene información sobre los efectos tanto a corto como a largo plazo de estas moléculas ya que no existen estudios previos, si bien en algunos de los casos son moléculas más potentes y tóxicas que el sulfato de anfetamina. Su procedencia parece surgir por partir de precursores mezclados que dan como resultado estas moléculas no deseadas. En la mayoría de las ocasiones los porcentajes encontrados de estas sustancias son muy bajos, sobre todo por la gran adulteración que presentaban las muestras, por lo que hasta ahora no se han descrito efectos nocivos. Estar al corriente de los avisos que se ponen en circulación cuando se detectan, es la única manera de poder prevenir situaciones de riesgo importantes.

Si bien todos estos datos dan una imagen de la actual situación, hay que tener en cuenta que el mercado negro es impredecible, por lo que hay que estar alerta a los cambios que pueda surgir.

Efectos inmediatos

Después de conocer la composición real del *speed* resulta difícil poder hablar de efectos, ya que para ello deberíamos de tener en cuenta los efectos estimulantes de corta duración de la cafeína esnifada; añadidos a su particular nerviosismo, sumar los efectos de mayor potencia y duración estimulante del pequeño porcentaje de anfetamina; y otros, como el dolor de cabeza del metanol, o la sequedad nasal del yeso. Todo ello sin hablar del habitual poli consumo de otras sustancias y sus efectos. Dependiendo de los gustos de la persona consumidora, el alcohol, el tabaco u otras drogas otorgan al cóctel ese toque especial.

La dosis es determinante para obtener los efectos deseados, factor difícil de controlar debido al alto grado de adulteración que presenta la anfetamina. El estado de ánimo de la persona consumidora también influirá en los efectos así como sus expectativas y características personales. Además, también el contexto influye en los efectos, no es lo mismo consumir anfetamina durante un concierto de rock que en un espectáculo de danza contemporánea

Centraremos este apartado en los efectos de la auténtica anfetamina para facilitar su lectura. La forma de uso más frecuente actualmente es la vía intranasal (esnifada). La dosis media activa se establece en 50 mg. También se consume por vía oral envuelto en pequeños papeles (bombetas), la cantidad en este caso debería ser menor, porque por esta vía es mayor la absorción del principio activo. La anfetamina es un potente estimulante del sistema nervioso central, por lo que aumenta el ritmo cardio-respiratorio. Produce una fuerte excitación y euforia, mejora el ánimo, la sensación de seguridad, la confianza y la habilidad para hablar, aunque en ocasiones, no de escuchar. Un aumento de energía y desinhibición combinado con un relativo aumento de la capacidad de concentración y observación. Produce sequedad bucal y dilatación de las pupilas. A dosis mayores produce sensación de alerta y tensión muscular, como rigidez mandibular.

Reduce el hambre, el sueño y el cansancio. Aunque comer, dormir y descansar son funciones vitales para el organismo, y pasará la factura más tarde sino lo tenemos en cuenta. Después de largos periodos sin estas acciones reparadoras, podemos sufrir cambios en la percepción y un estado de agotamiento agudo. Es común que una persona bajo los efectos de este estimulante, sea capaz de consumir mayores cantidades de tabaco y por supuesto de alcohol. Se puede aumentar así el consumo de ambas sustancias, un estimulante

reanimador, con una bebida con alcohol que baja un poco el relativo estado de ansiedad que ha producido la anfetamina. Este estado de ansiedad puede llevar al consumo de mayores cantidades de anfetamina, aumentando así los riesgos para la salud y las secuelas de los días posteriores.

En los días posteriores puede suceder que afloren sentimientos negativos acompañados de una cierta apatía. En el plano físico será común sentir dolores musculares, agujetas y alteraciones en el ciclo del sueño.

Efectos a largo plazo

El consumo habitual de anfetamina genera tolerancia, esto es, para lograr los mismos efectos se necesita aumentar la dosis, con lo que también aumentamos los riesgos. Así que el consumo habitual minimiza los efectos, minimiza los placeres. La tolerancia puede verse como la primera señal de nuestro cuerpo ante un consumo elevado, una señal de que cada vez se alejan más esos placeres.

Si bien la anfetamina no genera dependencia física sí puede desencadenar una alta dependencia psicológica, según diferentes factores de la persona, del contexto, y del patrón de consumo que se realice. Unir el consumo de *speed* a el de otras sustancias, como suele ocurrir con el alcohol, o utilizarlo siempre en determinados contextos, por ejemplo para estar de bares o con colegas, puede hacer que resulte después una tarea más que difícil el deshacer esa relación.

No debemos olvidar que el consumo abusivo tiene consecuencias sobre el organismo. La estimulación que provoca la anfetamina, consumida durante en periodos de tiempo largo, provoca problemas en el aparato cardiaco y respiratorio. Además de sufrir problemas renales y hepáticos.

El vaivén de neurotransmisores puede hacer que aparezcan también problemas psicológicos. Además de los habituales bajones de humor, se pueden dar episodios de ansiedad o agresividad, y en caso más severos trastornos depresivos.

Pero más allá de los problemas de salud el consumo abusivo puede acarrear también problemas sociales. El entorno familiar, laboral o de amistades puede verse afectado, y también es habitual tener problemas económicos y/o legales.

Pautas e interacciones

La pauta básica antes de realizar cualquier consumo es informarse sobre la sustancia. Una buena manera es utilizar los programas de reducción de riesgos donde se ofrezca información sobre la sustancia, la dosificación, adulteración, etc.

A parte de preparar la dosificación, es conveniente planificar el consumo. Es decir cuándo hacerlo y con qué frecuencia. Marcar unos límites y cum-

plirlos también es placentero. A pesar de la creencia de que el speed húmedo es de mejor calidad es conveniente dejarla secar para evaporar los posibles residuos de la síntesis.

Para utilizar la vía oral hay que tener en cuenta que la absorción es más lenta y los efectos por tanto tardarán más en aparecer. Si se va a esnifar, es mejor picarla bien para evitar posibles heridas y hemorragias nasales. También se recomienda intercalar las fosas, así se evitará dañar siempre la misma.

También es necesario utilizar un “turulo” personal e intransferible para evitar el contagio de enfermedades (gripe, hepatitis C, etc.). Es habitual ver a personas que utilizan un billete para esnifar. Este método puede ser precursor de infecciones ya que por la textura del papel y la naturaleza del mismo, podemos encontrarnos con una especie de esponja absorbente de todo tipo de suciedades. ¿Se le ocurre a alguien lamer un billete? ¿Por qué entonces, introducirlo en la nariz?

Algunas mezclas pueden resultar placenteras pero pueden aumentar los riesgos. Mezclado con cocaína u otros estimulantes, provocará mayor ansiedad y aumentará aún más la presión arterial y el ritmo cardiaco. En combinación con cannabis se camuflarán los efectos estimulantes y aumentará la deshidratación.

Si bien es habitual que en el momento de preparar las dosis se añada más cantidad de la razonable, se recomienda guardarlo de nuevo y no estirar las rayas para evitar una sobredosificación. También es habitual el empeño por acabar todo el contenido en una noche. Es respetuoso también escuchar a aquellas personas que piden una dosis pequeña.

Otra buena pauta de reducción de riesgos para evitar largas resacas es ir reduciendo paulatinamente tanto el número como el tamaño de las rayas a lo largo de la sesión de consumo. Recordar que en algún momento hay que dormir.

Es saludable tener presente que disminuye el apetito, pero que el cuerpo necesita comer e hidratarse. Para recuperar la falta de nutrientes se puede recurrir a sopas, zumos, bebidas isotónicas, fruta, y en general cualquier alimento de fácil ingesta y digestión, además de productos ricos en calcio.

Mantener relaciones sexuales bajo los efectos de la anfetamina puede dificultar la erección y el orgasmo en ambos sexos. Se pueden dar casos de sexo deportivo en busca del orgasmo, tendrá su lado divertido pero también un alto desgaste. En todo caso se deben usar preservativos para evitar embarazos y contagio de enfermedades de transmisión sexual (cándidas, herpes, hepatitis, VIH-SIDA, etc.).

Si se da el caso de que a alguien no le ha sentado bien es recomendable estar en compañía, en un lugar ventilado y tranquilo, reponer líquidos y mantener la calma.

Tras el consumo, es aconsejable limpiar las fosas nasales para eliminar los restos. Protegeremos así el tabique nasal y despejaremos las fosas por lo

que puede facilitar el descanso. A partir de este momento queda por delante la recuperación, la anteriormente definida resaca. Puede durar desde unas horas hasta varios días, no hay que perder de vista que se pasará.

Tras una dosis de anfetamina se puede detectar de 36-48 horas en sangre, hasta 5 días en la orina y de 24-48 horas en saliva. Estos datos son orientativos ya que depende de factores como la dosificación o la capacidad de eliminación.

Por último hay que tener presente que la tenencia o consumo de anfetamina en la vía pública está sancionado con multas a partir de 300€. El tráfico, venta o distribución está penado con la cárcel y con sanciones que pueden alcanzar tres veces el valor de la sustancia incautada en el mercado.

Conclusiones

La anfetamina ha tenido un devenir histórico ampliamente documentado. Desde la experimentación terapéutica al uso lúdico ha pasado casi un siglo de uso y abuso en la mayoría de los continentes. La inclusión de esta sustancia en la Lista II otorga un valor medicinal indudable, al igual que obliga a un buen número de personas usuarias a acceder a ella a través del mercado ilícito, antojándose difícil la gestión de su consumo debido a la enorme variabilidad de su composición.

A pesar de todo, atendiendo a la pureza detectada en los análisis de la sustancia que como speed se vende en la calle, deberíamos estar hablando de la cafeína y de algunos adulterantes. Por tanto se debe insistir en que su consumo, por desconocimiento de los componentes, no nos deja exentos de riesgos.

Referencias bibliográficas

- COURTWRIGHT, David T. (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno*. Barcelona: Paidós.
- ESCOHOTADO, Antonio (1995). *Historia General de las Drogas. Tomo II*. España: Alianza. (original 1989).
- KEMPER, Wolf (2002). *Nazis on speed. Drogen im 3. Reich*. Löhrbach: Rauschkunde.
- SiiS. (2011). *Euskadi y Drogas 2010*. Vitoria: SiiS.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE COCAÍNA

Jordi BERNABEU FARRÚS

Psicólogo y educador
jordibernabeu.cat

Introducción

Este capítulo recoge aspectos sobre el consumo de cocaína desde una perspectiva de reducción de riesgos. Se explica la sustancia, aspectos relativos a su historia, composición, efectos, etc. Pero sobre todo se describen particularidades y características asociadas a su consumo, ofreciendo algunas pautas básicas sobre la gestión de sus riesgos, básicamente en su vía de consumo más popular: la esnifada. Estas ideas se escriben con la intención de que puedan servir sobre todo a profesionales que trabajan con personas consumidoras, a la vez que a los propios usuarios. Son recomendaciones generales, básicas y discutidas en el campo profesional, pero necesarias de conocer si se trabaja desde una perspectiva de reducción de riesgos. En definitiva, se intenta aportar un granito de arena más a una realidad —las drogas— cuya complejidad genera disparidad de opiniones, comprensiones y pensamientos poco proclives al entendimiento. Probablemente, la norma general básica sería aquella que apela a la prudencia, el sentido común personal y colectivo. Con ello seguramente conseguiríamos que quienes las consumieran lo hicieran con información y cierto conocimiento, y que aquellos que, por los motivos que fuere, desarrollaran un consumo problemático asumieran su situación e implicación en la consecuente solución.

Presentación

El clorhidrato de cocaína (popularmente “cocaína” o “coca”) es una sustancia preparada a partir de la planta de la *Erythroxylon coca*, de la familia de las Eritroxiláceas, originaria de la zona andina de América Latina. La mayor parte de la cocaína que se consume en el mundo se obtiene de hoja de coca cultivada en Colombia, Perú y Bolivia (Comisión Clínica del PNSD, 2007). El uso de la hoja de coca está bastante extendido en estas culturas, debido a sus propiedades analgésicas y estimulantes. Su cultivo constituye una forma de subsistencia fundamental para muchos pueblos latinoamericanos, muy perseguido política y militarmente por diferentes gobiernos que la quieren tener “bajo control”.

De esta planta, tras su pertinente transformación, pueden extraerse diferentes sustancias, siendo la cocaína (clorhidrato de cocaína) la más conocida de ellas. Su presentación más habitual es en forma de polvo cristalino blanco. Esnifar este polvo o cristales es la forma más generalizada de consumirla. Aunque también se puede inyectar o fumarse (base o crack). Actualmente su precio en el mercado ilegal oscila aproximadamente entre 50€ y 60€ por gramo.

Su pureza oscila alrededor del 50%-60%. Los adulterantes más presentes son: cafeína, efedrina, paracetamol, fenacetina, piracetam, etc. Además de otros anestésicos locales como lidocaína, benzocaína o procaína. De entre los diluyentes más típicos destaca el manitol, lactosa, sulfato cálcico (yeso) o anecdóticamente talco (Hidalgo, 2010). Por lo que es útil recomendar el testeo de sustancias para evitar posibles adulteraciones, y conocer con más exactitud su composición. En España existen servicios de reducción de riesgos que realizan este trabajo (Energy Control, Hegoak, Ai Laket!!, etc.)

El consumo de cocaína es una práctica relativamente extendida en nuestra sociedad. Está más difundida entre población adulta o de juventud avanzada, que no en la adolescencia o primera juventud. Según la última encuesta realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (OED, 2012) un 10,2% de la población española la ha consumido alguna vez en la vida, reduciéndose a un 1,3% cuando se pregunta por el consumo en el último mes (indicador básico de regularidad). La proporción de consumidores es bastante más alta en hombres que en mujeres y también más elevada en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años. La edad media de inicio en el consumo se sitúa a los 20,9 años, evidenciando pues, una práctica muy reducida en población adolescente.

Tras el alcohol, es la sustancia que genera más demandas de tratamiento. Y los datos relativos a la prevalencia de su consumo apuntan a que es la única sustancia que, año tras año, aumenta, al menos por lo que respecta a consumo experimental (OED, 2012).

Si bien su consumo debe remontarnos tiempo atrás, su consolidación durante los últimos 25 años –cuando se percibe realmente como generalizado– coincide con la universalización de un nuevo patrón de consumo que, a diferencia de épocas pasadas, rompe con el estereotipo clásico asociado al consumidor de heroína o del fumador de antaño de derivados del cannabis o del consumidor de LSD (Romaní, 1999; Comas, 2002). En ese entonces, predominaban representaciones sociales de individuos excluidos y marginalizados, por lo que respecta a la heroína; revolucionarios y alternativos, por lo que se refiere al cannabis u otros psicodélicos. En contrapartida, es recurrente la asociación de la cocaína con el glamour, la *beautiful people* o la gente de clases acomodadas (Díaz, Barruti y Dondel, 1992; Díaz, 1998). Y la realidad nos dice que es una droga consumida por todas las clases sociales, independientemente del dinero y el origen que se tenga.

Lo que queda claro es que el momento y las circunstancias de la historia reciente del uso de drogas han sido favorables a la extensión de su consumo. En este sentido, en el final del siglo pasado la expansión de la cocaína generó en su día (y todavía hoy sigue generando) dos elementos característicos, y que a la vez condicionarán el discurso sobre su problematización. Por un lado, un perfil de consumidor mucho más “normalizado” que el de heroína, con aparente vida formal, a menudo invisible desde la intervención social y sanitaria; y por otro, una percepción de los efectos y los riesgos radicalmente opuestos a los usos de épocas anteriores (Gamella, 1999).

En el plano legal, la cocaína está incluida en la Lista I de las diferentes listas internacionales de fiscalización de sustancias. Por ello, y desde el punto de vista legal, no se reconoce la posibilidad de consumirla, cultivarla o comercializarla ni de realizar usos con finalidad de investigación así como aplicaciones médicas o terapéuticas.

En España el consumo de drogas —en general, no únicamente la cocaína— se encuentra regulado por la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, y lo relativo a la producción y tráfico (distribución y venta) se enmarca en el apartado de “delitos contra la salud pública” del Código Penal. Por este motivo, el autoconsumo de drogas ilegalizadas no está penado (no constituye delito) pero se sanciona por vía administrativa, con multas que oscilan de 300€ a 30.050€, cuando éste se produzca en lugares públicos, la posesión o tenencia sea para el autoconsumo (es decir, cantidades pequeñas) o se dejen instrumentos o restos del consumo en la vía pública. La cocaína no está exenta de esta regulación, por lo que el consumo o tenencia de pequeñas cantidades implicaría multas de a partir 300€. No se establecen cantidades fijas que determinen qué cantidad se considera para un consumo propio o para tráfico. Pero el Tribunal Supremo suele considerar que a partir de una cantidad superior a los 1,5 gramos, aproximadamente, podría constituirse delito, pues generalmente se estima que dicha cantidad supera el consumo diario estimado para una persona adicta. En cualquier caso, existen sentencias hacia usuarios con mayor cantidad de posesión que han inferido que dicha cantidad era para el consumo propio, resolviéndose así, solamente por vía administrativa (Caldentey, 2010).

El consumo de cocaína por vía esnifada

Esnifar cocaína consiste en inhalar nasalmente este polvo. Tiene dos efectos principales: estimula el sistema nervioso y actúa como anestésico local. A nivel cerebral, actúa sobre áreas vinculadas a mecanismos de placer y recompensa (sistema dopaminérgico, principalmente). Sus efectos estimulantes rápidamente aparecen —en pocos minutos— alargándose entre 30-60 minutos (momentos álgidos), generando incluso estimulación horas después de haberla consumido.

Las vías nasales y la zona bucal pueden adormecerse, debido a sus propiedades anestésicas. Pese a todo, este “adormecimiento” no es un indicador fiable de que la sustancia sea de calidad, ya que existen varios productos mucho más baratos y de fácil acceso que son capaces de generar sensaciones parecidas. El efecto es rápido e intenso. Lo más gratificante baja rápidamente. Es placentero para la mayoría de consumidores, puesto que facilita el habla, las relaciones y produce cierta sensación de seguridad y concentración, aunque incrementa la sensación de ansiedad. Cuando el consumo finaliza, durante los momentos posteriores, pero sobre todo al día siguiente, aparece un cuadro cuyos síntomas más frecuentes son cansancio, decaimiento, apatía –incluso tristeza– e irritabilidad (efecto conocido como “bajón”).

De entre los efectos orgánicos adversos, es importante destacar los siguientes: afectaciones al sistema cardiovascular y nervioso, problemas respiratorios y alteraciones endocrinológicas, obstétricas, complicaciones infecciosas y digestivas (Caudevilla, 2010). Su consumo también puede presentar problemas de salud mental, sea por correlación con otros trastornos psicológicos, sensibilidad, interacciones, abuso o dependencia. Esta sustancia tiene una importante capacidad para generar dependencia psicológica.

Diferentes grados de consumo

Sin querer entrar en clasificaciones rígidas, podríamos definir, prototípicamente, cuatro perfiles claramente diferenciados de consumidores. Con ello, por lo tanto, diferentes grados de problemas (Bernabeu, 2010). En un primer grupo, podríamos situar a aquellas personas que consumen experimentalmente. Han probado o se han iniciado en su consumo pero no suelen repetir, al menos, a corto plazo, siendo éste consumo muy esporádico. Este colectivo raramente tiene un consumo problemático, caracterizándose por ser de “riesgo bajo”: poca cantidad, elevada percepción de respeto/riesgo, consumo compartido, y muy experimental.

Un segundo grupo está compuesto por el colectivo que consume ocasionalmente solamente en situaciones concretas (determinadas celebraciones, fiestas, etc.) y tampoco se asocia a un consumo de alto riesgo, siempre que no haya factores que intercedan –como los previamente contemplados.

En tercer lugar tenemos quienes la usan de manera regular, los cuales tienen más posibilidades de generar problemas, y ciertamente con cantidades más altas que los patrones anteriores. Sus consumos frecuentes son considerados de “mayor riesgo” dado su carácter repetido.

Por último, encontraríamos aquellas personas que mantienen un consumo regular y manifiestamente problemático, puesto que la cocaína ocupa un lugar importante en sus vidas y en sus actividades cotidianas, interfiriéndolas de

alguna forma. A efectos prácticos, son aquellos consumos que en la mayoría de ocasiones necesitan un tratamiento personalizado, ya que la mayoría de personas que tienen un consumo de este tipo difícilmente pueden reducirlo por propia iniciativa, además de los problemas asociados directamente a éste –salud y economía, principalmente.

Reducción de riesgos asociados a la vía esnifada

Existen pautas y lógicas de consumo que desde una perspectiva de reducción de riesgos deberían servir para minimizar los problemas asociados a su consumo. Sensatamente, y por lo que respecta a su composición, el sentido común nos llevaría a pensar que lo importante es disponer de una fuente de aprovisionamiento con ciertas garantías. Evitando comprar, en la medida de lo posible, a desconocidos en espacios de consumo (ya que la calidad normalmente es muy baja). Ya se ha mencionado que existen asociaciones y proyectos que desempeñan labores de análisis, testeo y detección de adulteraciones, esto es importante para conocer la calidad.

Por otro lado, deberían evitarse valoraciones relativas a aspectos tales como el olor, el color, etc., y relacionarlas con la supuesta pureza. Por poner un ejemplo: algunas personas atribuyen al fuerte olor o al color cristalino más cualidades sobre su intensidad y calidad, ignorando que éstos se producen, principalmente, por un proceso de degradación en su fabricación.

Se debe ser especialmente prudente con aquellos consumos enmarcados en lo regular, pues muchas personas acaban dependiendo de su consumo. Un modo de evitar repeticiones frecuentes es reducir el consumo a ocasiones “especiales”. Esto es: evitando tomar con regularidades tales como semanalmente, quincenalmente, etc; dejar épocas de descanso entre consumo y consumo; y detener el consumo si se intuye un mínimo indicio de uso problemático.

El consumidor habitual tiende a “familiarizarse” con la intensidad de sus efectos, produciéndose tolerancia, e incrementa las dosis para conseguir los mismos efectos. Este hecho puede servir de toque de atención en aquellas personas que tengan una relación frecuente con la sustancia.

Los consumidores deberían proponerse límites de consumo (“un gramo, y si se acaba, se acaba”) y cumplirlos (saber decir “basta”). Esto constituiría un elemento determinante que posiblemente evitaría problemas futuros. Muchos consumidores que han desarrollado problemas por su consumo atribuyen especial importancia a la autorregulación del placer y a la capacidad de autocontrol.

Los consumidores de cocaína a menudo consumen otras drogas. Sobre todo alcohol, tabaco y en menor medida cannabis. Las mezclas más frecuentes son las que combinan cocaína con alcohol (y tabaco si se es fumador). Generalmente, mezclar cocaína con alcohol intensifica los consumos de ambas

sustancias. Esto es, la cantidad que se acaba consumiendo es mayor de la que probablemente se hubiera planteado si se abstuviera de una de las dos. Dado su carácter contrario (cocaína: estimulante; alcohol: depresor), a muchos consumidores les produce una sensación de complementariedad (“bebo más para que se me baje la estimulación” ”consumo más cocaína para que se baje la borrachera”). Algo parecido pasaría con el tabaco y con el cannabis. Por todo esto, un buen consejo para quienes tomaran cocaína es plantearse un consumo moderado de alcohol, a la vez que evitar caer en el círculo “más alcohol, más coca”. Y viceversa: ser especialmente prudente con utilizar la cocaína para contrarrestar los efectos del alcohol.

La combinación de cocaína con otros estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas y derivados de la MDMA o éxtasis, básicamente) puede enmascarar el efecto de estos últimos. Por ejemplo, es conocido entre los consumidores de éxtasis o MDMA que si se mezcla éste con cocaína disminuyen las capacidades empatógenas o entactógenas (capacidad para generar comunicación con los demás y con uno mismo, respectivamente) asociadas a dichas sustancias. A la vez, aumentarían los efectos estimulantes sobre el organismo, con los riesgos asociados de una sobreestimulación.

Debe tenerse mucha precaución con el consumo de cocaína durante una época personal de cierta inestabilidad emocional, económica, etc. Querer contrarrestar un tipo de problema con el de una sustancia altamente adictiva y de carácter intenso pero rápido puede provocar enganches rápidos y sutiles. Y abstenerse de su consumo quiénes estuvieran tomando medicación psiquiátrica (antidepresivos, ansiolíticos, benzodiazepinas, etc.) y quiénes, aunque no estuvieran siguiendo una pauta de tratamiento, tuvieran algún problema psicológico. Muchos de estos problemas van ligados a características personales vinculadas a la estabilidad emocional (estado de ánimo y ansiedad, básicamente), determinados rasgos de personalidad (autocontrol, impulsividad, etc.) y el grado de alteración psíquica (presencia o no de problemas de salud mental).

También debe evitarse el consumo cuando se están tomando medicamentos pautados por algún problema cardiovascular o de otra índole de problemas físicos (hipertensión, problemas renales, epilepsia, etc.). De hecho, lo lógico es desaconsejar cualquier consumo si se sigue algún tratamiento médico por problemas de salud.

Aquellos consumidores que, por su consumo, notaran efectos como excesiva ansiedad, pequeñas paranoias u otros problemas psicológicos, o desajustes de tipo físico (arritmias, taquicardias, cambios de tensión, etc.) deberían detenerlo, y acudir a un servicio especializado si estos persisten o suceden de manera intensa y, sobre todo, si persisten una vez frenado el consumo.

Es básico evitar la aparición de una dependencia o adicción. El mejor consejo será apelar a que quien consuma se escuche a uno mismo para saber

en qué fase se encuentra, y saber parar a tiempo antes que el espiral de consumo sea demasiado intenso como para poder detenerlo por propia iniciativa y con “buena voluntad”. Ante cualquier duda sobre una posible dependencia, puede consultarse con servicios especializados de asesoramiento e información.

Frecuentemente nos olvidamos de la importancia que tiene el contexto en la clásica tríada sujeto-sustancia-contexto. Y en este caso, el contexto es determinante para evitar la aparición de problemas asociados a su consumo.

Si bien es cierto que el consumo de cocaína se asocia básicamente a momentos de ocio, es frecuente que éste acabe trasladándose a momentos de más “normalidad” ligados al “día a día”. Cuando el consumo se desborda del entorno lúdico es más probable que aparezcan los problemas, básicamente ligados a la sensación de descontrol y dependencia de su consumo. El mejor consejo sería reducir su consumo a momentos concretos ligados a contextos de ocio, evitando consumir en el trabajo, en período de estudios y otros momentos de cierta formalidad. Así como detenerlo si uno percibe que se está descontrolando (por lo que al “cuando” se refiere). E incluso valorar la ayuda de un servicio especializado.

El consumo de cocaína a menudo se da en grupo. Y entre las personas consumidoras se comparte la sustancia. Si es el caso, cada consumidor debe disponer de un “rulo” o “turulo” personal e intransferible. Es posible que se den contagios o infecciones por el uso de un mismo instrumento entre varias personas.

Su consumo también puede entrañar riesgos asociados a la conducción de vehículos. Puede producir una sensación de falsa seguridad ligado a momentos de excitación e incluso concentración que podrían favorecer accidentes de tránsito. Cada vez es más frecuente la presencia de controles policiales que detectan el consumo de cocaína en conductores, más allá de las clásicas pruebas etilométricas. Y la detección de presencia de cocaína mientras se conduce puede abrir procesos penales importantes, complementarios a la retirada de puntos del carné de conducir y la sanción económica correspondiente. Obviamente, deberían abstenerse aquellas personas que consuman cuando estén utilizando maquinaria pesada que pueda entrañar riesgos para cualquiera.

Es cierto que bajo los efectos de la cocaína pueden darse sensaciones de intensificación de la sensualidad y de la sexualidad que quizás disminuyan la percepción del riesgo de problemas tales como infecciones de transmisión sexual o de embarazos no previstos. Por lo que es bien sencillo: el uso de condón evitará problemas futuros perfectamente evitables. Ligado a este punto, su consumo puede dificultar la erección y la eyaculación, así como retardar o anular el orgasmo.

Para muchas personas, su consumo intensifica la agresividad. Y cabe explicarlo: no es que por el hecho de consumirla ponga violento a uno; sino

que puede facilitar que personas con menos capacidad para autorregular su agresividad tengan más propensión a padecer situaciones de violencia (peleas, riñas, etc.). Por lo que se pediría especial control a aquellas personas que bajo sus efectos tiendan a ponerse en situaciones de violencia.

Atendiendo a su ilegalidad, existen problemas legales asociados a su consumo y/o venta. Desde una perspectiva de reducción de riesgos, existen tres principios básicos, que a nivel legal, deben considerarse:

- Si se transporta cocaína para un consumo propio debe ser en cantidades pequeñas y en una sola “pieza”, evitando así indicios de tráfico.
- Cada consumidor debe responsabilizarse de su propio consumo, evitando la tenencia de la sustancia para terceras personas.
- No vender, ni distribuir (con o sin finalidad económica) ni facilitar cocaína a terceras personas.

Existen otros usos y por lo tanto otros riesgos

Si bien el capítulo se ha centrado en la forma de consumo más extendida y conocida, cabe mencionar que existen otras formas de consumo. Conocerlas es de necesaria importancia para evitar caer en errores terminológicos a la vez que para saber encuadrar las intervenciones.

Sobre la cocaína fumada al estilo “nevadito”. Existe una práctica entre algunos consumidores de cocaína que consiste en untar un cigarrillo de tabaco comercial directamente con cristales o polvo blanco de cocaína (hacer un “nevadito” o “chino”). Y no hay que confundirla con fumar crack, base, pasta o cualquier otra forma fumada. Esta práctica responde más a la idea de un ritual que una forma de consumo, ya que casi no provoca efectos. La práctica totalidad de su principio activo desaparece durante su combustión.

Cocaína fumada como base o crack. Se fuma *crack* o base libre cuando se toma directamente el clorhidrato de cocaína (la cocaína clásica que encontramos en la calle) y se hierva con bicarbonato o amoníaco.

Los efectos de la base o el *crack* son, a diferencia de la vía esnifada, mucho más intensos, breves y de rápida aparición. Y conlleva, paralelamente, mayores riesgos por lo que respecta a la capacidad de generar adicción y otras problemáticas de salud.

En algunas zonas de compra-venta podemos encontrar que se venda el *crack* ya preparado para el consumo. Aunque es un producto que los mismos consumidores también saben prepararse con relativa facilidad. Presente en España desde hace muchos años, aunque su consumo suele ser marginal (en cuanto a prevalencia), reducido y vinculado a consumidores problemáticos de drogas.

Es una forma de consumo altamente tóxica y adictiva. Tiene un fuerte efecto estimulante del sistema nervioso central, al tiempo que produce sen-

sación de placer. Genera mucha ansiedad y compulsión en el consumo, y la posterior dependencia (sobre todo psicológica). Favorece el desarrollo de problemas psiquiátricos.

La pasta base de cocaína. Basuco, paco o pasta base de cocaína son los nombres más utilizados para denominar una droga elaborada a partir de los restos de la planta de la coca (los alcaloides) previamente a la obtención del clorhidrato de cocaína. Al no disponer de los precursores clásicos para la elaboración de cocaína (ácido clorhídrico, por ejemplo) se maceran directamente las hojas con disolventes (tipo gasolina).

Esta pasta base se consume por vía respiratoria, con una pipa o en forma de cigarrillo. Aunque se ha convertido, desde hace tiempo, en una droga muy utilizada en contextos con dificultades sociales de América Latina, teniendo en cuenta que allí se tiene más accesibilidad a la planta. En nuestro país es poco presente. Y a menudo se usan erróneamente el término basuco para llamar el *crack* o la base.

A nivel físico, perjudica mucho las vías respiratorias y el sistema cardiovascular. Su composición química la convierte en una droga altamente tóxica y adictiva. Tiene un fuerte efecto estimulante del sistema nervioso central, al tiempo que produce sensación de placer. Genera mucha ansiedad y compulsión en el consumo, y la posterior dependencia (sobre todo psicológica). Favorece el desarrollo de problemas psiquiátricos.

El uso inyectado. Existe un consumo de escasa prevalencia de cocaína inyectada por vía endovenosa. Esta práctica es casi inexistente entre los usuarios de tipo recreativo (ligado a consumos en momentos de ocio, fiesta, etc.) pero sí entre colectivos de consumidores cuyos usos están problematizados, como los viejos consumidores de heroína. Es relativamente frecuente que los dispositivos de reducción de daños que se dedican al intercambio de jeringuillas dediquen muchas de las unidades dispensadas a esta práctica de consumo. Además de los riesgos previamente citados, cabe centrarse, sobre todo, en los propios del proceso de inyección.

Referencias bibliográficas

- BERNABEU, Jordi (2010). “Gestión de placeres y riesgos asociados al consumo de cocaína esnifada”. En VVAA. *Cocaína*. (57-71). Madrid: Amargord.
- CADEVILLA, Fernando (2010). “Cocaína: efectos y riesgos”. En VVAA. *Cocaína*. (29-55). Madrid: Amargord.
- CALDENTEY, Pedro (2010). “Aspectos legales del uso de cocaína”. En VVAA. *Cocaína*, (175-199). Madrid: Amargord.
- COMAS, Domingo (2002). “La percepción social de los problemas”. En FAD (ed.), *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años (77-94)*. Madrid: FAD.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Cocaína. Informe 3 de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

- DÍAZ, Aurelio (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca* . Bellaterra: Publicacions de la UAB.
- DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, Mila & DONCEL, Concha (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: ICEBS/Ajuntament de Barcelona.
- GAMELLA, Juan Francisco & ALVÁREZ, Arturo (1999). *Las rutas del éxtasis*. Barcelona: Ariel.
- Hidalgo, Eduardo (2010). *Otros usos de la cocaína*. En VVAA, *Cocaína* (211-249). Madrid: Amargord.
- Observatorio Español de Drogas (2012). *Informe 2011*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas: Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.

INMERSIÓN KETAMÍNICA

Reducción de riesgos en el consumo de ketamina

Eva ROSINO CORTÉS

Asociación Hegoak Elkarte

hegoakdrogas@gmail.com

Introducción

A lo largo del presente capítulo, se explicarán diferentes aspectos relacionados con la ketamina. En los siguientes apartados, se presentará la historia y evolución de los consumos de ketamina; los diferentes ámbitos de uso, la situación legal, así como pautas de reducción de riesgos. Por último, en el apartado final, podremos encontrar una breve descripción y una serie de pautas, sobre cómo intervenir con una persona consumidora de ketamina.

¿Qué es la ketamina?

La ketamina es un fármaco con propiedades anestésicas, sedantes, amnésicas y analgésicas. Se le define como un anestésico disociativo, es decir, separa cuerpo y mente, produciendo un peculiar estado de inconsciencia en el que la persona no está dormida, sino desconectada de su cuerpo y de su entorno. Bajo los efectos de la ketamina, el cerebro es incapaz de interpretar la información procedente de los sentidos. Los efectos varían considerablemente en función de la dosis, el grado de pureza, el contexto donde se consume, las expectativas de la persona que la consume y sus características, así como la finalidad que tenga el consumo.

A lo largo de la historia, se ha utilizado por un perfil de personas muy variado y con diferentes fines. Por tanto, la manera de utilizarse, así como los resultados obtenidos de su aplicación o consumo, han sido y son, a día de hoy, muy distintos. La ketamina ha estado y está presente en lugares muy distintos como: hospitales, clínicas veterinarias, salas de terapia, *raves* y fiestas *techno*, en cada uno de estos contextos su uso persigue diferentes finalidades: médicas, recreativas, autoexploración y conocimiento interno.

¿Cómo se descubrió la ketamina?

La ketamina, o clorhidrato de ketamina, fue sintetizada por primera vez en 1962 por el químico Calvin Stevens. La descubrió cuando buscaba nuevos

fármacos anestésicos más útiles y seguros para sus pacientes. La primera vez que fue usada en la práctica clínica fue en 1965 por Corsen y Domino.

La ketamina se presentó en los ámbito médicos como un sustituto a la PCP. El problema médico que suponía usar la PCP era que tenía efectos secundarios desagradables para los pacientes, alrededor del 30% experimentaban paranoias disociativas, es decir se veían fuera de su cuerpo y efectos físicos no deseados. En un primer momento se aceptó la ketamina como sustituto de la PCP porque tenía menor toxicidad, una acción mucho más rápida y breve, y los efectos psicoactivos eran menos pronunciados.

Usos médicos y veterinarios

Desde los años setenta se ha utilizado la ketamina con estos fines. En España, la distribuye Parke-Davis Laboratorios con el nombre de Ketolar, pero según el país en el que se comercialice se puede encontrar bajo diferentes nombres (Ketalar®, Ketajet®, Ketaset®, etc.)

En nuestro país, está autorizado su uso para controlar la ansiedad ligada a procesos quirúrgicos y como anestesia. Este tipo de anestesia se aplica sobre todo en niños y ancianos, también en pacientes con dolores crónicos y personas que tienen que someterse a tratamiento en repetidas ocasiones, además se utiliza para heridos en situaciones complicadas.

Es un anestésico no barbitúrico y no narcótico. La anestesia que produce es completamente diferente a la de los demás anestésicos tradicionales. Induce un estado de inconsciencia en el que la persona, sin estar dormida, siente una gran desconexión de su cuerpo y de su entorno, los cuales deja de controlar. De esta manera, está despierta, pero no siente dolor. Apenas afecta a las funciones respiratorias y por tanto conserva los reflejos de la mandíbula, lengua, faringe, laringe, etc., por lo que se puede tragar saliva disminuyendo el riesgo de ahogos accidentales. También produce analgesia profunda, por lo que se ha utilizado para calmar dolores.

Todo ello hace que sea una sustancia muy fácil de administrar. Personas sin grandes conocimientos pueden aplicarla sin necesidad de contar con grandes medios ni costosos aparatos. Esto, unido a su bajo coste, ha conllevado que sea un anestésico muy utilizado en hospitales de África, Asia y Sudamérica. En los hospitales de Europa y Norteamérica, sin embargo, su uso es mucho más restringido, ya que cuentan con más variedad de aparatos y medicamentos para atender cada situación. Además, se ha apartado su uso por el mismo motivo que se apartó en su día el de la fenciclidina (PCP), por los efectos secundarios que se producían en las pacientes al despertar (alucinaciones, delirios, verse fuera del cuerpo, ensoñaciones, cambios de humor, etc.).

Aproximadamente un 40% de las personas a las que se les administra ketamina para uso médico, tienen sensaciones de “sentirse y verse separadas

del cuerpo”, o experiencias cercanas a la muerte. Por eso, su uso en hospitales se ha reducido a determinados países, personas y colectivos. A día de hoy, “el mayor uso que se hace de la ketamina en nuestro país, es para aplicación en bebés lactantes y sobre todo en veterinaria” (Hidalgo, 2005).

Usos terapéuticos

En su primera década de comercialización, fue utilizada también en prácticas psiquiátricas alternativas para el tratamiento de alcoholismo y algunos trastornos afectivos. En los años ochenta hubo diversos equipos de investigación clínica, que la utilizaron como recurso psicoterapéutico en el tratamiento del alcoholismo en diferentes Centros y Universidades de EE.UU. Por ejemplo, es el caso del Instituto Bekhterev de Investigación Psiconeurobiológica, en San Petesburgo, en el centro del profesor Evgeny Krupitsky, que aplicó este tratamiento obteniendo resultados satisfactorios, que posteriormente han sido mantenidos y desarrollados en la Universidad de Yale y en el Centro para el Tratamiento del Alcoholismo y las Adicciones en Tampa.

En estos estudios, las pacientes referían cambios en los valores vitales, descenso de la ansiedad y la depresión, mejora de la autoestima, reconocimiento social, autonomía y en general mayor seguridad, equilibrio emocional y autosuficiencia. Los resultados tras más de 1.000 personas en tratamiento por su dependencia al alcohol, alcanzan cifras de 60% a 80% de pacientes sobrios tras un año de tratamiento, muy superiores a los tratamientos habituales de combinación de psicofármacos con terapias de apoyo cuyos resultados suelen situarse próximos al 50% en los casos más favorables.

Durante los años noventa y principios del siglo XXI “se han realizado investigaciones sobre el tratamiento de adicción a opiáceos con ketamina, habiendo demostrado su efectividad, aunque no sean tan espectaculares como los resultados con personas con dependencia al alcohol.” (Barriuso y Markez: 2004: 24).

Usos recreativos

Muchas personas, han encontrado ventajas en las propiedades de alteración de la consciencia de la ketamina e inconvenientes en las anestésicas. Por contra de lo que le ocurría al personal sanitario, al menos en las salas de operaciones, ya que se cree que fueron personas de este ámbito, quienes comenzaron a utilizar la ketamina con fines lúdicos. Desde los años setenta ha sido una sustancia que se ha utilizado en momentos de ocio, para obtener efectos psicodélicos.

Pero su consumo no se introduce en los espacios de fiesta hasta finales de los ochenta, como explican Barriuso y Markez (2004) e Hidalgo (2008). “El

comienzo del uso de esta sustancia de forma recreativa, se cree que tuvo su origen en los clubs de Nueva York, Chicago, Miami, o en las playas de Goa en la India coincidiendo con el estallido de la cultura *techno* y las *raves*".

En esta última década el cambio en su forma de uso ha sido radical, a la vez que ha aumentado su consumo. Como apuntan Barriuso y Markez (2004: 25):

A la gran mayoría de quienes habían utilizado la ketamina con anterioridad, les habría resultado inconcebible que la sustancia que ellos consumían fuera compatible con una actividad como el baile. Pero los usuarios de esta nueva oleada descubrieron que al reducir la dosis, cambiar la vía inyectada por la esnifada y combinarla con estimulantes (que reducen el efecto disociativo y favorecen la actitud hacia el baile) podían seguir moviéndose e interactuando razonablemente con su entorno (Barriuso y Markez, 2004: 35).

En el Estado español su difusión empezó a finales de los noventa y principios del siglo XXI, en un primer momento el abastecimiento de ketamina se producía a través de viales farmacéuticos desviados del contexto sanitario para ser utilizados con finalidades lúdicas. El mayor control de los viales de ketamina (Ketolar®, en el Estado español) propició la búsqueda de nuevas fuentes de abastecimiento, y estas se encontraron en países en vías de desarrollo. Aunque en un primer momento los consumos de ketamina despertaron cierto interés para los consumidores, y alarma entre las autoridades, en la actualidad su consumo está estabilizado e inscrito en ciertos contextos recreativos, así como reservado para fines psiconáuticos.

A día de hoy se consume en entornos de fiesta y baile, a dosis bajas y mezclada con otros estimulantes y alcohol para conseguir un efecto desinhibidor y activador, o para dar un efecto psicodélico. Otras consumidoras la utilizan en ciertas situaciones como depresora, después de horas de fiesta. Sin embargo, sabemos que la gran mayoría considera esta sustancia peligrosa y de difícil manejo, entre otras cuestiones por la gran tolerancia que puede producir y por la enorme diferencia de efectos que se pueden conseguir según las dosis. (Rosino, 2011, Ciganda, 2003)

Usos psiconáuticos

Hay personas que se plantean el consumo de ketamina como una búsqueda de experiencias espirituales y de crecimiento interior. Pero su consumo entraña riesgos y más a dosis altas y subanestésicas como las necesarias para realizar los viajes psiconáuticos y conseguir modificar los niveles de conciencia.

Las psiconautas cuentan experiencias en las que el denominador común suele ser la vivencia de su propia muerte y un posterior renacimiento que influye después en su manera de percibir la realidad. Como con el resto de sustancias psicodélicas, pueden darse viajes o experiencias positivas al igual

que malos viajes y experiencias desagradables. En cualquier caso, resulta difícil recordar la experiencia vivida y por tanto las conclusiones a sacar suelen resultar vagas y difusas (Alba de Baya, 2007).

En caso de realizar este tipo de consumo, se recomienda siempre hacerlo en un lugar tranquilo y rodeado de buena compañía, bajo la supervisión de una persona que no haya consumido. En las horas e incluso días posteriores a la experiencia, algunos de los efectos que pueden presentarse son: sensación de desorientación, euforia, ganas de vivir y crecer espiritualmente, depresión, angustia, reflexión, flashbacks, episodios psicóticos.

Situación legal

Existen muchas dudas acerca de la situación legal de la ketamina. Sin embargo, “no está incluida en las listas de drogas ilícitas, por lo que es considerada en todo el mundo como un medicamento” (Hidalgo, 2003). Algunos países, como EEUU y Australia la han sometido a controles más estrictos, y la han incluido en la lista III de sustancias controladas. Sin embargo, en la mayoría de países esta sustancia prácticamente carece de control.

Dentro de la UE y como respuesta a la expansión del consumo de ketamina, se convocó en el año 2000 una reunión del Comité Científico del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, para discutir los riesgos sanitarios y sociales derivados de su consumo, así como las posibles consecuencias de su prohibición. Se llegó a la conclusión de que no se deben adoptar medidas legales de tipo penal contra el comercio ilícito de ketamina, ni perseguir su posesión y consumo.

En el caso de España, al no estar incluida en las listas de sustancias sometidas a fiscalización internacional, su producción, venta, tenencia y consumo no son tratadas de la misma forma que las drogas ilícitas más comunes (coca, MDMA, speed. etc.). Por tanto su consumo no se rige por el Código Penal ni por la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (Ley Corcuera). Sin embargo, ante conductas de venta y promoción de consumo, que pueden conllevar un delito penal, podemos encontrar en el BOE la Orden SAS/2712/2010, por medio de la cual sí son aplicables las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control. (Boletín Oficial del Estado. Sección I, pág 88346). Además, está regulada también por la Ley 25/1990, del Medicamento.

Aunque, según la ley, las fuerzas policiales no pueden incautarse de la ketamina que pudieran descubrir en poder de una persona, a no ser que existan dudas acerca de su composición. Lo cierto es que en la realidad, el consumo recreativo en la vía pública si es sancionado y la venta ilícita incluso podría llegar a ser penalizable.

Presentación de la ketamina

La ketamina se encuentra en forma de polvo fino, blanco y cristalino. Esto es así porque las personas consumidoras o quienes la obtienen de primera mano y la ponen después a circular en el mercado ilegal, la cocinan, con el objeto de convertir el líquido comercializado dentro del mercado legal (ketalar®, ketaset®, ketaje®, imalgene®, etc.), en polvo esnifable. Esto se consigue calentando el contenido líquido de los botes hasta conseguir su evaporación.

Adulteración de la ketamina

En el mercado negro se puede encontrar con una composición muy variable, desde menos del 7% hasta el 99% de pureza. En los análisis realizados se ha detectado: cafeína, paracetamol, manitol y lactosa. Aunque podrían estar utilizándose otras sustancias, la ketamina no es una sustancia que se encuentre por norma general muy adulterada. No obstante, en los últimos análisis realizados, se ha encontrado metoxetamina (*research chemicals*) como adulterante y sustituta de la ketamina.

Dosificación y vías de administración

Conviene tener especial cuidado con las dosis a la hora de consumir ketamina, pues no es comparable a la coca o el speed, por ejemplo, puesto que con menor cantidad se consiguen mayores efectos.¹

Dosis bajas: Desinhibe, produciendo un efecto que recuerda al del alcohol (euforia, pérdida de coordinación y equilibrio, sensación de flotar, distorsión de los sentidos, etc.).

Dosis medias: Se tiene conciencia de uno mismo y del contexto en que se encuentra. Pueden aparecer efectos psicodélicos leves. Se da una situación de conciencia parcial.

Dosis altas: El cuerpo se queda totalmente apalancado y aparecen los efectos alucinógenos, separando a la persona de su cuerpo y del contexto que le rodea. En estas dosis pueden aparecer el llamado agujero K y las experiencias cercanas a la muerte)

Respecto a las vías, la oral es la más segura ya que aporta unos efectos más suaves, fáciles de manejar y duraderos. Los efectos se empiezan a notar entre los 5 y 20 minutos y pueden durar hasta 6 horas.

La dosificación para la vía oral suele ser:

- Dosis bajas: 50-100 mg 1,2 mg/kg

1. Las dosificaciones presentadas responden a una elaboración propia a partir de los datos de <www.hehoak.org>, <www.energycontrol.org> y <www.erowid.org>.

- Dosis medias-altas: 75-300 mg. 1,5-4 mg/kg
- Dosis fuertes: 200-450 mg: 3-5 mg/kg

La vía nasal o esnifada es la más utilizada. Su uso continuado puede dar lugar a la perforación del tabique nasal por lo que se recomienda alternar vías y limpiar las fosas nasales con agua o suero fisiológico después de cada consumo. Los efectos se notan antes, a los 5-15 minutos y son menos duraderos, entre 1-2 horas.

La dosificación para la vía nasal suele ser:

- Dosis baja: 15-30 mg 0,3 mg/kg
- Dosis media: 25-50 mg 0,6 mg/kg
- Dosis alta: 60-100 mg 1-1,5 mg/kg
- Dosis fuerte: 100-250 mg 2 mg/kg

La vía inyectada se suele utilizar con finalidad exclusivamente psiconáutica. Es la vía que más riesgos conlleva y por tanto la menos recomendada. Los efectos aparecen más rápido y duran mucho menos, entre 10 y 15 minutos.

La dosificación para la vía inyectada suele ser:

- Dosis baja: 15-30 mg 0,3 mg/kg
- Dosis media: 25-50 mg 0,4 mg/kg
- Dosis alta: 40-100 mg 1 mg/kg
- Dosis fuerte: 60-125 mg 1,5 mg/kg

No conviene perder de vista los efectos secundarios que pueden aparecer: alucinaciones, vértigos, náuseas, vómitos, sudores, dolores de cabeza, confusión y desorientación. Disminuye la capacidad de atención, concentración y memoria. El día después puede ocasionar cansancio y aturdimiento. En grandes consumos o muy continuados, estos síntomas pueden persistir durante varios días.

Mezclas o interacciones entre drogas

Siempre que se decide mezclar sustancias los efectos pueden sufrir cambios en cuanto al tipo y a la cantidad; por ello, los riesgos aumentan. La combinación de ketamina con sustancias depresoras como el alcohol, GHB, hachís u opiáceos, es la menos recomendada ya que potencia el efecto depresor y por tanto aumentan las posibilidades de pérdida de conocimiento, depresión respiratoria o paro cardíaco.

¿Para quién está contraindicada?

- Personas con hipertensión, problemas cardíacos, embolias, y en tratamiento con medicamentos tiroideos.
- Si existen problemas de salud mental los pueden incrementar incluso complicarlos.

- Personas en edad de desarrollo (menores de 20 años aprox.).
- En actividades que requieran el 100% de la atención.
- En mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Riesgos y pautas para reducirlos

- A dosis altas puede aparecer un considerable entorpecimiento corporal, lo que supone un alto riesgo de caídas y accidentes. Conviene cuidar la dosificación, espaciar las tomas y no mezclarla con ninguna sustancia depresora.
- Se recomienda dejar su consumo para ocasiones especiales y lugares tranquilos alejados del agua y sin demasiados peligros (escalones, carreteras, vehículos...).
- No compartir el “rulo” (evitar billetes) para evitar enfermedades (hepatitis C).
- Es muy fácil desarrollar tolerancia y que se dé la pérdida de los efectos psicodélicos.
- Se recomienda abstenerse de consumir cuando se está pasando una mala racha, no nos encontramos bien o el contexto (lugar y compañía) no nos resulta agradable.
- Un uso crónico puede dañar los riñones.
- En casos graves puede producir parada respiratoria.

En caso de sobredosificación

Es importante evitar a la persona un ambiente en el que haya gran cantidad de estímulos. Será más conveniente llevarla a un lugar tranquilo, sin ruidos ni luces, con gente de confianza. Si ha perdido el conocimiento, puede ser un caso de depresión respiratoria con grave riesgo. Aspecto que se potenciará más si ha consumido algún otro tipo de depresor. Quizás sea mejor llamar al 112 o llevarle a un centro hospitalario.

Cómo intervenir desde la reducción de riesgos en personas consumidoras de ketamina

El primer paso a dar, conviene ser el de escuchar a la persona que solicita una atención. El acompañamiento solo tiene sentido, si se realiza desde la motivación real de quien solicita ayuda.

El apoyo familiar y de amistades, es de vital importancia en estos procesos. Quizás podemos ver con preocupación que la persona tiene un problema, y necesita ayuda para dejar de consumir a toda costa y a cualquier

precio. En este punto, sería interesante preguntar a la persona si esto lo vive así, motivándole a hacerse cargo de su situación, ofreciéndole el apoyo y las herramientas que estén a nuestro alcance.

Después conviene construir unos objetivos a trabajar que partan de sus propias necesidades, así como marcar algunos pasos a dar. Es importante que este proceso se haga en común, de tal manera que reforcemos a la propia persona y le acompañemos en su “darse cuenta” para poder cambiar. Esto conlleva llevar a cabo un proceso de reflexión conjunto en el que la persona sea el centro, capacitándole para la gestión de sus decisiones, y en definitiva fomentando la autonomía necesaria para dirigir su propia vida. Este proceso se basa sobre todo en el respeto a la persona y lo que ella decida, lo cual no está reñido con que existan a su vez ciertas normas y consecuencias que conviene siempre hablar, negociar y pactar de antemano. Esta vía de trabajo, busca conseguir la autonomía y la responsabilidad que cada una tiene de vivir su propia vida.

Necesitamos que la persona se sienta libre, cómoda y respetada. En estos procesos, la escucha, la observación y la intuición se convierten en grandes aliadas.

Referencias bibliográficas

- ALBA DE BAYA, Rosalía (2007). “Psiconautas”. *Revista Hegoak*, 11, 24-25.
- BAURIOSO, Martín & MARQUEZ, Iñaki (2004). *El uso de ketamina en el País Vasco: de fármaco anestésico a droga de fiesta*. Vitoria: Observatorio Vasco de Drogodependencias.
- CIGANDA, Maite (2003). “Ketamina”. *Revista Hegoak*, 3, 26-31.
- HIDALGO, Eduardo (2003). “Revisión del uso recreacional de la ketamina”. *Adicciones*, 15 (2), 177-189.
- HIDALGO, Eduardo (2008). *Ketamina*. Madrid: Ediciones Amargord
- ROSINO, Eva (2011). “Ketamina ¿anestesia de qué?” *Revista Hegoak*, 16, 17-19.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE HEROÍNA

Eduardo HIDALGO

Psicólogo experto en drogodependencias

eduardohidalgo@gmail.com

Introducción

En el presente capítulo nos ocuparemos de ofrecer unas breves notas sobre la heroína, dando cuenta de su aspecto, de los placeres asociados a su consumo, de los riesgos, los efectos secundarios, las contraindicaciones, así como trataremos de aportar algunas directrices en la línea de la reducción de riesgos, prestando especial atención a las pautas para un uso inyectado más seguro. Remitimos al capítulo “prevención, riesgos y daños” del presente manual al lector interesado en la historia y el impacto social de la heroína en España.

Presentación

En la mayor parte de España la heroína se encuentra fundamentalmente en forma de polvo o rocas de color marrón clarito, no obstante, en algunas zonas (sobre todo en Cataluña) puede accederse a heroína blanca.

Placeres

Flash o *rush*: sensación placentera muy intensa y breve. Bienestar, relajación, reducción de la ansiedad, eliminación de las sensaciones de dolor y cansancio. Euforia carente de sobreexcitación y tensión.

Efectos secundarios

Náuseas y vómitos. Extrema contracción pupilar. Enrojecimiento facial y picores. Estreñimiento. En ocasiones puede provocar hipotensión, hipotermia, hipotonía muscular y rigidez. El uso crónico –unido al estilo de vida– afecta al equilibrio hormonal y al sistema inmunológico, pudiendo dar lugar, entre otras cosas, a alteraciones del ciclo menstrual y a una reducción de las defensas del organismo.

Riesgos

Hay que tener en cuenta que la mortalidad en los consumidores de heroína supera entre seis y veinte veces a la de los no consumidores del mismo rango

de edad. Algunos problemas conciernen a la sustancia pues están derivados del consumo (fundamentalmente la dependencia, el síndrome de abstinencia y algunas sobredosis) y, por tanto, están relacionados directamente con las propiedades farmacológicas de la heroína. El resto guardan relación con nuestra forma de gestionar las drogas y tienen que ver con distintos factores como la falta de asepsia en el consumo; la contaminación del producto con adulterantes, hongos y bacterias; el precio desorbitado de la heroína ilícita; el hecho de que se comercialice en ambientes marginales y delincuenciales; la estigmatización social de la sustancia y de sus consumidores; el ordenamiento jurídico en materia de drogas.

Gestión de placeres y riesgos

Los placeres heroicos dependen directamente de la vía de administración empleada. Con la utilización de la vía intramuscular, la subcutánea o la esnifada resulta técnicamente imposible experimentar el *flash*, de tal manera que, en estos casos, podrá disfrutarse únicamente de las restantes gratificaciones opiáceas. La vía intravenosa, por el contrario, permite disfrutar de esos mismos placeres y añadirles, además, los del *flash* (Seidenberg, 2000). El fumado en papel de plata, por su parte, aporta también ambas cosas, tan sólo que el *flash* es mucho más suave y se requiere de cierta práctica y habilidad para obtenerlo.

Los riesgos dependen también de forma directa de la vía utilizada (Klous, 2004). En este caso la más problemática es la endovenosa, hasta el punto de que utilizando cualquier otra vía se eliminan de un plumazo las posibilidades de sufrir gran parte de las complicaciones sanitarias que pueden afectar a los usuarios de heroína. La vía más segura es la fumada en papel de aluminio, pues tiene un potencial bajo para facilitar infecciones y provocar sobredosis. Entre ambas se sitúa la vía esnifada, bastante más segura que la inyectada pero algo más peligrosa que la fumada debido, fundamentalmente, a que es mucho más fácil sobredosificarse esnifando que fumando.

Dicho esto, es al consumidor a quien le corresponde decantarse por una u otra vía en razón de los placeres que desee obtener y de los riesgos que esté dispuesto a correr.

En cualquier caso, dentro de las estrategias de disminución del daño, uno de los objetivos principales con los que tradicionalmente se ha trabajado se remite a que los usuarios opten por utilizar cualquier otro sistema de consumo distinto a la inyección. De hecho, técnicamente, la reducción de riesgos ha operado desde sus orígenes con una tríada de fines básicos que no son otros sino éstos:

- Fomentar que los usuarios abandonen la vía inyectada.
- Fomentar que los usuarios que no abandonen la vía inyectada utilicen únicamente sus propias jeringuillas.
- Fomentar que los usuarios que no utilicen únicamente sus propias jeringuillas las desinfecten antes con lejía.

La cuestión es que, como bien reflejan tales objetivos, es evidente que hay y seguirá habiendo quien prefiera inyectarse a fumar o esnifar, de modo que, respetando la capacidad de decisión de cada cual y siguiendo los planteamientos primigenios de las políticas de reducción de daños, a continuación ofreceremos unas breves indicaciones y pautas destinadas a informar sobre el consumo inyectado más seguro.

Acopio del material

El primer paso antes de inyectarse heroína es recopilar todos los materiales necesarios para hacerlo y, después, la propia heroína. Los básicos e indispensables son: jeringuilla, agua, acidificante, filtro y recipiente donde realizar la mezcla. Para un uso de menor riesgo éstos podrán completarse con: torniquete, mechero, servilletas de papel, toallitas impregnadas de alcohol y contenedor de las jeringuillas usadas.

Escoger un espacio donde consumir

El segundo paso es elegir el sitio donde hacerlo. Esto es de capital importancia para la gestión de placeres y riesgos. De una parte, cabe recordar que la heroína es una sustancia prohibida y que su consumo es ilegal, de modo que inyectársela en un lugar demasiado visible supondrá llamar a gritos a la policía para que haga su trabajo. De otra parte, conviene tener en cuenta que, socialmente, esta droga está muy mal vista y que, para la mayoría de la gente, ver a alguien administrándose en público, sobre todo vía inyectada, resulta desagradable y excesivamente provocador. De tal manera que, de nuevo, inyectarse a la vista de todo el mundo equivaldrá a pedir a gritos que a uno le llamen la atención, le miren mal o algo peor, según el caso y el lugar donde a cada cual se le ocurra hacerlo. En consecuencia, por respeto a los demás y con vistas a poder inyectarse apaciblemente sin tener que preocuparse por lo que harán o dirán otras personas, el usuario haría bien en buscar un sitio lo más íntimo, resguardado y limpio posible. En él, deberá poder sentirse lo suficientemente tranquilo y seguro como para poder consumir con calma y serenidad (Hidalgo, 2007).

Escoger el punto donde inyectarse

Una vez encontrado el lugar donde poder consumir tranquilamente habrá de escogerse el lugar exacto del cuerpo donde realizar la inyección de heroína. En este sentido resulta primordial destacar que el sistema circulatorio está compuesto de venas y de arterias y que, tanto desde la óptica de la potenciación del placer como desde la óptica de la reducción de riesgos, las inyecciones deberán realizarse siempre en las venas. A la hora de escoger la vena exacta en la que realizar la punción, cada consumidor, dependiendo de su mapa venoso particular, deberá optar por la que le resulte más cómoda y

accesible (cuanto más largas y visibles, mejor), teniendo siempre presente que las más seguras serán siempre las del brazo, las muñecas y las manos y las especialmente peligrosas y a evitar serán las del estómago, los pechos, la ingle, el cuello y el pene. Por otra parte, aun cuando cada usuario suele disponer de, al menos, un par de venas preferidas en las que le resulta especialmente fácil inyectarse, es absolutamente recomendable ir cambiando y rotando de sitio en cada ocasión. Del mismo modo, a la hora de pinchar en la misma vena, es aconsejable dejar una distancia de, al menos, tres centímetros entre un pinchazo y otro, con la intención, de nuevo, de producir el menor daño posible, al igual que habrán de evitarse siempre las inyecciones en zonas infectadas.

Lavarse y mantener la higiene

Una vez elegido el sitio donde realizar la inyección deberá procederse a limpiarlo con el fin de eliminar los virus y las bacterias que pudiera haber sobre la piel. Para ello, lo ideal es lavar la zona de punción (y las manos) con abundante agua y jabón y dejarla secar al aire. En su defecto podrá utilizarse una toallita con alcohol, moviéndola siempre en la misma dirección, ya que, si se mueve circularmente o de delante hacia atrás, realmente se estarán recolocando los virus y las bacterias pero no retirándolos de la zona de inyección. Lo que jamás deberá hacerse es limpiar la piel chupándola con la lengua, pues, de hacerlo, la estaremos contaminando más de lo que ya pueda estarlo. Así que, en caso de no poder lavarla con nada, siempre será mejor dejarla tal cual que intentar hacerlo a base de lametazos.

Desde este momento, el mantenimiento de la higiene deberá ser la principal preocupación del usuario a lo largo de todo el proceso de introducción de la heroína en el cuerpo. El objetivo es continuar evitando a toda costa que los virus y las bacterias sean introducidos en el organismo a la vez que la heroína. Es por ello que la regla fundamental será utilizar materiales estériles. La segunda regla será manipular los instrumentos lo menos posible: no tocar la aguja con los dedos (menos aún chuparla con la lengua), y manosear el filtro y los acidificantes lo estrictamente necesario y siempre con los dedos limpios.

La tercera regla será no reutilizarlos (aun así, siempre será mejor reutilizar en una misma sesión una botellita de agua estéril que utilizar agua del grifo o embotellada para la segunda administración). Finalmente, la cuarta y última regla será no compartir ningún instrumento con nadie jamás de los jamases, puesto que cualquiera de los materiales (filtros, agua, recipiente) puede ser un vehículo perfecto para la transmisión de virus y bacterias.

Si no hubiese más opción que reutilizar una jeringuilla, antes deberá limpiarse a conciencia llenándola y vaciándola de agua estéril hasta que no quede ningún resto visible de sangre. Esto cuando sea uno mismo quien vaya a utilizar por segunda vez su propia jeringuilla. Cuando no se tenga más alternativa que

usar la de otra persona (siempre debería haber otra alternativa, aunque fuera fumarse la heroína o esnifársela), deberá procederse de la siguiente forma:

- Llenar la jeringuilla con agua. Ha de hacerse con la aguja puesta y el agua ha de ser fría, ya que, si está caliente se favorecerá la contaminación con gérmenes.
- Vaciarla, volverla a cargar y volverla a vaciar.
- Llenarla de lejía hasta algo más de la mitad, dejando el resto del espacio simplemente con aire. Agitar y esperar al menos treinta segundos.
- Vaciar y repetir la operación anterior un par de veces más.
- Llenar hasta arriba con agua y vaciar. Repetir una última vez.
- De este modo podrán ser eliminados algunos virus y bacterias, entre ellos el del VIH, aunque probablemente no todos (por ejemplo, se desconoce la eficacia de este sistema en el caso del virus de la hepatitis C), de tal manera que conviene no olvidar que el sistema no es infalible y que, por norma general, deberá desestimarse su uso y optar siempre por utilizar jeringuillas nuevas y estériles.

Preparar la inyección e inyectarse

El siguiente paso será disponer todo el material necesario en un área de seguridad: una revista, un papel de periódico, la parte interior de la chaqueta extendida por el suelo. Cualquier cosa suficientemente limpia valdrá. Su función será la de delimitar un espacio propio del que no deberá salir ninguno de nuestros instrumentos de inyección ni en el que deberán entrar los de otras personas, de tal manera que se reduzcan a cero las posibilidades de compartir, aunque sea involuntariamente, cualquiera de los materiales.

A continuación, se machaca bien fina la heroína, de modo que el proceso de disolución resulte más fácil y completo. Luego se vierte la dosis deseada en el contenedor. Si el recipiente es estéril se debe tener cuidado de no tocar su interior con los dedos. Si no es estéril habría que haberlo lavado antes con agua y jabón o con una toallita con alcohol y dejarlo secar al aire. Después se vierte un poquito de acidificante: apenas una pizca si es ácido cítrico, un poco más si es vitamina C y un par de gotas o tres si es limón o vinagre (Scott, 2000). Acto seguido se carga la jeringuilla unas tres cuartas partes y se vierte el agua suavemente en el contenedor. Si éste es de metal, se puede calentar un poco con el mechero para favorecer la disolución. Se calienta hasta que el agua burbujee un poquito, no demasiado porque de lo contrario se producirán pérdidas y precipitación (15-30 segundos es más que suficiente). Luego, con el mango o el capuchón de la jeringuilla se removerá la mezcla para completar y finalizar la disolución. Entonces se coge un filtro, manipulándolo lo menos posible o pinchándolo con la punta de la aguja y depositándolo en el contenedor. Se pincha el filtro con la

jeringuilla, introduciendo la aguja con cuidado de no atravesarlo completamente y asegurándose de que el agujero de la aguja está orientado hacia abajo. Se tira del émbolo hacia atrás hasta que la jeringuilla esté cargada, de modo que todo el líquido sea absorbido y el filtro quede completamente seco.

Se coge la jeringuilla con una mano y se posiciona con la aguja mirando para arriba. Con la otra mano se dan unos golpecitos con el dedo al cuerpo de la jeringuilla para que el aire se desplace hacia la aguja. Cuando todas las burbujas estén en la parte superior se presiona el émbolo hasta que todo el aire sea expulsado y salga un poquito de líquido (tampoco hay que obsesionarse con la presencia de microscópicas burbujitas en las paredes de la jeringuilla, ya que no producirán ningún daño).

Si el líquido aún está caliente deberá esperarse a que se enfríe, pues inyectarse sustancias calientes es peligroso. Una vez enfriado, se procede a colocar el torniquete o a aplicar calor o a realizar algún tipo de ejercicio para conseguir que las venas sean más visibles y protuberantes.

Se realiza la inyección. Para ello, la jeringuilla debe orientarse siempre en dirección al corazón, de otra forma el daño para las venas será mucho mayor. Además, el agujero de la aguja deberá mirar siempre hacia arriba. Por otra parte, la inyección debe realizarse en un ángulo de unos treinta grados. Cuanto más vertical se sitúe la aguja en relación a la piel más probabilidades habrá de errar el tiro o de traspasar la vena de lado a lado. La aguja deberá introducirse muy suavemente.

Una vez que se sienta que se ha traspasado la pared de la vena ya no habrá que introducirla más a fondo sino que se deberá parar y tirar del émbolo hacia atrás para comprobar que sale sangre. Si no sale es que no se ha atinado bien. En este punto, puede tantearse si retirando la aguja o introduciéndola un poquito más termina finalmente de entrar sangre. Si no es el caso, deberá sacarse la aguja e intentarlo de nuevo en otro sitio (vale la misma vena siempre que se respete una distancia de al menos tres centímetros entre una punción y otra). Si al tirar del émbolo entra sangre de color rojo oscuro en la jeringuilla, significa que se está en el buen camino. Es el momento de retirar el torniquete.

Acto seguido se introduce lentamente una pequeña parte del líquido y se espera unos segundos para tantear la potencia. Esto es especialmente importante cuando se consume de forma esporádica, cuando se ha comprado a un proveedor desconocido o cuando se trata del primer consumo tras un período de abstinencia. Si se percibe cualquier sensación extraña que no coincida con los efectos esperados y típicos de la heroína o si la potencia o la dosis administrada parecen excesivas, habrá de retirarse la aguja inmediatamente. Si todo está en orden, se procederá a inyectar el contenido de la jeringuilla al completo, hasta el final y lentamente, ya que las inyecciones demasiado rápidas dañan las venas. Después se retira suave y delicadamente la jeringuilla, se pone el capuchón sobre la aguja y se deposita en

la zona de seguridad. Las maniobras de “bombeo” (meter y sacar sangre una vez que ya se ha inyectado toda la heroína) producen lesiones. Hay quien se “bombeea” por el placer que le aporta el acto mismo de inyectarse; sin embargo, técnicamente el *flash* será el mismo “bombeándose” que sin “bombearse”, pues la heroína ya ha sido introducida al completo en el torrente sanguíneo.

Finalizada la inyección, se coge un apósito o una toallita de papel y se presiona la zona de punción durante un mínimo de treinta segundos hasta que, al menos, ya no salga más sangre. Mientras tanto se disfruta tranquila y gozosamente de los placeres del *flash*.

Recogida y mantenimiento de la higiene

Remitido el *rush*, se recogen todos los materiales desechables y se guardan en una bolsa, en una caja o en una lata. Posteriormente se tirarán en un contenedor de basura. Las jeringuillas, siempre que sea posible, deberán intercambiarse en un dispositivo de reducción de daños. En su defecto deberán introducirse en una lata u otro tipo de recipiente y tirarlos también en un contenedor. Finalmente, se procederá a limpiar cualquier resto de sangre que haya podido quedar por el suelo o en los alrededores y se lavarán de nuevo las manos y la zona de punción con agua y jabón o con una toallita con alcohol.

Cuidados posteriores

Pasadas unas horas tras la inyección, cuando las heridas ya estén secas y cerradas, conviene cuidar las zonas de punción dando pequeños masajes y aplicando cremas hidratantes y reparadoras: Nivea®, Thrombocid®, Aloe vera, etc. En caso de realizar un consumo habitual es aconsejable incorporar estos cuidados en la rutina diaria, llevándolos a cabo, por ejemplo, cada noche antes de irse a dormir.

Crisis y emergencias

La reanudación del consumo de heroína tras un período de abstinencia (Sporer, 2003) y la mezcla con sustancias depresoras como el alcohol son los principales factores que desencadenan las sobredosis (Anoro, *et al.*, 2004). En los casos más graves el usuario pierde el conocimiento y no reacciona ante ningún estímulo. Respira muy poco o nada en absoluto. La piel, los labios y las uñas adquieren una coloración morada. En los casos menos severos el consumidor mantiene la conciencia pero es incapaz de articular palabra, respira erráticamente y es habitual que vomite. Ante cualquiera de estas situaciones ha de llamarse al 112 indicando que nos encontramos con una persona inconsciente o semi-inconsciente, mencionando que respira poco o que no respira y facilitando nuestra localización exacta. Mientras tanto trataremos de mantener despierta a la persona o aplicaremos técnicas de reanimación

cardiorrespiratoria (si es que las conocemos). De no conocerlas, colocaremos al usuario en posición de seguridad (tumbado de lado) y esperaremos a que llegue la ambulancia. Será entonces cuando haremos saber que el afectado ha tomado heroína. En casos de sobredosificación grave (personas inconscientes o semi-inconscientes) jamás ha de darse al usuario nada de comer ni de beber; jamás se le debe hacer daño con la intención de despertarle (quemándole, pinchándole, etc.); jamás se le debe meter en el baño ni mojarle con agua fría; jamás se le deberá mover de un lado a otro ni obligarle a andar o a que se mantenga de pie; jamás deberá inyectársele otras drogas ni agua con sal ni leche ni demás cosas exóticas; jamás deberá dejársele solo.

Comentarios finales

A modo de epílogo y recapitulación, podría aducirse que las peculiaridades que rodean a todo lo concerniente a esta sustancia marcan algunas diferencias que conviene tener muy presentes y que aconsejan que el posible consumidor se plantee el uso de heroína con especial detenimiento y, si es el caso, lo acometa con las ideas bien claras y con una prudencia, una moderación y una responsabilidad superiores a aquellas que generalmente se muestran para el uso de otras drogas recreativas. En última instancia, no conviene olvidar que miles y millones de personas, al entrar en contacto con la heroína, han convertido sus vidas en un auténtico tsunami que, a su paso, ha arrasado absolutamente con todo lo propio y lo ajeno. Por lo tanto, repetimos, se impone la prudencia, pues, aunque los placeres puedan ser grandiosos, los riesgos también lo son y, como bien dicen los entendidos, si convertirse en un consumidor problemático y dependiente requiere esfuerzo y dedicación, convertirse en usuario controlado puede requerirlo todavía más.

Referencias bibliográficas

- ANORO, Manel; ILUNDAIN, Enrique; RODRÍGUEZ, Rosa; ROSELL, Lali; IGLESIAS, Begoña; GUINOVART, Caterina & GABARI, Mercedes (2004). "Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona". *Revista Española de Salud Pública*, 78 (5), 601-608.
- HIDALGO, Eduardo (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.
- KLOUS, Marjolein Gabriëlle (2004). *Pharmaceutical Development of Diacetylmorphine Preparations for Prescription to Opioid Dependent Patients*. Utrecht: Utrecht University.
- SCOTT, J.; WINFIELD, A.; KENNEDY, E. & BOND, C. (2000). "Laboratory study of the effects of citric and ascorbic acids on injections prepared with brown Heroin". *International Journal of Drug Policy*, 11 (6), 417-422.
- SEIDENBERG, Andre & HONEGGER, Ueli (2000). *Metadona, heroína y otros opioides: manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides*. Madrid: Díaz de Santos.
- SPOERER, Karl A. (2003). "Strategies for Preventing Heroin Overdose". *British Medical Journal*, 326 (7386), 442-444.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE SETAS ALUCINÓGENAS

Iván FORNÍS ESPINOSA

ivan.fornis@gmail.com

Hongos alucinógenos, setas de la risa, monguis y trufas

El uso de hongos alucinógenos o psicodélicos como sustancias psicoactivas ha acompañado a diferentes culturas, hasta nuestros días. Repartidos por todo el mundo encontramos diferentes especies de hongos alucinógenos.

Las setas son la parte visible de los hongos y han sido consumidas con diferentes objetivos: religiosos, místicos, terapéuticos, recreativos, etc. Hoy en día son un ingrediente más del menú psicoactivo, tanto en una fiesta de música electrónica como en una sesión con fines de autoconocimiento.

Como cualquier otra droga el consumo de hongos alucinógenos requiere de una serie de conocimientos, precauciones y pautas de uso, con el fin de reducir los riesgos y en el caso de un uso recreativo aumentar los placeres.

Contexto histórico y actual

Los hongos alucinógenos son unos embriagantes que tanto, en la antigüedad como en la actualidad, han sido utilizados por determinadas culturas como forma de conectar con el mundo espiritual, así como una medicina reservada para ceremonias o eventos de índole religioso. Aunque la literatura no lo dice, es posible que también haya habido usos recreativos en estas culturas. De esta manera los chamanes siberianos consumían amanita muscaria con el fin de conectar con los espíritus (Fericla, 2001), mientras que los curanderos indios mexicanos de determinadas etnias utilizaban especies del género psilocybe, para curar a los enfermos mediante la conexión con los espíritus. (Estrada, 2005).

En los años cincuenta, a partir de las investigaciones llevadas a cabo por un banquero, dedicado a la “etnomicología” llamado Robert Gordon Wasson (Escohotado, 1999), los hongos alucinógenos son dados a conocer en el mundo occidental. En los años sesenta y setenta, junto con una serie de revoluciones políticas y culturales las setas alucinógenas pasan a ser consumidas como drogas recreativas y son llevadas a cabo diversas investigaciones, algunas de ellas orientadas para su aplicación en psicoterapia (Pollock, 1976).

En la última década las setas alucinógenas, sin llegar a tener una prevalencia muy notoria, han seguido siendo una de las drogas recreativas consumidas, principalmente, por personas, en general, y jóvenes con fines recreativos. En los estados miembros de la Unión Europea, se estima que entre el 0,3% y el 8,3% de los jóvenes de 15 a 24 años habían consumido hongos alucinógenos alguna vez en su vida y entre el 0,2% y el 2,8% lo habían hecho durante el año anterior a ser encuestado. En España, los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES 2010, indican que la prevalencia de consumo en el último año de hongos alucinógenos entre los estudiantes españoles de 14 a 18 años fue del 1,6% (OED, 2012).

¿Qué son las setas alucinógenas?

Los hongos son unos seres vivos que para reproducirse crean dos tipos de estructuras:

- Las setas son unas estructuras mediante las cuales los hongos pueden dispersar sus esporas.
- Los esclerocios son formaciones globulares densas parecidas a las famosas trufas de uso culinario que en el mundo “underground” se denomina “trufas” o “piedras filosofales”. Aunque se llamen trufas por su aspecto son estructuras muy diferentes a las verdaderas trufas, famosas por ser un manjar culinario.

Los hongos alucinógenos son consumidos, tanto en forma de seta como de trufa, por algunas personas, con el fin de tener experiencias psicoactivas.

¿De qué setas hablamos? Especies, variedades, tipos y formas

Se puede decir que existen dos grandes grupos de setas alucinógenas.

Por un lado están los hongos que presentan como componente psicoactivo el muscimol y el ácido ibotémico. La especie más popular es la amanita muscaria, que es una seta muy característica y famosa, de color rojo con manchas blancas. También pertenece a este grupo la amanita pantherina de color marrón y manchas blancas que también contiene estos componentes psicoactivos.

Por otro lado están todas las especies que contienen psilocina y psilocibina, también denominadas especies psicocínicas o psicocínicas. Existen 186 especies conocidas de hongos de este tipo en el mundo (Stamets, 1996), pero sólo unas pocas son ampliamente consumidas. Las más comunes y conocidas son:

- *Stropharia cubensis* (*Psilocybe cubensis*). También llamados mejicanos, comprende diversas variedades. Es la especie que más se cultiva de forma casera y la que más se consume y comercializa.
- *Psilocybe semilanceata*. Popularmente conocidos como “bonguis” o “monguis”. Setas de pequeño tamaño, que suelen recolectarse en las montañas de países del hemisferio norte.

- *Psilocybe tampanensis*. Generalmente se encuentran en forma de esclerócios (“trufas” o “piedras filosofales”).
- *Psilocybe mexicana* también se obtiene como trufa pero no es tan popular y conocida como la anterior.
- *Copelandia cyanescens* (*Panaeolus cyanescens*). Especie de tamaño pequeño y de muy alta potencia psicoactiva. También se las llaman “setas hawainas”.

Dónde se encuentran y cómo se adquieren

Existen tres formas de conseguir setas alucinógenas:

Recolectándolas en el campo cuando se saben identificar correctamente los ejemplares. Se pueden consultar guías de campo especializadas o contar con el asesoramiento de personas experimentadas en la identificación de setas. Algunas setas se pueden confundir fácilmente con especies venenosas, así que es fundamental saber identificar sin ninguna duda cada ejemplar que se vaya a recolectar para consumir. En la península ibérica crecen varias especies de hongos alucinógenos de forma natural, en los bosque y praderas: amanita muscaria, amanita pantherina, psilocybe psemilanceata, psilocybe hispanica, pluteus salicinus, entre otras variedades.

Obtenerlas mediante autocultivo casero. En la última década se han extendido conocimientos y diversos métodos de cultivo casero de setas alucinógenas. Se han vendido kits de cultivo preparados para que, con pocos conocimientos y unas mínimas condiciones ambientales, conseguir una buena cosecha de setas. Un sistema muy fácil y popular de cultivo es mediante los llamados panes de micelio de hongo, que se caracterizan por ser la estructura vegetativa del hongo contenida en un recipiente de plástico, de forma que solamente hay que abrir el recipiente y dejar que las setas fructifiquen en unas condiciones ambientales controladas. Las especies que se cultivan, en general, son exóticas: stropharia cubensis, psilocybe tampanensis, psilocybe mexicana, etc.

Adquirirlas en el mercado. Existe un mercado negro de estas setas. Por su bajo volumen de negocio suele realizarse a través de vendedores que no pertenecen a grandes redes organizadas o mafias. Hasta hace unos pocos años existía un mercado legal en internet y en determinados establecimientos de algunos países como Holanda e Inglaterra, hasta que en el año 2007 esta venta fue prohibida.¹

1. “Holanda prohíbe los hongos alucinógenos” *El País*, 31 de octubre de 2007.

¿Qué efectos tienen? Placeres y riesgos

Amanita muscaria

Las sustancias psicoactivas que contiene son el ácido ibotémico y el muscimol. El ácido ibotémico produce efectos en el hombre a una dosis de entre 50 y 100 miligramos y el muscimol de entre 10 y 15 miligramos. Una vez ingeridas las setas, la embriaguez se instaura muy lentamente, transcurriendo generalmente de dos a tres horas antes de que se presenten los efectos de forma plena. Los efectos duran de 6 a 8 horas. La ingesta de estas setas provoca distorsiones visuales, pérdida de equilibrio, espasmos musculares moderados (no convulsiones), alteración visual y auditiva (Ott, 2000). Este tipo de hongos no tienen un uso recreativo muy extendido debido a varias razones:

- Provocan trastornos digestivos muy desagradables tales como diarreas, vómitos y náuseas.
- Es muy difícil su dosificación ya que la cantidad de alcaloides varía enormemente entre unos ejemplares y otros.
- En las guías de setas siempre aparecen como especies tóxicas o muy tóxicas y este hecho disuade de consumirlas.
- No han sido introducidas en el mercado, salvo algunos vendedores por internet. No existe cultivo comercial o auto cultivo de forma que pueda haber un suministro fácil.
- Produce unos efectos de tipo borrachera fuerte, con delirios, desconexión y estados de abatimiento que no suelen ser muy apropiados para un uso recreativo. Más bien se usa con fines experimentales, rituales o de autoconocimiento.

Especies psilocíbicas

Contienen psilocina y psilocibina como alcaloides alucinógenos principales, pero además contienen baeocistina y norbaeocistina como alcaloides minoritarios (Ott, 2000). Estas especies provocan efectos psicodélicos, también llamados alucinógenos o enteogénicos, que introducen a la persona que las consume en una experiencia o viaje más o menos intenso dependiendo de la dosis consumida.

Dependiendo de la cantidad ingerida, si se tiene el estómago lleno o no y de la idiosincrasia del individuo, los efectos pueden tardar en aparecer desde los 15 minutos a más de una hora. La duración total de la experiencia varía de 4 a 6 horas con un periodo aproximado de dos horas de recuperación hasta volver a la normalidad. Al principio del viaje es común que las pupilas se dilaten y que baje la tensión arterial. Pueden aparecer bostezos (normalmente sin sueño) y una ligera sensación de pesadez, así como náuseas y debilidad. Como efectos secundarios pueden darse escalofríos, vértigos, cefaleas, boca seca, sudores e incluso leves aumentos de la temperatura corporal.

Cuando el viaje es vivido de forma positiva y placentera la experiencia suele comenzar con risas y euforia, después se pasa a un estado de calma y tranquilidad, acompañada de una marcada sensación de lucidez y claridad mental, donde se dan modificaciones de la percepción y el pensamiento: el tiempo se ralentiza, acelera o desaparece, los colores brillan de forma distinta, los objetos se deforman, se perciben luces o sonidos extraños, visiones con los ojos cerrados, etc. Este estado puede vivirse como algo fascinante, impactante y hermoso, y ello puede llevarnos a un estado emocional de auténtica satisfacción y gratificación que normalmente es compartido con las personas presentes pudiendo establecerse una comunicación y unos lazos emocionales inusualmente intensos (Energy Control, 2003).

El viaje puede vivirse de forma negativa. La alteración de las emociones, las percepciones y el pensamiento, no siempre presentará una cara amable y divertida. Lo que se perciba, perfectamente puede ser vivido como horroroso y angustiante. La persona puede verse atrapada en una especie de círculo vicioso con pensamientos recurrentes sobre el mismo tema (“me persiguen”, “hablan mal de mí”, “me he vuelto loco”, etc.) que es incapaz de quitarse de la cabeza. Se trata del mal viaje.

De hecho puede ocurrir que en un mismo viaje se pase sucesivamente por momentos agradables y angustiantes. Cualquier cambio en el entorno, lo que haga la persona o piense en ese momento, puede reconducir la experiencia en un sentido u otro y hacernos pasar de la fascinación al horror y viceversa. En este sentido existe la oportunidad de poder orientar el viaje hacia algo más placentero simplemente tratando de pensar en otras cosas, hacer algo distinto o cambiar el entorno (la música, el lugar, etc.).

La gran mayoría de malos viajes remiten sin mayores consecuencias una vez que desaparecen los efectos. No obstante, existen casos en los que estas intensas experiencias angustiosas acaban teniendo repercusiones negativas a más largo plazo, generalmente dando lugar a algún tipo de estado depresivo, ansioso o paranoide que se puede mantener durante periodos de tiempo relativamente largos que puede, incluso, requerir de atención especializada.

Hay quien considera que un mal viaje puede aprovecharse con fines de autoconocimiento y de alguna manera obtener alguna ventaja de este mal trago. Aprovechar esta apertura al inconsciente, por muy duro que sea, con el fin de aflorar a la conciencia, reconocer y asimilar partes de la personalidad o de la historia personal que normalmente permanecen ocultas en la vida cotidiana. Cuando aparece se pueden aplicar algunas medidas que permitan que la persona se relaje y tranquilice:

- No dejándola sola.
- Nunca intentar tranquilizarla mediante bofetadas u otro tipo de comportamiento violento.

- No cuchichear con otras personas en su presencia, podría aumentar la paranoia.
- La actitud de la persona acompañante debe de ser tranquila, sin usar gritos ni aspavientos.
- Si la persona está en un sitio muy ruidoso o masificado, llevarla a otro sitio más tranquilo.
- Hablar pausadamente y respetar la voluntad de conversar o mantenerse en silencio. No forzar a hablar ni escuchar.
- Indicar que realice una respiración pausada, profunda y si es necesario la persona cuidadora puede marcar el ritmo.
- Recordarle que ha consumido setas y que está teniendo un mal viaje que remitirá cuando vayan pasando los efectos.
- Cuando estas indicaciones no surtan efecto y la persona continúe con el mal viaje se puede, simplemente, acompañar y animar a que se deje llevar por la experiencia.
- Se dan casos en los que la mala experiencia no cesa hasta que los efectos de las setas hayan remitido. En estos casos se debe permanecer paciente, tranquilo, seguro y cercano ante quien sufre un mal viaje.
- Si la situación se complica o la persona lo solicita, se llamará a los servicios de urgencias.

Las setas alucinógenas tienen un muy bajo o nulo potencial de dependencia psicológica y física. Los efectos adversos tóxicos agudos y crónicos son muy infrecuentes. Se han descrito algunas muertes pero no se han podido relacionar directamente a la ingesta de setas alucinógenas (Van Amsterdam, Opperhuizen y Brink, 2010). La sobredosis es muy difícil que ocurra ya que se necesitan cantidades tan grandes de setas que la persona vomitaría antes de poder asimilar tanta cantidad.

Los riesgos derivados del consumo son, principalmente de tipo psicológico. Se haya dado o no un mal viaje, puede dar lugar a la aparición de problemas psicológicos. La mayoría de las personas que consumen setas no sufrirá ningún tipo de trastorno psicológico después de haberlas consumido, sin embargo, para algunas personas más vulnerables o predispuestas a este tipo de problemas, menos estables psíquicamente o con un trastorno ya latente, el consumo de setas podría actuar como un detonante de un trastorno de ansiedad, depresivo o psicótico.

Conviene tener en cuenta los siguientes puntos (Energy Control, 2003):

Las dosis bajas y los consumos ocasionales no están exentos de riesgos, pero, la posibilidad de que se den problemas aumenta cuando se consumen dosis altas de forma habitual y continua. Lo recomendable sería espaciar las tomas el máximo posible, por ejemplo no sobrepasar una toma al mes.

Las personas con historial familiar con trastornos psicológicos o con antecedentes familiares de los mismos deberían ser especialmente prudentes y moderadas en el consumo de setas. Según el caso y la gravedad podría estar totalmente contraindicado.

Cuando se está pasando por periodos de inestabilidad emocional y momentos difíciles en la vida sería recomendable evitar el consumo de setas.

Si días después de haber consumido se experimentan estados de ansiedad, depresión o paranoias es aconsejable dejar temporalmente el consumo y, si el estado no mejora, acudir a un servicio especializado.

¿Cómo preparar y tomarse las setas? Formas de consumo y dosificación

El consumo de setas frescas es el único que asegura que estas se están consumiendo con toda su potencia. Hoy en día es posible acceder a setas frescas durante todo el año ya que una persona puede tener su propio cultivo casero de hongos. No obstante y debido, o bien a una autoproducción muy grande o bien a que se quiere consumir setas que sólo crecen en una determinada época del año, hay personas que prefieren secarlas y de esta manera poder conservarlas durante un determinado tiempo.

El proceso de secado hace que se pierda potencia ya que hay una degradación de los alcaloides de estos hongos. No obstante a la hora de dosificar una toma se tiene que tener en cuenta que las setas secas son en peso, diez veces más potentes que las setas frescas. En la tabla 1 se describe la dosificación de tres especies tanto en fresco como en seco, de forma orientativa:

TABLA 1

Dosificación de tres especies psilocíbicas en función de la presentación (frescas o secas)

Especie	<i>Stropharia cubensis</i> (seta)		<i>Psilocybe semilanceata</i> (seta)		<i>Psilocybe tampanensis</i> (trufa)	
	Fresco	Seco	Fresco	Seco	Fresco	Seco
Dosis bajas (gramos)	8-10	0,8-1	10-15	1-1,5	10-12	3-4
Dosis medianas (gramos)	10-20	1-2	15-30	1,5-3	12-18	4-6
Dosis altas (gramos)	A partir de 20	A partir de 2	A partir de 30	A partir de 3	A partir de 18	A partir de 6

A la hora de planificar una toma y decidir qué tipo de efecto se quiere experimentar, es conveniente medir las dosis en peso y evitar hacer el cálculo por ejemplares, ya que pueden haber ejemplares con pesos muy diferente y no medir bien la potencia psicoactiva.

Las setas alucinógenas son efectivas consumidas por ingestión oral. Solo mediante la digestión se pueden romper las fibras del hongo y absorber los alcaloides que contienen. Cualquier otra forma de consumo o bien no es activa o bien es muy poco eficaz. No se deben de calentar las setas, ya que el calor destruye los compuestos psicoactivos que llevan las mismas (psilocina y psilocibina). Debido a esta característica no es buena idea realizar platos cocinados (tortillas, etc.), infusiones y una buena forma de echar a perder las setas es fumándolas.

Cuando se ingieren setas frescas, se digieren y asimilan perfectamente. Las setas secas son, en general, desagradables de masticar e ingerir. Normalmente se comen secas y se va bebiendo agua para poder tragarlas e hidratarlas. Una buena práctica a la hora de consumir setas secas es la maceración en algún líquido no caliente y sin alcohol para mejorar su absorción. Un zumo de naranja o de limón es muy efectivo ya que la presencia de ácidos permite que los alcaloides se extraigan muy bien de las fibras de los hongos. También se puede hacer un triturado o batido con el líquido y las setas en maceración y de esta forma facilitar la ingestión.

Mezclas con otras drogas

En un entorno recreativo tal como una fiesta, es posible que haya personas que decidan mezclar setas alucinógenas con otras drogas (Energy Control, 2009). En este caso se pueden tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Las mezclas con alcohol suelen *resentir el estómago, enturbiar la experiencia y provocar resacas más intensas y desagradables.*

- Con *estimulantes* (cocaína, speed, etc.) *disminuyen los efectos* psicodélicos y también afectan al estómago. En caso de consumir mucha cantidad de cada sustancia puede aparecer ansiedad, paranoia, etc.
- La mezcla con MDMA puede dar *un toque más empático* al viaje de setas o más brillante a la experiencia del MDMA, pero se deben de *tener en cuenta las precauciones* sobre el consumo de las dos sustancias.
- La *combinación con otros psicodélicos* supone mezclar sustancias de *efectos muy intensos*, por lo que, en caso de combinar, conviene extremar las recomendaciones usuales para el consumo de alucinógenos.

¿Cuándo no se deben tomar?

Existen una serie de factores tanto individuales o de la persona (*setting*) como ambientales (*set*) que se deben de tener en cuenta a la hora de consumir setas y en algunos casos. El consumo de setas debe evitarse:

- En niños, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y personas con reacciones alérgicas a la sustancia.

- En casos de afección renal, insuficiencia hepática o epilepsia.
- Si se padece algún tipo de trastorno psicológico o se está pasando por una mala racha. Si se ha de conducir o manejar maquinaria peligrosa, o realizar actividades peligrosas.
- Si al día siguiente se tiene que hacer frente a obligaciones o responsabilidades ineludibles.

¿Es legal el consumo y la venta de setas alucinógenas? Riesgos legales

Los compuestos psicoactivos que tienen las setas (psilocina y psilocibina) se consideran drogas a todos los efectos,² por lo tanto el tráfico, el cultivo, la producción, la facilitación y promoción de su consumo constituyen un delito contra la salud pública. La tenencia en pequeñas cantidades destinadas al autoconsumo no es considerado delito, pero puede castigarse con multas que van de los 300€ a los 3.000€.

En principio, la posesión de setas frescas no estaría fiscalizado, mientras que la de setas secas, pulverizadas, embolsadas o encapsuladas sí. No obstante unas pocas setas podrían justificarse como destinadas al propio consumo pero una gran cantidad de setas frescas seguramente sería entendida como destinada al tráfico. En consecuencia, sean frescas o secas, se recomienda llevar solo cantidades moderadas y si se cultiva, que sea en poca cantidad y sólo para uno mismo.

Técnicamente es posible la venta de esporas o de los llamados panes de micelio, estructuras del hongo, de las cuales se pueden obtener setas alucinógenas (Brotons, 2005). Las esporas no presentan psilocina ni psilocibina y los panes, aunque si presentan estos compuestos, se suelen vender, no como producto para consumir sino como artículo de colección o con fines de estudio.

Referencias bibliográficas

- BROTONS, Héctor (2005). “Régimen Jurídico de los Hongos Alucinógenos”. *Soft Secrets*, 6, 29.
- ENERGY Control (2003). *Setas, los psilocibes*. Disponible en <<http://energycontrol.org/files/pdfs/Folleto+Setas.pdf>>.
- ENERGY CONTROL (2009). *Setas*. Disponible en <<http://energycontrol.org/infodrogas/otras/setas.html>>.
- ESCOHOTADO, Antonio (1999). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Espasa Calpe (original 1989).
- ESTRADA, Álvaro (2005). *Vida de María Sabina, la sabia de los hongos*. México: Editorial Siglo XXI.
- FERICGLA, Josep Maria (2001). “Antropología y chamanismo. El chamanismo como sistema adaptante”. En José María Poveda (ed.) *Chamanismo, el arte natural de curar* (75-87). Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

2. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). Real Decreto 2829/1977. B.O.E. 274: 24978-24986.

- Observatorio Español de Drogas (2012). *Informe 2011* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- OTT, Jonathan (2000). *Pharmacotheon*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- POLLOCK, Steve Hayden (1976). "Liberty caps: recreational hallucinogenic mushrooms". *Drug Alcohol Depend*, 1 (6): 445-447.
- STAMETS, Paul (1996). *Psilocybin Mushrooms of the World*. Berkley: Ten Speed Press.
- VAN AMSTERDAM, Jan; "Opperhuizen, Antoon & van den Brink, Wim (2011). Harm potential of magic mushroom use: A review". *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 59 (3), 423–429.

ALUCINÓGENOS ETNOBOTÁNICOS

José Carlos BOUSO

Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques – IMIM
International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service – ICEERS
jbouso@iceers.org

Introducción

La historia de la humanidad es la historia de la utilización de los recursos naturales con fines para facilitar la adaptación a los ecosistemas, aumentar la supervivencia y ganar en comodidad y en calidad de vida. El medio natural ha provisto siempre al ser humano de recursos para ello y el ingenio humano ha ido extrayendo de esos recursos maneras eficientes para aprovecharlos en su beneficio. En un pasado prehistórico, cuando se vivía de forma nómada en grupos pequeños en los que no había necesidad de almacenar recursos, este conocimiento se transmitía oralmente, de generación en generación. Y el conocimiento no ha sido simplemente conocimiento acumulado, sino que cada nueva generación creaba conocimiento nuevo aplicando estrategias cognitivas a la resolución de problemas cambiantes. Esto es lo que permitió, en un tiempo record de algunos miles de años, pasar de ser un grupo de apenas unos pocos cientos de individuos viviendo en áreas geográficas extremadamente circunscritas, a multiplicar la población por miles de millones y colonizar el planeta entero.

Sin duda, esta multiplicación exponencial de la población y la consiguiente colonización del planeta se ha producido gracias a la especial habilidad de los seres humanos para encontrar remedios naturales capaces de aliviar el sufrimiento intrínseco al hecho de vivir, ya fuera éste causado por males físicos o por psicológicos. Como especie social, todo sufrimiento psíquico de un individuo singular viene determinado por su relación con respecto al grupo. Nuestros antepasados, igual que fueron sumamente hábiles en el descubrimiento y refinamiento de drogas naturales que aliviaran el sufrimiento físico y las enfermedades, también lo fueron en el descubrimiento y refinamiento de drogas naturales que aliviaran el sufrimiento psíquico, no porque atajaran los síntomas orgánicos subyacentes a aquellos, sino por ser drogas sumamente eficaces en la integración social cuando se consumen en el contexto de rituales más o menos estructurados pero que en cualquier caso contienen una lógica interna: se trata de rituales en los que participaba toda la comunidad, ya que toda en su conjunto se sentía responsable del beneficio común por ser este

la clave para el beneficio individual. Los rituales ancestrales se hacían de noche, se bailaba, se tocaba música rítmica, se invocaba a los antepasados y se consumían drogas psicoactivas, principalmente de perfil alucinógeno. La comunidad comulgaba entonces con la cosmovisión de la tribu, las asperezas interpersonales se limaban y los conflictos originados por el choque individuo-grupo se disolvían en el océano del éxtasis. En la unidad de las culturas primigenias medicina y recreación constituían las dos caras de una misma moneda: el bienestar biopsicosocial tal y como lo entienden hoy día las ciencias de la salud.

Si hoy día el conocimiento de las ciencias de la vida en general, y de la farmacología en particular, recae en esas figuras de bata blanca llamadas científicos, en los contextos tradicionales su conocimiento recaía en esas figuras con atuendos floridos de plumas y comportamientos aparentemente excéntricos llamados chamanes. Los chamanes utilizaban su conocimiento botánico para hacer el bien en sus comunidades. Pero la propia naturaleza, tanto de este tipo particular de sustancias, como la de las prácticas rituales en las que su utilización se circunscribía, posibilitaba su utilización con fines “malévolos”: los brujos encarnarían las figuras de los agentes de enfermedad. La base para estas intervenciones, buenas o malas y, digamos, mágicas, se debían a que, para las culturas tradicionales, era en el mundo espiritual donde se jugaba la batalla por la supervivencia. El mundo espiritual es un universo paralelo en el que moran entidades incorpóreas y solo visibles para aquel que se aventura a adentrarse en él mediante la ingesta de plantas alucinógenas. Cuanto más conocimiento de este mundo espiritual tiene el chamán, más poder personal adquiere al ser más capaz de aliarse con estas entidades tanto para hacer el bien, como para hacer el mal. Siendo el mundo espiritual el responsable último de lo que ocurre en el mundo material, adentrarse en él es la única forma de vivir en bienestar, de curar las enfermedades o de inflingírselas a otros.

Sobre el concepto de “alucinógenos etnobotánicos”

He elegido el término de alucinógenos etnobotánicos porque las sustancias que van a ser tratadas en este capítulo lo que tienen de particular, respecto al resto de los alucinógenos, no son sus efectos ni sus propiedades farmacológicas (salvando las idiosincrasias que existen entre drogas, claro), sino el contexto concreto en el que se utilizan. Drogas como la psilocibina y los hongos psilocibios, la LSD, los cactus mescalínicos (San Pedro y peyote), la DMT (N,N-Dimetiltriptamina), el 2C-B y tantas otras drogas alucinógenas, sean de origen vegetal o de síntesis, comparten propiedades psicofarmacológicas. Sin embargo, las que se tratarán aquí son especiales, no por dichas propiedades, sino porque se han popularizado en Occidente por usarse con fines espirituales, no en el sentido de tener un éxtasis místico de comunión divina, ni

tampoco psiconáutico, sino en el de adentrarse en el mundo en el que habitan las entidades espirituales, siempre de mano de un chamán o de alguien que presuntamente domine ese mundo, para conseguir un bienestar personal que va más allá de la mera diversión. Los “alucinógenos etnobotánicos” serían pues aquellas sustancias vegetales utilizadas en Occidente en un contexto “simulado” respecto al original. En este sentido, la psilocibina podría ser un alucinógeno etnobotánico si se consume en el contexto de un ritual tradicional, lo mismo que la ayahuasca dejaría de serlo en el momento en el que su consumo se enmarca fuera de dicho contexto, por mucho que los efectos psicológicos y fisiológicos en ambos casos puedan ser los mismos: lo que cambia es el “contexto” en el que se toma. Los alucinógenos etnobotánicos, en definitiva, serían herramientas que harían la función de establecer puentes de unión entre culturas de tal forma que se produjera un enriquecimiento cultural y biomédico mutuo entre aquellas culturas donde el uso de estas plantas es originario y las culturas en las que dicho uso se va implantando.

Los contextos tradicionales reinventados

Uno de los fenómenos más interesantes en materia de drogas que ha traído la globalización ha sido la instauración en Occidente de viejos contextos de consumo de viejas drogas de uso tradicional. Hace milenios que la sociedad occidental abandonó el chamanismo. La filosofía natural desbancó para siempre el intento de comprensión de los fenómenos naturales como debidos a causas mágicas o espirituales. La espiritualidad pasó a ser entonces una cuestión de fe, no de conocimiento. Y el mundo espiritual, un universo que podía tener su propia organización interna y leyes pero que en ningún caso afectaban al normal discurrir de nuestro mundo material. Desde entonces, el conocimiento del mundo natural no ha dejado de crecer, de complejizarse y de especializarse, borrando para siempre el viejo sueño de la ilustración de poder ser capaz de abarcar todo el conocimiento acumulado en una sola vida por una sola persona. La cosa ha llegado tan lejos, que los avances científico-técnicos han vuelto a instaurar en el mundo occidental una creencia en leyes sobrenaturales que operan de una manera que no entendemos. ¿Quién podría explicar satisfactoriamente en una conversación de café, por ejemplo, cómo se transmite un correo electrónico entre teléfonos móviles? Por poner uno de los infinitos ejemplos de la vida cotidiana que, aunque son evidentes porque forman parte del normal discurrir de tantas personas, a la mayoría le resultan incomprensibles. Si asistimos a infinidad de fenómenos que no por el hecho de no comprender son evidentes que existen porque cotidianamente los experimentamos, ¿cómo dudar de fenómenos que también resulta aparentemente evidente su existencia pero para los que no existe una explicación satisfactoria ni la ciencia parece dar una respuesta? Cada día están más de moda las medicinas

“complementarias” cuyas bases conceptuales se escapan al lenguaje científico (a pesar de que, paradójicamente, cada nueva propuesta quiera presumir siempre de bases científicas, como es el caso de querer explicar hoy día todo lo “raro” desde el paradigma “cuántico”). Teniendo esto en mente, ¿sorprende tanto este auge del chamanismo en el mundo occidental? Sea como fuere, estas medicinas están aquí para quedarse. Y han venido para quedarse porque aportan al iniciado algo que hoy día es difícil de encontrar en nuestra sociedad y en nuestra medicina: la proyección existencial. La medicina es una práctica que se realiza aislando al individuo del grupo. Los rituales ancestrales se realizan siempre en el contexto del grupo, emulando la tradición del ritual comunitario. Al insertarse estas prácticas en la brecha entre lo conocido y lo desconocido, estas viejas tradiciones chamánicas parecen aportar al iniciado occidental el permitirle ponerse en contacto con lo sobrenatural, con lo inexplicado, en donde es uno mismo quien obtiene sus propias respuestas respecto a aquello que le inquieta en lo más profundo de sí. Es quizás por esto mismo por lo que su popularidad no deja de crecer, y es precisamente por esto por lo que estas prácticas, lejos de reprimirse, deberían protegerse.

Las drogas que abordaremos en este capítulo son la ayahuasca, la iboga y los cactus mescalínicos, por ser su uso ritual el que más popularidad ha ido adquiriendo durante los últimos años en España.

Ayahuasca

¿Qué es la ayahuasca?

La ayahuasca es el líquido resultante de cocer algunas plantas originarias de la cuenca amazónica. Se trata de un líquido de color marrón terroso, de textura densa, con olor a fermento afrutado y de sabor tan agrio que, al beberla, el tracto digestivo se estremece haciendo todo lo posible por expulsarlo del organismo. Una vez probada la ayahuasca, su sabor no se olvida nunca, y para muchas personas el mero hecho de recordar su sabor les hace sobrevenir una náusea. A otras personas, por el contrario, si bien son minoría, su sabor les resulta agradable e incluso placentero. Los efectos organolépticos del líquido sobre el organismo son acumulativos, de tal forma que al repetir sucesivas dosis, aquellos se incrementan.

Hay algunos científicos que opinan que la ayahuasca no es un descubrimiento, sino una “invención” del ingenio humano. La razón para opinar así proviene de lo sofisticada de su fórmula química, ya que se compone de dos tipos de plantas que por separado no tienen efecto alguno aparente, pero que combinadas inducen un estado alterado de conciencia bastante contundente. Debido a la gran diversidad vegetal que hay en la cuenca del Amazonas (se estima que hay más de un millón de especies botánicas diferentes, de las

cuales solo se han catalogado apenas unos pocos cientos de miles), resultaría improbable que se descubriera fortuitamente simplemente por ensayo y error el mecanismo farmacológico tan sofisticado que implica la preparación de ayahuasca. Es posible que los indígenas ya usaran cada una de las plantas presentes en la ayahuasca para fines diferentes a los que actualmente se usa, y que en algún momento indeterminado las cocieran juntas encontrando un efecto nuevo con aplicaciones médico-rituales nuevas también. En cualquier caso, cualquier cosa que se diga a este respecto es pura especulación, pues se carece de registros arqueológicos, de cronistas, o de otro tipo de datos más allá de hace unos pocos siglos.

Análisis realizados a momias desenterradas al norte de Chile, en el desierto de Atacama, han descubierto restos de los principios activos de una de las plantas utilizadas para cocinar ayahuasca. Estos restos pertenecen a personas que vivieron hace miles de años, lo cual sugiere que al menos una de las plantas utilizadas en la preparación de ayahuasca ya se utilizaba hace milenios. Esta planta, conocida botánicamente con el nombre de *Banisteriopsis caapi* es una liana que crece por toda la Amazonía. Numerosos pueblos amazónicos la utilizan desde tiempos remotos haciendo una infusión que se ingiere y que su efecto principal es inducir el vómito y otros síntomas somáticos, como diarrea. Debido a estos efectos somáticos, es posible que originalmente la bebida del té hecho con la corteza de dicha liana la utilizaran los indios amazónicos como purgante y laxante para limpiarse de parásitos gastrointestinales. Así lo sugiere el hecho de que una de las momias desenterradas en el desierto del norte de Chile en la que se detectó en su cabello restos de los alcaloides de dicha planta fuera un niño. También el que se utilizara ayahuasca en una región tan alejada de su ecosistema natural sugiere un intenso intercambio comercial. Probablemente los indios amazónicos intercambiaban la medicina ayahuasca por sal, un producto que una vez probado en comidas rara vez se quiere uno privar de él. Muchas tribus amazónicas hoy día beben infusiones realizadas con dicha liana con fines estrictamente médicos también. De hecho, la palabra ayahuasca tiene tantos nombres como tribus la utilizan y se han llegado a registrar más de 40 nombres vernáculos.

Ayahuasca es una palabra quechua que suele traducirse por “la enredadera del alma”, un término que juega a la vez con la representación literal y simbólica de lo que es la ayahuasca. Como se ha explicado, originalmente la ayahuasca, para todos los pueblos amazónicos, era la infusión de una liana, una enredadera, de *B. caapi*. Muchos estudiosos han interpretado que la “enredadera del alma” es un viaje ascendente a los reinos del espíritu. Pero si la infusión de *B. caapi* se utilizaba principalmente para usos médicos y no tanto visionarios, “enredadera del alma” puede querer decir algo más “terrenal”, en el sentido físico de lo que se siente cuando se toma ayahuasca: se nota cómo

el cuerpo se siente intoxicado, cómo esa enredadera va constriñendo el cuerpo, expulsando, mediante el vómito y/o la diarrea los males físicos. Quizás el uso relativamente moderno según el cual se conoce la ayahuasca como una cocción de *B. caapi*, junto con las hojas de un arbusto de la familia del café llamado *Psychotria viridis*, es lo que ha hecho pensar a los estudiosos que el viaje con ayahuasca es vertical, hacia el espíritu, y no tanto horizontal, hacia el alma. La ayahuasca, en sentido tanto literal como simbólico, es pues un “viaje” al interior del cuerpo. Así lo entiende la medicina tradicional amazónica y es por eso por lo que se la considera una medicina. Entender la ayahuasca como una experiencia espiritual es un modismo occidental que confunde el que los curanderos tradicionales se sirvan de espíritus aliados para curar, con la experiencia subjetiva que aporta la ayahuasca en sí. “Espiritual” para el chamanismo amazónico no es sinónimo de “elevado”. En este sentido, es tan “espiritual” curar como hacer el mal. Por ello la experiencia con ayahuasca puede inducir tanto visiones de asombrosa belleza, como sentimientos de horrible pavor y vacuidad.

En este sentido, las hojas de *P. viridis* aportan a la infusión de *B. caapi* poder visionario. El logro de la “invención” consiste en que el principio activo de la *P. viridis*, llamado DMT (N,N-Dimetiltriptamina), nunca llegaría al cerebro si se ingiriera por vía oral, ya que en el tracto gastrointestinal se destruiría por un proceso metabólico (la causa es que unas enzimas llamadas Monoaminoxidasa (MAO) destruirían la DMT ingerida oralmente). Precisamente la planta *B. caapi* contiene principios activos con acción IMAO, esto es, inhiben la acción de la MAO endógena de tal forma que permiten que la DMT llegue al cerebro. Se ha popularizado tanto la combinación de hojas de *P. viridis* en las decocciones de *B. caapi* que universalmente en occidente hoy día por ayahuasca se entiende precisamente la decocción de ambas plantas juntas. Para muchos pueblos amazónicos, por el contrario, ayahuasca es toda decocción de *B. caapi*, al margen del aditivo botánico específico que cada chamán le quiera echar. Como la cocción de *B. caapi* es la base para la preparación de muchos remedios, la eventual adición de otros compuestos botánicos es incontable.

La ayahuasca, tal y como se la conoce y usa hoy día en Occidente, y tal y como la preparan hoy día los diferentes chamanes, curanderos, vegetalistas, etc., cuando un occidental quiere tomarla, es pues un líquido de sabor cuestionable que, entre 30 y 45 minutos después de ingerirlo, induce un contundente estado alterado de conciencia solo en parte similar al que inducen otras drogas alucinógenas como los hongos psilocibios o la LSD. Bajo los efectos de la ayahuasca se suelen tener visiones que tienen un impactante efecto emocional sobre el iniciado. Si bien, generalmente, se mantiene un control sobre lo que se está experimentando, con dosis altas la “realidad” de las visiones puede

ser tan contundente que dicha “realidad” se tome por la “realidad” misma. De hecho, tradicionalmente los pueblos amazónicos han utilizado ayahuasca en contextos rituales precisamente para que les muestre cuál es la verdadera naturaleza de la “realidad”, tomando por “real” no la realidad ordinaria, sino la que se aparece bajo los efectos de la ayahuasca. Esto es algo que debe conocer cualquier persona que esté interesada en experimentar con ayahuasca: la realidad que ofrece la ayahuasca puede ser considerada por el iniciado como la realidad real. De ahí la importancia de no tomar ayahuasca en solitario, siendo preferible su consumo en el contexto de un ritual dirigido por alguien experimentado, de tal forma que el iniciado se sienta seguro ante los efectos que se le aparezcan. Tradicionalmente, la ayahuasca se ha utilizado en rituales de grupo donde la tribu comparte una cosmovisión común y de esta forma se potenciaba la cohesión grupal. También se utilizaba, aprovechando esa visión de la realidad que ofrece la ayahuasca, para mirar dónde se encuentran los problemas, bien grupales, bien individuales con relación al grupo, uso que hoy día se ha ido adaptando a Occidente reconvertido en usos con fines de crecimiento personal, de autoconocimiento y, en definitiva, de autocuración ante malestares psíquicos y/o dolencias físicas.

Aparte de los usos tradicionales y modernos de la ayahuasca, ésta también tiene un uso religioso. En Brasil existen incontables de las denominadas “religiones ayahuasqueras”, que son doctrinas religiosas de tipo sincrético en las que se encuentran presentes elementos cristianos y chamánicos aderezados con tradiciones espirituales diversas como pueden ser el candomblé o, con la globalización, incorporaciones místicas orientalistas tales como elementos budistas o de otro tipo. Estas religiones se han popularizado tanto que su expansión ha llegado a Occidente, pudiéndose encontrar sedes de estas iglesias en casi cualquier lugar del mundo desarrollado. Es más, países como Holanda, EE.UU., Brasil o Canadá tienen leyes específicas que protegen la práctica de estas religiones cuyo sacramento es la ayahuasca. Las tres religiones ayahuasqueras más conocidas son la iglesia del Santo Daime, la União do Vegetal y Barquinha, más las casi infinitas escisiones de cada una de estas, cada una de ellas con un cuerpo doctrinario propio. En España se podría afirmar (y así lo hemos constatado en el curso de nuestros trabajos de campo) que casi en cada comunidad autónoma se pueden encontrar algunos de estos grupos religiosos que toman ayahuasca.

Por último, respecto al estatus legal de la ayahuasca, a pesar de que la DMT es una sustancia fiscalizada, ni la ayahuasca ni ningún preparado realizado con plantas que contengan DMT está sometido a fiscalización internacional. El órgano encargado de prohibir drogas a nivel internacional es la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes). La ayahuasca no se encuentra presente en ninguna de las listas de drogas prohibidas por la JIFE.

Es más, la propia JIFE ha expresado explícitamente que la ayahuasca no es una sustancia controlada. Luego la ayahuasca solo es una sustancia prohibida en aquellos países en los que la legislación nacional lo explicita. El único país en el que la ayahuasca está explícitamente prohibida es Francia. En el resto del mundo la ayahuasca, desde un punto de vista jurídico, no es una droga.

Efectos, riesgos y beneficios

Si nunca has tomado ayahuasca lo primero que debes saber es que, si bien la ayahuasca posee un margen de seguridad físico muy amplio, las principales consideraciones a tener en cuenta deben ser de carácter psicológico. La ayahuasca la han utilizado tradicionalmente los pueblos amazónicos para conocer la naturaleza de la realidad. Eso es porque las experiencias que aporta la ayahuasca son consideradas por la persona que la toma tan real, sino más, que la realidad misma. Si bien habitualmente uno mantiene el control con relación a la diferencia entre la realidad ordinaria y la realidad ofrecida por la ayahuasca, en los momentos más intensos de la experiencia, o con dosis altas, esta diferencia puede difuminarse. Cuando ello ocurre, si bien la mayoría de las personas mantienen bien la calma simplemente dejándose llevar por la experiencia, algunas personas pueden experimentar sentimientos de temor que en su versión más extrema puede derivar en pánico. La actitud del cuidador, o del guía, o de la persona encargada de dirigir la sesión en este sentido es crucial para reconducir la experiencia en positivo, de ahí que si has decidido tomar ayahuasca, lo primero que debes hacer como medida más eficiente para evitarte experiencias desagradables es elegir un buen guía. No existen consejos para ello y en este caso lo que funciona mejor es el “boca a oreja” cuando la recomendación de ir a tomar ayahuasca con alguien en concreto viene de alguien de confianza. Aún así, las experiencias con ayahuasca son algo tan privado que quien para tu mejor amigo puede ser el mejor guía del mundo a ti te puede resultar el ser más incompetente del planeta. En general, desconfía de sesiones a las que asisten muchas personas novatas por primera vez. Otra cosa son sesiones de grupos amplios donde los iniciados toman juntos regularmente y en sus sesiones acogen a uno o muy pocos nuevos iniciados.

Existen diferentes tipos de sesiones en función de lo “chamánicamente orientadas” que estén, por lo que lo ideal sería que las intenciones con las que vas a tomar ayahuasca estén en consonancia con el tipo de sesión a la que vas a acudir. Las sesiones más chamánicamente orientadas suelen estar dirigidas por chamanes y/o neochamanes, generalmente mestizos, que vienen de Sudamérica. Las sesiones chamánicas están muy orientadas a la curación y son sesiones que pueden resultar duras si tu intención es simplemente experimentar los efectos de la ayahuasca. Las sesiones chamánicamente orientadas suelen celebrarse en la oscuridad, donde la experiencia es guiada por los silbidos y

los cánticos del chamán, que suele tocar además una maraca, y el ritmo de la sesión es repetitivo. El chamán suele ir persona por persona del grupo soplándole, o echándole fuego, o tocando para él la maraca y son sesiones en las que se exige un intenso trabajo personal por parte del asistente, si es que su fin es curarse de aquello por lo que ha acudido a la sesión. Por el contrario, si tu interés es simplemente experimentar los efectos de la ayahuasca, busca sesiones organizadas por occidentales en las que el contexto es tranquilo, se está cómodamente sentado o tirado en el suelo mientras suena música evocativa. Si bien este tipo de contexto más “psiconáutico” está orientado al disfrute sensorial de la experiencia, siempre tiene un componente terapéutico y el fin suele ser tal. A la mañana siguiente suelen hacerse sesiones de integración de la experiencia en casi todos los tipos de sesiones. Evita asistir a sesiones en las que no se oferta una sesión de integración después. Es recomendable también elegir sesiones en las que los ofertantes realicen cierto seguimiento de las personas, ya que así, en caso de que experimentes problemas duraderos en el tiempo, puedas recibir ayuda más prolongada.

Las sesiones con ayahuasca generalmente se hacen en un contexto grupal, luego tienes que estar preparado para sentirte incomodado por tus compañeros de viaje. En este sentido, si vas a tomar con personas conocidas y de confianza es menos probable encontrarte con sesiones demasiado “escandalosas”. Piensa que cada persona es un mundo, y los mundos que hay dentro de cada persona no solo son desconocidos para ti, sino incluso para las personas mismas que toman, de ahí la razón de tomar, para descubrirlos y conocerlos mejor. A veces la exploración de los mundos internos viene acompañada de dolor emocional, o de algún tipo de sufrimiento para la persona que los conoce, por lo que no es raro que en las sesiones de ayahuasca, sobre todo las más orientadas a la cura, haya escenas de llantos e incluso de gritos. Puede que incluso tú seas una de esas personas a la que, al “descubrir” algo doloroso, le dé por llorar y por gritar.

En cualquier caso, la ayahuasca no te va a mostrar nada que tú ya no sepas. En este sentido, la ayahuasca es más un espejo que un microscopio o un telescopio. Pero de la misma forma que tus conflictos internos puede que afloren durante la sesión con ayahuasca, tus partes maravillosas y bondadosas también emergerán, y cuando eso ocurre la experiencia es de una indescribible belleza.

La experiencia con ayahuasca tiene un componente de “posesión” que no tienen otras sustancias, en el sentido de que, sobre todo en personas poco experimentadas, puede llegar a “hacer” con uno lo que “ella” quiera sin que la voluntad sirva de mucho. Esto puede ocurrir sobre todo en los momentos más intensos. Debes estar preparado pues para no “controlar” toda la experiencia, e irte concienciado de que tendrás que depositar toda tu confianza en el guía

para, cuando atraveses momentos en los que es la ayahuasca la que tiene el control de la situación, te sientas igualmente protegido. Si bien la experiencia con ayahuasca dura entre 4 y 6 horas, dependiendo de las tomas que se hagan, los momentos de confusión y desorientación o de sensación de falta de control de la experiencia no suelen durar más allá de 30 minutos. Si bien, bajo los efectos de la ayahuasca, el tiempo lineal, tal y como estamos acostumbrados a experimentarlo en condiciones ordinarias, deja de existir, dando lugar a un tiempo subjetivo que lo marca el transcurrir de la experiencia.

No debes tomar ayahuasca si tienes antecedentes de trastornos psiquiátricos de tipo psicótico como depresión mayor, esquizofrenia o trastorno bipolar. Desde luego no debes nunca tomar si tienes la enfermedad en activo. Si no tienes la enfermedad en activo tampoco, pero si aún así quieres hacerlo, es muy importante que se lo comuniques a la persona que llevará la experiencia. Muchos guías se negarán a admitirte en sus sesiones si les dices que tienes historia de trastornos mentales. En cualquier caso, piensa que la decisión siempre debe ser tuya. Puedes tratar de explicarle razonadamente a tu guía los motivos por los que, aun teniendo una enfermedad mental, quieres tomar, y tratar de convencerle. Hay personas con historias de trastornos mentales a las que les ha ido bien tomar ayahuasca, pero también hay otras a las que los síntomas les han vuelto a emerger. Por eso es muy importante que selecciones bien con quién vas a tomar.

Cuando hayas decidido con quién tomar ayahuasca asegúrate de tener una entrevista personal previa con él/ella unos días previos a la sesión. Será la mejor forma de poder prepararla. Muchos guías ponen restricciones de hábitos cotidianos, como dejar de comer sal unos días antes o abstenerse de mantener relaciones sexuales. Cada guía tiene su propio criterio y si vas a tomar con él y a depositar en él tu confianza, sigue sus recomendaciones aunque te parezcan de poca importancia.

Es fundamental que cuando vayas a tomar ayahuasca dediques la mayor parte del tiempo posible en la semana previa a autoobservarte un poco. Piensa que vas a ir a tomar ayahuasca, que una experiencia con ayahuasca es más un “trabajo” que una diversión y que sacarle el máximo provecho posible es entregarte ante aquello que se te presente sin miedo, pero con respeto. Con serenidad, pero sin frivolar. La experiencia con ayahuasca es algo muy serio ya que te pone delante una realidad que puedes experimentar como más real que la realidad ordinaria. En este sentido, es una experiencia, por encima de todo, “ontológica”. De hecho, la experiencia con ayahuasca es ontológicamente tan intensa que se han documentado casos de brotes psicóticos en personas previamente sanas.

La experiencia con ayahuasca produce alteraciones en la forma de percibir la realidad. La “textura” de la realidad se vuelve brillante, colorida y

como compuesta por hilos luminosos de energía en vibración. El inicio de la experiencia suele notarse cuando, tanto con ojos abiertos como cerrados, precisamente la textura de la realidad cambia y empieza a dotarse de esa cualidad peculiar mencionada. También pueden aparecer zumbidos en los oídos que anuncian que los efectos psicológicos se aproximan. Si bien con ojos cerrados la experiencia es mucho más intensa que con ojos abiertos, con los ojos abiertos se mantiene siempre esa modificación en la textura de la realidad. Una estrategia habitual, de hecho, cuando el contenido de la experiencia con ojos cerrados es excesivamente intenso, consiste simplemente en abrir los ojos y los efectos se aminoran.

Durante el transcurso de la experiencia suelen aparecer visiones con motivos abstractos pero también imágenes nítidas claramente identificables. Las emociones se perciben más intensamente y se pueden acceder a recuerdos que se creían olvidados para siempre. Hay quien manifiesta experimentar fenómenos paranormales, como telepatía o precognición. Al margen de lo “real” que sean estos efectos paranormales, lo cierto es que subjetivamente son elementos comunes de la experiencia.

En cualquier caso, si no experimentas nada de todo esto no te preocupes, pues es normal. Muchos guías a los primerizos no les dan dosis altas para que primero se familiaricen con los efectos de la ayahuasca antes de ofrecerles dosis más altas. Además, pareciera como si las visiones de la ayahuasca necesitaran de cierto aprendizaje cognitivo antes de poder “verse”, por lo que no es inhabitual que hasta la cuarta o la quinta sesión no se empiece a tener efecto visionario. La ayahuasca modifica también la forma habitual de pensar, y cuando uno no está experimentando visiones se cree que tampoco tiene efecto psicológico de otro tipo, cuando lo cierto es que, desde fuera, un observador externo certificaría dichos efectos. Por eso nunca abandones una sesión porque pienses que no estás “colocado”. Puede ser simplemente que no tienes visiones pero tu pensamiento está funcionando de manera diferente y esto puede ser muy peligroso para ti y para los demás. Si has decidido tomar ayahuasca, pase lo que pase, no abandones la sesión hasta que el guía te autorice.

Lo peor que puede ocurrir tras tomar ayahuasca, es que los efectos se mantengan algunas horas después de cuando deberían haber empezado a desaparecer. Si este es el caso debes comunicárselo a tu guía, pues puede ser síntoma de complicaciones psicológicas. En el mejor de los casos estarás atravesando una psicosis tóxica que puede que desaparezca sin el uso de medicación (o con él) para no volver a aparecer. En el peor de los casos, puede que necesites medicación durante largas temporadas de tiempo, mínimo de un año. Estos casos son raros, pero existen y están documentados en la literatura científica incluso en personas previamente psicológicamente sanas. Si estás atravesando una psicosis

tóxica, tendrás síntomas de paranoia, y te será difícil comunicarle al guía o a tus allegados lo que te está ocurriendo. Prepárate bien en este sentido, pues tener la lucidez de comunicar tu estado al guía o a alguien cercano te ahorrará sufrimiento, ya que antes se podrá atajar el problema.

Trata de mantener la calma si tienes síntomas de paranoia durante el curso de la experiencia, pues puede ser normal. La experiencia con ayahuasca no es lineal, más bien se atraviesan diferentes fases, algunas más placenteras y otras más dificultosas. Como con cualquier travesía que se emprende en la vida, hay momentos de risa, momentos de tristeza, momentos de euforia, momentos de comprensiones súbitas de verdades reveladas y momentos de hastío y decepción. Clínicamente, también pueden aparecer síntomas como los que aparecen en las enfermedades mentales, principalmente suspicacia, paranoia y pensamientos de autoreferencia (“todo el mundo está pendiente de mí” o “esto o lo otro ocurre porque de alguna forma yo lo he motivado”). Estos efectos son normales en algún momento de la experiencia y suelen ser pasajeros. La aparición de estos efectos es prueba de que son experiencias que nos pasan a todos en algún momento u otro de la vida por las circunstancias que sean, y aunque pueden ser incómodos, debes lidiar con ellos. Aprender a lidiar con lo que venga es la mejor actitud siempre en una sesión de ayahuasca. Y lo más importante de todo: no dudes en pedir ayuda a tu guía cuando consideres que lo necesitas. Está allí para eso, parte de su trabajo consiste en brindártela y para eso le has pagado.

En el plano médico apenas existen contraindicaciones en la toma de ayahuasca. Solamente si tienes un trastorno cardiovascular grave deberías de abstenerte, ya que la ayahuasca incrementa ligeramente la presión arterial. No se han encontrado alteraciones en las funciones hepáticas ni en otros parámetros bioquímicos tras la administración de ayahuasca en el laboratorio. Sí se produce una modulación del sistema hormonal e inmunitario, pero es transitoria y no parece tener efectos evidentes sobre la salud.

Es muy importante que consultes con un especialista si estás tomando algún tipo de medicación crónica. El uso de antidepresivos y de otros psicofármacos puede estar contraindicado en el caso de querer tomar ayahuasca, sobre todo aquellos que tengan una acción tipo IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa) y/o actúen sobre el sistema serotoninérgico (por ejemplo, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, o ISRS). Es muy importante que consultes a un especialista antes de tomar ayahuasca si estás en tratamiento médico o tomando productos herbales, como por ejemplo hipérico.

Si tienes alguna enfermedad crónica, puede ser peligroso dejar de tomar la medicación durante mucho tiempo por tener intención de tomar ayahuasca. Consulta siempre a un especialista. En cualquier caso, lleva siempre contigo la medicación, aunque solo vayas a estar fuera de casa durante unas horas.

Las sesiones de ayahuasca suelen realizarse en lugares alejados de los núcleos urbanos y a veces de difícil acceso. Si por cualquier incidente menor no pudieras volver a casa a la hora prevista, no disponer de tu medicación puede convertirse en un problema. Lleva pues tu medicación siempre contigo.

Por último, una experiencia con ayahuasca puede resultar también, por fin, una experiencia reveladora, renovadora y de un alto beneficio personal en muchos sentidos, tanto físico como psicológico. Muchas personas además experimentan sentimientos elevados de espiritualidad, donde sienten fundirse con una realidad más grandiosa que su simple singularidad, lo cual termina aportándoles coraje y energías para seguir afrontando el día a día cotidiano. Incluso experiencias difíciles son aleccionadoras y provechosas. Raramente vuelve alguien de una experiencia de ayahuasca sin haber aprendido algo importante con relación a uno mismo, a los demás y/o a la naturaleza de la realidad. Esta seguramente sea la razón por la que se ha popularizado tanto como herramienta para modificar hábitos, bien sea en el plano clínico (para tratar drogodependientes, por ejemplo), bien en un simple plano de instaurar hábitos más saludables (como empezar a cuidar la dieta, por ejemplo).

Iboga e ibogaína

¿Qué es la iboga?

La iboga (*Tabernanthe iboga*) es una planta de origen africano consumida tradicionalmente por etnias como los pigmeos, los fang y otros grupos étnicos del centro oriental de África y que desde tiempos recientes forma parte de los rituales de iglesias sincréticas conocidas como Bwiti. La corteza de la raíz de la planta contiene 12 alcaloides, uno de los cuales, llamado ibogaína, tiene potentes efectos alucinógenos (onirogénicos, más bien, explican quienes la han probado). La iboga es utilizada en la religión Bwiti como el vehículo principal de los rituales de paso de los miembros de la comunidad: tanto en la iniciación de la niñez a la edad adulta como en rituales en los que miembros concretos de la comunidad sufren algún mal o dolencia que pueda estar causado por un alejamiento del individuo del grupo. En estos rituales, toda la comunidad en su conjunto participa en el ritual de cohesión y a la persona “enferma” se le da iboga. Cada miembro de la comunidad tiene una implicación activa en el desarrollo del ritual, que puede llegar a durar hasta 3 días en el caso de los hombres y hasta semanas en el de las mujeres. El iniciado entonces reconecta con los ancestros de la tribu y con los símbolos y la cosmovisión de la comunidad volviendo así a formar parte activa de la misma una vez el ritual ha terminado y produciéndose así la “curación”.

Al igual que ocurre con las religiones ayahuasqueras brasileñas y con los curanderos amazónicos, el bwiti también se ha ido instalando poco a poco en occidente, si bien en mucho menor medida que las religiones ayahuasqueras.

De hecho, más que instalarse estas religiones, lo que está ocurriendo es que algunos curanderos bwiti viajan por el mundo realizando rituales en los que tratan de recrear los rituales africanos en los contextos occidentales. Así, en sesiones grupales reparten corteza de raíz de iboga pulverizada en ceremonias que se prolongan durante todo un fin de semana y a las que acuden los iniciados para tratar de resolver conflictos psicológicos internos o simplemente adentrarse en los territorios espirituales que aporta la ingesta de iboga.

Pero sin duda el uso más interesante de la iboga, y de su principal alcaloide, la ibogaína, es un uso moderno en el tratamiento de la adicción a drogas. Si bien este uso no se puede calificar en sentido estricto como “espiritual”, sí que comparte ciertas semejanzas con el uso tradicional. El uso de la ibogaína en el tratamiento de las drogodependencias fue descubierto en los años 60 por Howard Lotsof, un heroinómano y experimentador de drogas que vio cómo, tras consumir ibogaína de manera recreativa, observó en él y en sus amigos, también heroinómanos, cómo el deseo de consumo desapareció durante semanas sin que experimentara además síndrome de abstinencia. Hoy día existen incontables clínicas más o menos “underground” donde se administra ibogaína a pacientes toxicómanos. Existe una amplia evidencia en investigación animal y una evidencia más anecdótica pero consistente en humanos que indica que la ibogaína puede ser una herramienta de utilidad para dejar drogas como la cocaína, los opiáceos, las anfetaminas o el tabaco. Si bien los mecanismos de acción concretos por los que la ibogaína ejerce acción en la reducción del deseo de consumo de drogas de abuso, así como la eliminación del síndrome de abstinencia, son en buena medida desconocidos, lo cierto es que este efecto cada día está más demostrado. De momento, Nueva Zelanda es el único país del mundo que ha autorizado la ibogaína como un fármaco de prescripción médica para el tratamiento de las toxicomanías.

Efectos psicológicos

Tanto la experiencia con la planta de la iboga y/o sus extractos, como con ibogaína, se suele dividir en varias fases. Los efectos empiezan a aparecer de manera gradual en la primera hora tras la ingesta por vía oral, notándose por un zumbido en los oídos que anuncia la aparición de las primeras modificaciones en la percepción visual y de las sensaciones corporales. Pueden producirse dificultades en la coordinación, por lo que el iniciado suele permanecer tumbado. Durante la segunda fase, usualmente llamada de “sueño despierto”, pueden aparecer alucinaciones, cambios en las emociones y modificaciones de la percepción corporal y del sentido del tiempo y el espacio. En esta fase visionaria pueden recorrerse paisajes nunca antes vistos por el iniciado, escuchar tambores y ritmos africanos con connotaciones primitivas, ver animales o personas fallecidas que parecen vivas y se le aproximan al iniciado para decirle

algo y luego desaparecer, sobrevolar ciudades, océanos o bosques, viajar por su ADN o por su cerebro, ver objetos llenos de colorido, etc. Estos efectos ocurren con los ojos cerrados y las visiones desaparecen si se abren. Es habitual tener visiones de escenas provenientes de recuerdos pasados de tipo autobiográfico. Las imágenes que se aparecen, en cualquier caso, sean de tipo autobiográfico o no, suelen ser proyecciones conceptuales relacionadas con la vida de la persona y cargadas de significado a las que luego, durante la siguiente fase de la experiencia, se las dota de sentido. La tercera fase, conocida como “fase de introspección cognitiva profunda”, se prolonga en las 8-36 horas siguientes tras haber ingerido la sustancia y se tiene la sensación de que el cuerpo está dormido mientras el “espíritu” se mantiene despierto. En esta fase se produce una evaluación intelectual respecto a los eventos pasados y a las decisiones tomadas entonces, descubriendo la persona nuevas soluciones diferentes a las tomadas en el pasado, un arrepentimiento profundo por las acciones realizadas hacia otros y la convicción clara de que lo pasado es inmodificable y que el futuro se presenta para hacer las cosas mejor en adelante. Es habitual, por último, que se reduzca la necesidad de dormir durante los días posteriores a la sesión.

Si bien, en los casos de tratamiento de toxicomanías, hay un claro efecto fisiológico de reducción del deseo de consumo, los efectos psicológicos que induce la ibogaína pueden ser claves a la hora de las decisiones que tomen los pacientes de cara a tratar de solucionar en el futuro su problema y a elegir estrategias psicológicas y actitudinales de cara a prevenir las recaídas. En personas interesadas en tener la experiencia con propósitos espirituales o de crecimiento personal, la experiencia con ibogaína puede aportar nuevas perspectivas para el desarrollo personal y espiritual, haciéndoles estar más conectadas consigo mismos y con sus valores profundos.

Riesgos y beneficios

Igual que para el resto de drogas alucinógenas, el uso de ibogaína puede alterar la concepción de la realidad del iniciado y esto puede producir un desequilibrio psicológico de consecuencias variables. Si bien, la mayoría de las personas toleran bien los efectos y la experiencia es enriquecedora, se han documentado casos de reacciones adversas psicológicas, por lo que personas con trastornos mentales graves deben comunicárselo al guía antes de tomar iboga y/o ibogaína. La experiencia con iboga, como ocurre con la ayahuasca, tiene un uso recreativo muy limitado, por lo que quien tenga intención de tomarla debe pensar que lo que va a realizar es más un “trabajo” personal intenso que a tener una experiencia meramente placentera. Esto no quiere decir que no se puedan tener experiencias placenteras. Esto quiere decir más bien que los conceptos placer, diversión o evasión no son los apropiados para referirse a las experiencias con estas drogas. No son drogas de recreo o de vacaciones, son

drogas de introspección profunda con las que uno va adentrarse en sí mismo con todas las consecuencias. Si tu intención es divertirte consumiendo drogas, mejor experimenta con otras drogas, no con estas, pues una vez aparecen los efectos ya no hay vuelta atrás. Por eso, cuanto mejor preparado se esté, más provecho se le podrá sacar a la experiencia y el trabajo resultante dará mejores frutos. Prepararse no es otra cosa que cuidar la alimentación los días antes, no ingerir mucho alcohol ni drogas tampoco, reflexionar los días previos sobre uno mismo y sus relaciones personales, buscar la introspección y tener en mente que cuanto más centrado se esté en la experiencia que se va a tener, menos posibilidades se abrirán al pánico y más a afrontar los efectos que vengan con templanza y aceptación. Es posible que después de la experiencia uno necesite integrar algunas de las experiencias vividas. Si vas a acudir a una sesión, asegúrate que el guía estará disponible para ti en los días sucesivos a la sesión para que te ayude a integrar la experiencia en caso de necesitarlo. Esta es la mejor manera de ir seguro a una sesión y de poder confiar plenamente en el oficiante y entregarte por tanto a la experiencia sin miedo, pero con respeto.

La ibogaína se diferencia de otros alucinógenos en que, además de los riesgos psicológicos intrínsecos a los mismos, tiene un perfil de efectos secundarios somáticos de más riesgo que el de los psikedélicos clásicos. La ibogaína produce bradicardia y tiene otros efectos cardiovasculares (como el de prolongar la onda QT, un parámetro cardíaco), por lo que está contraindicado su uso en personas con trastornos cardiovasculares. La combinación de ibogaína con alcohol u otras drogas puede ser potencialmente mortal, por lo que está completamente contraindicado combinarla con otras sustancias. La ibogaína se metaboliza por una enzima conocida como citocromo CYP2D6. Esta ruta metabólica es utilizada también por otros fármacos e incluso por algunos alimentos por lo que si estás tomando algún tipo de medicación o de producto herbal asegúrate que no utilizan esta ruta metabólica porque podrían aparecer reacciones adversas graves. También está contraindicado en personas con historia de problemas metabólicos, con hepatitis B y C en activo o con problemas renales. Antes de tomar ibogaína es recomendable hacerse una analítica y un electrocardiograma para descartar posibles reacciones adversas.

Cactus mescalínicos: peyote y San Pedro

El peyote y el San Pedro son cactus que contienen como principio activo mescalina, un alucinógeno de efectos parecidos a la LSD y a los hongos psilocibios, aunque con tonalidades más cálidas. El peyote es el elemento central de la Iglesia Nativa Americana, donde su uso está protegido por las leyes norteamericanas. Una religión sincrética heredera de las tradiciones de los indios nativos americanos (como los Lakota) y mesoamericanos (como los huicholes) llamada El Camino Rojo se ha expandido también por todo el

planeta, pudiéndose encontrar algunos núcleos y rituales también en España. En las ceremonias utilizan peyote y lo combinan con otras técnicas de purificación espiritual como es el temazcal, una especie de sauna nativa dentro de la cual se canta y se invoca a las fuerzas de la naturaleza y a los cuatro vientos para que vengan en ayuda de los iniciados y del planeta en su conjunto para sanarle y devolverle al ser humano su contacto con la naturaleza.

Del mismo modo, el uso ritual de San Pedro, un cactus que contiene también mescalina, oriundo de las zonas andinas de Perú, Ecuador y Bolivia y utilizado con fines mágico-religiosos por culturas andinas, también ha experimentado cierta expansión internacional de la mano de curanderos andinos y mestizos que lo utilizan en sus ceremonias chamánicas adaptadas para occidentales.

Los cactus mescalínicos no tienen un componente de efectos corporales tan duros como los de la iboga, ni siquiera como los de la ayahuasca, y sus efectos psicológicos suelen ser más manejables. Como todo alucinógeno, tiene los riesgos intrínsecos de aquellos. De nuevo, asistir a ceremonias chamánicas o religiosas donde se va a consumir peyote o San Pedro tiene el riesgo de someterse a experiencias que culturalmente están muy alejadas de la Occidental, donde lo que ocurre en ellas es interpretado por los oficiantes como energías que pueden venir movidas por espíritus y en donde el objetivo es seguir evolucionando espiritualmente. Como ocurre con las ceremonias con ayahuasca y con iboga, las personas que acuden a este tipo de ceremonias ya están previamente de alguna forma involucradas en una búsqueda espiritual, por lo que el choque cultural al exponerse a este tipo de rituales no lo es tanto.

El único consejo que se le puede dar a quien quiera involucrarse en este tipo de ceremonias es que lo haga con el mayor respeto posible, dejando en casa los prejuicios y con la idea de que, de nuevo, a estas ceremonias no se va a pasar un rato agradable (aunque luego se pueda pasar igual), sino a hacer un trabajo personal. De nuevo, no son experiencias de recreación, sino rituales altamente estructurados enfocados a la cura, al crecimiento espiritual y a la transformación personal en un contexto de grupo que muchas veces va derivando en comunidades de iniciados. Por último, salvo estafas manifiestas, no se trata de encuentros exóticos oficiados por personajes excéntricos (aunque de todo hay), sino de ceremonias estructuradas que cuentan con incontables años de tradición por transmisión oral y que entrelazan nuestro pasado más arcaico con el presente postmoderno rico en descreimiento, soberbia e intolerancia hacia maneras alternativas de entender el mundo, la naturaleza y el misterio.

Conclusiones

Durante las últimas décadas se ha producido una expansión de rituales propios de culturas en las que el eje central de sus prácticas rituales era el uso de plantas con propiedades alucinógenas que permitían conectar con los símbo-

los transmitidos por tradición oral y que servían para asentar los cimientos de la cohesión grupal y comunitaria y garantizar así la supervivencia de la tribu. Estos rituales aportaban al grupo una dimensión trascendente de la existencia y un sentido pleno respecto al vivir en el mundo, quizás por ello este tipo de rituales está, silenciosa, pero imparablemente, instalándose en el mundo occidental. Hoy día, sin mucho esfuerzo, cualquiera puede encontrar sesiones en la que se oferte un ritual con plantas tradicionales oficiado por representantes de estas tradiciones, bien indígenas, bien mestizos, bien occidentales que han aprendido estas prácticas de otros que ya las conocían. A la vez, cada vez son más las personas que, bien por curiosidad, bien por estar involucradas en un camino espiritual, bien por tratar de encontrar nuevas soluciones a sus problemas, se interesan y acuden a este tipo de ceremonias. Como todo, si bien estas ceremonias pueden aportar al iniciado esa dimensión trascendente difícil de encontrar en Occidente, no siempre están exentas de riesgos.

El principal beneficio que aportan estas prácticas al iniciado es permitirle tener una experiencia directa con un mundo simbólico y espiritual que puede devenir en experiencia transformadora y que difícilmente es alcanzable desde la conciencia ordinaria. Los riesgos, los que tiene todo uso de drogas alucinógenas, esto es, que la experiencia pueda ser abrumadora y asuste, teniendo esto consecuencias de gravedad variable. Por último, la participación en estos rituales se aleja del uso de drogas con fines recreativos y medicinales, va mucho más allá: si bien puede aportar ambas cosas, es siempre dentro del contexto de un intenso trabajo personal donde uno no va a evadirse de la realidad circundante sino a zambullirse en ella. Sea como fuere, rara vez se vuelve indiferente.

Bibliografía

- ALPERT, Kenneth R. (2001). "Ibogaine: A review". *The Alkaloids: Chemistry and Biology* 56, (1-38).
- BEYER, Steve (2009). *Singing to the Plants: A Guide to Mestizo Shamanism in the Upper Amazon*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- FERNÁNDEZ BORJA, Leonardo & MARTÍNEZ LIRA, Verónica (2008). *Huellas del abuelo fuego: La ruta de los huicholes*. Ponte Caldelas: Ellago Ediciones.
- NOVOA, José Manuel (1998). *Iboga, la sociedad secreta del Bueti, Guinea Ecuatorial: un viaje de investigación al interior de las selvas guineanas en busca de la sociedad secreta de los bandjis*. Madrid: Transglobe Films.
- OTT, Jonathan (2004). *Pharmactheon. Drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo.
- POVEDA, José María (1997). *Chamanismo. El arte natural de curar*. Barcelona: Temas de Hoy
- DOS SANTOS, Rafael G. (2010). *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*. Kerala: Transworld Research Network. Disponible en <<http://www.trnres.com/ebookcontents.php?id=93>>.
- VINCENT RAVALEC, Mallendi & PAICHELER, Agnès (2007). *Iboga: The Visionary Root of African Shamanism*. Vermont: Inner Traditions/Bear,

Webs

<http://www.iceers.org/>

RESEARCH CHEMICALS: NUEVOS DISEÑOS DE LA CONCIENCIA

Débora GONZÁLEZ

Human Pharmacology and Neurosciences, Institut de Recerca Hospital del Mar-IMIM

El fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas

El término “nuevas sustancias psicoactivas” (NPS) abarca cientos de moléculas de diversas familias químicas que se comercializan como alternativa legal a las drogas controladas. El denominador común es el escaso conocimiento científico que se tiene sobre ellas, ya que apenas existen estudios farmacológicos y toxicológicos en humanos (EMCDDA, 2011). Su historia es relativamente breve, especialmente si se compara con la de los principios activos contenidos en plantas de uso tradicional como la coca, el opio o la marihuana. Sin embargo, resulta difícil exponerla cronológicamente ya que, aunque muchas de ellas son resultado de síntesis novedosas, también se han dado numerosos saltos al pasado con el fin de rescatar principios activos que habían quedado relegados al cajón de sastre. Este es el caso de sustancias como el desoxypipradol, que fue desarrollado por la compañía farmacéutica CIBA para el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención y la narcolepsia, pero que fue sustituido por el metilfenidato quedando rápidamente en desuso. Otro caso es el del DMAA, que fue patentado por Eli Lilly como descongestionador nasal y prohibido posteriormente por el WADA (World Anti-doping Agency) al comprobar los efectos estimulantes que provocaba sobre el sistema nervioso. Actualmente, ambos compuestos se han encontrado como ingredientes principales en muestras de legal *highs*, como el “Ivory Wave” o el “Pure DMAA powder”.

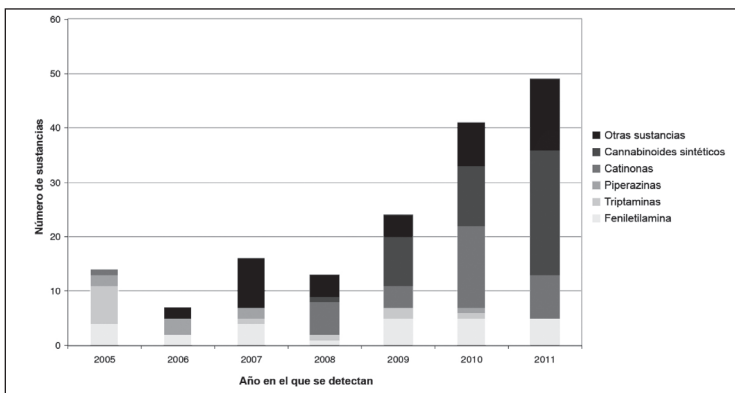
No obstante, más relevantes que el nombre de estas multinacionales es el de aquellos científicos cuya pasión por la química les ha conducido a diseñar moléculas capaces de transportar al hombre a límites desconocidos de la conciencia. Sin duda, Alexander Shulgin es la pieza clave de este fenómeno. Durante la década de los ochenta y noventa realizó una serie de ensayos que publicó en dos obras *PiHKAL: a Chemicals love story* (1991) y *TiHKAL: the continuation* (1997) en las que se describe la síntesis, dosis y efectos de 179 feniletilaminas y 55 triptaminas, gran parte de ellas desconocidas hasta el momento. La trascendencia de este material es difícil de no sobrestimar ya que, no sólo puso al alcance de cualquier químico amateur las recetas para cocinar cientos de compuestos distintos que permitirían explorar nuevas texturas de la realidad y

de los paisajes interiores que alberga el ser humano, si no que además provocó una ola de inspiración en la investigación de nuevas sustancias. David Nichols, es otro pilar en la historia de las nuevas sustancias, como creador de una variedad de moléculas que comparten similitudes con la estructura de la MDMA (5-methyl-MDA, 4-MTA, MDAI, MBDB, etc.). A estas sustancias las denominó entactógenos, término que alude a la capacidad para producir “contacto con uno mismo” y por la cual podrían ser potencialmente útiles como herramientas en psicoterapia (Nichols, Hoffman, Oberlender, Jacob & Shulgin, 1986). Por último John W Huffman, bajo la financiación del National Institute on Drug Abuse (NIDA), ha desarrollado un amplio espectro de cannabinoides sintéticos conocidos como JWH, cuyas siglas hacen referencia al nombre del investigador.

Dado el inabarcable menú psicoactivo al que el hombre tiene acceso a día de hoy y la poca información científica al respecto, el consumo de una droga concreta parece estar ligado a la información que comparte la comunidad de consumidores en internet. Sin embargo, cuando el consumo de una sustancia pasa de ser minoritario a extenderse en la población, como ocurrió con la mefedrona en Reino Unido durante los años 2009 y 2010, se ha observado que las noticias difundidas en los medios de comunicación de masas sobre las muertes o su supuesto potencial tóxico juegan un papel crucial, ya que los picos de máxima cantidad de búsquedas y compras por internet coinciden cronológicamente con la difusión de este tipo de noticias, funcionando, paradójicamente, a modo de publicidad gratuita para los proveedores (ACMD, 2010). Desde 1997 el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) y la Europol, junto a los estados miembros de la UE, han puesto en marcha el Early-Warning System (EWS) con el fin de detectar la presencia de las nuevas sustancias a través de Internet. Como puede observarse en el gráfico el mercado está en expansión.

GRÁFICO 1.

Número de Nuevas Sustancias Psicoactivas notificadas desde el año 2005-2011.



Fuente: EMCDDA, 2012

Efectos de las nuevas sustancias psicoactivas

La clasificación más extendida de las nuevas sustancias psicoactivas es en función de su estructura química, dando como resultado diversas familias de compuestos.

Las triptaminas se caracterizan principalmente por modificar el procesamiento perceptivo y cognitivo, aumentar la intensidad de las emociones, alterar la sensación del paso del tiempo y la forma de percibirse a uno mismo y al entorno. Aunque son consideradas como alucinógenos, las visiones que se experimentan bajo los efectos no suelen confundirse con la realidad. Este tipo de visiones suelen caracterizarse por un alto contenido de la imaginación fantástica y estar teñidas de efectos psicodélicos donde la superposición de fractales, la intensidad de los colores y las sinestesias, se manifiestan como rasgos sustanciales. Son los conocidos enteógenos, cuyo significado etimológico es “dios (*theos*) adentro”, ya que pueden evocar el contacto con una dimensión trascendental sagrada. Las triptaminas más extendidas han sido la AMT, DPT, DIPT, 4-AcO-DMT (psilocetina), 4-AcO-DIPT (iprocetina), 4-HO-MET (metocina), 4-AcO-MIPT, 5-MeO-DIPT (foxy methoxy), 5-MeO-MIPT (moxy).

Las feniletilaminas proporcionan efectos estimulantes y pueden llegar a alterar los mismos parámetros que las triptaminas, aunque a dosis medias lo hacen de forma más moderada. Existen feniletilaminas alucinógenas con efectos sobre el procesamiento de la información perceptiva y cognitiva, entre las que se encuentran la 2C-B, 2C-I, 2C-E o 2C-T-7, o aquellas cuyos efectos se prolongan más allá de las 12 horas como el DOM, DOC o DOI. También existe otro grupo de feniletilaminas que se caracteriza especialmente por sus efectos empatógenos y estimulantes como la MBDB, MDAI o MDE. Se considera que tienen mayor potencial lúdico, e incluso sexual, que las triptaminas.

Las catinonas producen efectos eufóricos y estimulantes, permitiendo el mantenimiento de un estado de ánimo estable que favorece la empatía. Las catinonas más extendidas han sido la mefedrona, metilona, butilona, 4-MEC, bufedrona y MDPV.

Las piperazinas proporcionan efectos estimulantes y empatógenos más leves que la anfetamina o la MDMA, cambios en la temperatura corporal y en casos, como el de la pFPP, pueden darse ligeras distorsiones perceptivas. Las piperazinas más consumidas han sido la BZP, mCPP, pFPP, DBZP o TFMP. No obstante, la mayoría de las veces han sido utilizadas como adulterantes en pastillas de éxtasis o como principios activos en legal highs.

Los cannabinoides sintéticos tratan de reproducir los efectos de la marihuana sin embargo, se han descrito numerosos casos de ansiedad y ataques de pánico, posiblemente por no dosificarlos prudentemente. Los más conocidos son el JWH-018, JWH-073, JWH-210, JWH-250, UR-144 y AM-2201.

La categoría de otras sustancias relacionadas abarcan indanos, benzodifuranilos, analgésicos narcóticos, derivados de la cocaína y de la ketamina.

Muchas sustancias pero solo un producto

Bajo la denominación de nuevas sustancias psicoactivas (NPS), se encuentran otros términos como *research chemicals* (sustancias de investigación), *party pills* (pastillas de fiesta), *legal highs* (subidones legales), o *spices* (especias). Sin embargo, aunque pudiera tratarse de la venta de las mismas sustancias, los *research chemicals*, *party pills*, *legal highs* y *spices* se han comercializado como productos de mercado distintos, entrañando riesgos potencialmente diferentes.

Los *research chemicals* o RCs, se comercializan como un único principio activo bajo el nombre químico de la molécula (MDPV, JWH-O18, etc.). Pueden comercializarse como fertilizantes, inciensos o sales de baño, advirtiendo que no son aptas para el consumo humano con el fin de evitar los controles sanitarios pertinentes. Los *research chemicals* gozaban de la fama de ser sustancias con un alto grado de pureza pero desde hace algunos años han aparecido varias partidas con residuos contaminantes y adulteraciones.

Las *party pills* y *legal highs*, suelen tratarse de mezclas de varias sustancias cuya venta se realiza bajo nombres comerciales que aluden a su supuesto poder sexual, estimulante o psicodélico (Sextacy, Euforia, Hipnotic, etc.). En los pocos casos en los que se especifica los ingredientes, análisis posteriores han confirmado la presencia de sustancias totalmente diferentes. Además, se ha dado el caso de que tras analizar dos muestras de un mismo producto los resultados han mostrado distintas concentraciones de los principios activos e incluso composiciones dispares. En los análisis realizados por Energy Control (Energy Control, 2011), se han identificado el MDPV y 4-FMC, ambos estimulantes del sistema nervioso central, butilona de efectos empatógenos, 4-MEC de efectos euforizantes y empatógenos o BZP mezclado con TFMPP, cuyo efecto tóxico ha sido descrito en la literatura médica (Wood, Button, Lidder y Ramsey, 2008). Además, estos productos conllevan sustancias como cafeína, lidocaína, procaína y otras aún desconocidas. También, se ha llegado a encontrar PMMA en una de las muestras de *Doves Red*, que se ha relacionado con un elevado número de muertes en Europa (Vevelstad *et al.*, 2012) y otras partes del mundo (Lurie, Gopher, Lavon, Almog, Sulmani y Bentur, 2012).

Los *spices* son derivados de plantas impregnados con cannabinoides sintéticos que tratan de reproducir los efectos de la marihuana. Al igual que las *party pills* y *legal highs*, se venden bajo nombres que responden a campañas de marketing (Head Trip, Skunk, K2 Sex on the Mountain, etc.) y cuando se describe su composición también resulta de dudosa fiabilidad. El interés por estos productos se debe a que, además de no estar prohibidos en España, son difícilmente detectables en los controles de drogas en sangre y orina y sus

efectos pueden llegar a ser más intensos que el cannabis. Los principios activos más comunes han sido el JWH-018 y el JWH-073, cuya afinidad por los receptores CB1 supera a la del THC (Brents, *et al.*, 2012), e incluso se han encontrado muestras que contenían HU-210 (DEA, 2009), cuya potencia parece ser entre 60 y 100 veces superior a la del THC (Ottani y Giuliani, 2001). Otras sustancias identificadas han sido el kratom (*mitrayna speciosa*), derivados de ácidos grasos como la oleamida, de propiedades hipnóticas, *passiflora* con propiedades ansiolíticas, y un sin fin de derivados de plantas (Fattore y Fratta, 2011). En varias muestras también se ha encontrado la presencia de Vitamina E y el fármaco *clembuterol*, que provoca los efectos simpatomiméticos como temblor, taquicardia y ansiedad, que suelen describirse en pacientes intoxicados (Dresen, Kneisel, Weinmann, Zimmermann y Auwärter, 2011)

Por tanto, aunque en la composición de todos estos productos puedan encontrarse sustancias comunes, existe una diferencia relevante a la hora de minimizar los riesgos asociados al consumo, que es: el conocimiento al que tienen acceso los usuarios sobre lo que van a consumir. Como hemos visto, principios activos como el MDPV o el JWH-018 pueden encontrarse a través de las siglas de su nombre químico en las webs de venta de *research chemicals* y como ingrediente “secreto” en las *party pills* o *spices*. La toxicidad de estas sustancias depende de la concentración y la composición de las mezclas, por lo que si se desconoce lo que se va a consumir, difícilmente se podrá dosificar prudentemente o evitar mezclas inoportunas con otro tipo de sustancias.

Un consumo responsable es posible

El deseo de explorar más allá de lo conocido es intrínseco al ser humano, por esta razón el consumo de las nuevas sustancias se trata de un fenómeno presente y continuará siéndolo. Sin embargo, en España es minoritario y los pocos usuarios que lo hacen disponen de un amplio conocimiento sobre ellas, lo cual deriva en el hecho de que apenas existan casos de intoxicaciones reportadas en los servicios de urgencias. El uso responsable de las nuevas sustancias psicoactivas pasa por consumir un único principio activo (RC's) evitando las mezclas con otras sustancias, ya que la mayor parte de accidentes y muertes se han producido por la combinación con otras drogas o psicofármacos.

A continuación, se detallan los pasos necesarios para minimizar los riesgos asociados al consumo de las nuevas sustancias psicoactivas.

Conoce tu cuerpo, conoce tu mente

Es evidente que un estado de bienestar psicológico previo a la ingesta de cualquier sustancia aumenta las posibilidades de tener una experiencia positiva, pero este factor se hace más relevante cuando se van a consumir sustancias

como las triptaminas, feniletilaminas alucinógenas e incluso los cannabinoides sintéticos. Uno de los efectos de estas sustancias es la amplificación de las emociones, por lo que aunque tener un estado emocionalmente positivo antes del consumo no garantiza una buena experiencia sí que aumenta las probabilidades.

Conoce la sustancia

A pesar de la escasa información que hay sobre estas sustancias, existen portales virtuales como erowid.org o la pestaña infodrogas de energycontrol.org donde puede encontrarse información detallada sobre cada research chemical.

Como foros de discusión internacional destaca blulight.ru o drugs-forum.com utilizado por miles de usuarios de todo el mundo. En castellano puede consultarse la sección de enteógenos y psicoactivos, del foro cannabiscafe.net, que es sostenida por personas con una amplia experiencia en sustancias.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es que algunas de estas sustancias, como la mefedrona, 4-MTA, DOB, MDA, 2C-B, 2C-T-2 y 2C-T-7, además del DOET, TMA, DMA, TMA-2, PMMA y BZP, están reguladas en España (AEMPS, 2012), lo que pone de manifiesto que el término “legal highs” no es apropiado para referirse a todas ellas.

Conoce la fuente

Un consejo útil para evitar proveedores poco profesionales es el de introducir en el buscador la palabra *buy* seguido de las siglas del nombre químico de la molécula y evitar aquellos nombres por los que se las conoce popularmente, es decir, si queremos comprar Nexus sería más apropiado buscarlo como 2C-B. En el apartado chemicals de la web erowid.org, puede encontrarse fácilmente las denominaciones populares y las siglas de los nombres químicos.

Finalmente, en la web safeorscam.com se ofrece la posibilidad de meter en una pestaña de búsqueda la URL de la web que hayamos seleccionado y acceder a las opiniones de los usuarios que han tenido experiencia con ese determinado proveedor, además de una valoración del mismo en un ratio de 0 a 10.

Analiza la sustancia

Aún encontrando la web más fiable de todo el mercado, las personas cometemos errores y es el consumidor quien debe verificar el contenido del producto. No podemos olvidar las desgracias que ocurrieron tras el mal etiquetado de una partida de bromodragonfly, distribuída como 2C-B-FLY, que causó dos muertes en California y Dinamarca y varias hospitalizaciones, una de ellas en Cataluña. La policía piensa que el mismo error se cometió al

vender esta misma sustancia como 2C-E, causando la muerte de otros dos jóvenes en Oklahoma. Además, también se han dado casos del uso de adulterantes o procesos de síntesis mal elaborados que han dejado como poso otras sustancias tóxicas.

Colectivos como Energy Control o Ai Laket!! disponen de los métodos necesarios para analizar estas sustancias gratuitamente llevándolas presencialmente a los servicios de análisis o enviándolas por correo postal, en el caso exclusivo de Energy Control.

Una vez, el usuario haya verificado el contenido de la sustancia recibida, es recomendable probar una dosis umbral, con el fin de descartar posibles reacciones adversas como pudiera ser la alergia a un determinado compuesto.

Dosifica correctamente

Gran parte de los *research chemicals* son activos a dosis tan ínfimas que se necesitan balanzas de precisión especiales para garantizar una dosis ajustada. Así, las feniletilaminas de la familia 2C-x suele tener una dosis media de entre 15 y 30 mg, por lo que variaciones de 5 mg pueden marcar diferencias relevantes en la intensidad de la experiencia. Por tanto, es necesario dosificarse con una balanza de precisión capaz de medir 1 mg (0,001g). Dado que no es tarea fácil encontrar una balanza de estas características que compense en la relación calidad-precio, voy a permitirme sugerir la web dealextrême (dx.com) que, pese a que el envío puede tardar bastante tiempo en llegar a España, ofrecen diversos modelos de balanzas digitales accesibles a cualquier bolsillo. Aún así, dado que algunas de ellas suelen tener un rango de error de varios miligramos, no está de más realizar varias mediciones de cada dosis para asegurarse de que la máxima no supera la dosis que se desea consumir.

En el caso de sustancias tan potentes como la feniletilamina bromodragonfly o aquellas de la serie NBOMe, que son activas al nivel de μg , es difícil conseguir balanzas de semejante precisión por lo que uno de los métodos que podría emplearse es la dilución de una dosis determinada en agua e ingerir la parte proporcional a la dosis que teóricamente se pretenda consumir. En el Voodoo Festival 2012 murió un joven al que le administraron una sola gota de 25I-NBOMe de forma intranasal y se dieron otras dos hospitalizados por sobredosis con esta misma sustancia.

Es importante tener en cuenta la vía de administración empleada ya que las dosis intranasales suelen equivaler a una tercera parte de una dosis oral. En el apartado dose de la web erowid.org, suele especificarse el rango de dosificación en función de la vía de administración para cada una de las sustancias.

También, es necesario conocer el tiempo que cada sustancia tarda en hacer efecto para no caer en el error de redosificarse antes de tiempo pensando

que se ha consumido una dosis insuficiente, ya que sustancias como el bromodragonfly tardan una media de 20 a 90 minutos en comenzar a percibirse los primeros efectos.

Prepara un buen ambiente

El contexto donde consumir la sustancia es otro de los factores básicos que pueden condicionar drásticamente una experiencia. Escoger un ambiente al aire libre como playas o montañas, la intimidad de una casa, un museo o un club, queda en función de los gustos y las expectativas que cada cual tenga sobre la experiencia. Lo importante es que se trate de un lugar seguro para poder hacerlo, evitando sorpresas indeseables que no se sepan gestionar bajo el efecto de estas drogas.

Es recomendable que a la hora de experimentar con un nuevo compuesto esté presente una persona de confianza sobria que pueda acompañar la experiencia y reaccionar rápidamente en caso de que se dieran complicaciones.

Sólo añadir que la música tiene un poder especial cuando uno se encuentra bajo un estado modificado de conciencia, siendo capaz de guiar la experiencia evocando emociones y recuerdos. El ritmo respiratorio es otra herramienta útil capaz de modular los diversos estados mentales y emocionales. Etimológicamente, las palabras respirar, suspirar y espíritu vienen del latín spirare (soplar), lo cual pone de manifiesto la profunda relación que existe entre este acto y los diversos estados de conciencia a los que puede acceder el ser humano.

La intención de este capítulo es transmitir al lector que dada la escasa información científica existente sobre estas sustancias y la insuficiencia de recursos estatales que velen por la salud del consumidor como consecuencia de la prohibición, o en el mejor de los casos, de la falta de regulación legal, es el usuario el único que asumirá todos los riesgos, por lo que ha de saber como evitarlos.

Referencias bibliográficas

- ACMD (2010). *Report on the consideration of the cathinones*. Disponible en <<http://www.homeoffice.gov.uk/acmd1/acmd-cathinodes-report-2010>>.
- AEMPS (2012). *Estupefacientes y psicótropos*. Disponible en <<http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/medicamentosUsoHumano/estupefacientesPsicotropos.htm>>.
- BRENTS, Lisa K.; GALLUS-Zawada, Anna; RADOMINSKA-PANDYA, Anna; VASILJEVIK, Tamara; PRISINZANO, Thomas E.; FANTEGROSSI, William E.; MORAN, Jeffery H. (2012). "Mono-hydroxylated metabolites of the K2 synthetic cannabinoid JWH-073 retain intermediate to high cannabinoid 1 receptor (CB1R) affinity and exhibit neutral antagonist to partial agonist activity". *Biochemical Pharmacology*, 83 (7), 952-961.
- DEA. (2009) "Spice- plant material (s) laced with synthetic cannabinoids or cannabinoid mimicking compounds". *Microgram Bulletin*, 42 (3), 23-24 Disponible en <<http://www.justice.gov/dea/pr/micrograms/2009/mg0309.pdf>>.

- DRESEN, Sebastian; KNEISEL, Stefan; WEINMANN, Wolfgang; ZIMMERMANN, Ralf & VOLKER, Auwärter (2011). "Development and validation of a liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for the quantitation of synthetic cannabinoids of the aminoalkylindole type and methanandamide in serum and its application to forensic samples". *Journal Mass Spectrometry*, 46 (2), 163–171.
- EMCDDA (2011). *Annual report 2011. The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- EMCDDA (2012). *Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA*. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu>
- Energy Control (2011). *Informe Legal High en España*. Disponible en: <http://energycontrol.org>
- FATTORE, Lianna & FRATTA, Walter (2011). "Beyond THC: the new generation of cannabinoid designer drugs". *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 5: 60–66.
- KRONSTRAND, Robert; ROMAN, Markus; THELANDER, Gunilla & ERIKSSON, Anders (2011). "Unintentional fatal intoxications with mitragynine and O-desmethyltramadol from the herbal blend Krypton". *Journal of Analytical Toxicology*, 35 (4), 242-247.
- LURIE, Yael; GOPHER, Asher; LAVON, Ophir; ALMOG, Shlomo; SULIMANI, Liron & BENTUR, Yedidia (2012). "Severe paramethoxymethamphetamine (PMMA) and paramethoxyamphetamine (PMA) outbreak in Israel". *Clinical Toxicology (Phila)*. 50 (1), 39-43.
- NICHOLS, David E.; HOFFMAN, Andrew J.; OBERLENDER, Robert A.; JACOB Peyton & SHULGIN, Alexander T. (1986). "Derivatives of 1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine: representatives of a novel therapeutic class". *Journal of Medicinal Chemistry*, 29 (10), 2009-15.
- OTTANI Alessandra & GIULIANI Daniela (2001). HU 210: "A Potent Tool for Investigations of the Cannabinoid System". *CNS Drug Reviews*, 7 (2), 131–145.
- SHULGIN, Alexander & SHULGIN, Ann (1991). *PiHKAL: A chemical love story*. Lafayette: Transform Press
- SHULGIN, Alexander & SHULGIN, Ann (1997). *TiHKAL: The Continuation*. Lafayette: Transform Press
- VEVELSTAD, Merete; ØIESTAD, Elisabeth L.; MIDDELKOOP, Gerrit; HASVOLD, Inger; LILLENG, Peer; DELAVERIS, Gerd J.; EGGEN, Tormod, MØRLAND, Jørg & ARNESTAD, Marianne (2012). "The PMMA epidemic in Norway: comparison of fatal and non-fatal intoxications". *Forensic Science International*, 219 (1-3). 151-157.
- WOOD, David M., BUTTON, Jenny., LIDDER, Satnam., RAMSEY, John., HOLT, David W. & DARGAN, Paul I. (2008). "Dissociative and sympathomimetic toxicity associated with recreational use of 1-(3-trifluoromethylphenyl) piperazine (TFMPP) and 1-benzylpiperzine (BZP)". *Journal of Medical Toxicology*, 4 (4), 254-257.

HIPNÓTICO-SEDANTES. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA GESTIÓN DE PLACERES Y RIESGOS

Carlos MORATILLA DÍAZ

Psicólogo. Colaborador del colectivo Energy Control

c.mdiaz@cop.es

Introducción

El consumo de benzodiazepinas y otros hipnóticos es un hecho visible en nuestra realidad más cotidiana. Con nombres como “pastillas para dormir”, tranquilizantes, calmantes, somníferos, ansiolíticos etc. estas sustancias psicoactivas forman parte de la inmensa mayoría de botiquines de los hogares españoles. En este capítulo, consideraremos hipnótico-sedantes al grupo de sustancias compuesto por barbitúricos, benzodiazepinas y otros agentes hipnóticos no benzodiazepínicos.

Buena parte de la cantidad de estas sustancias consumidas por la población mundial ha sido recetada por profesionales facultativos para un tipo de malestar específico. Sin embargo, existen otros usos que escapan a este control por parte de un profesional y que son, al menos, tan conocidos y visibles como los anteriores.

Debido a la existencia de este tipo de usos que, insistimos, escapan al control y la pauta facultativa y que se realizan, por tanto, al margen de la ley, cobra cierto interés, e incluso necesidad, el hecho de presentar información oportuna así como una serie de estrategias básicas que pudieran minimizar los riesgos asociados al consumo de estas sustancias.

Este tipo de uso –al que nos referiremos como uso no médico o uso experimental– nace más allá de las consultas médicas y suele presentar funciones que pueden coincidir o no con las típicas de un tratamiento farmacológico con benzodiazepinas. Por ello, consideramos relevante aportar la información pertinente para que los riesgos asociados a estos usos sean los mínimos, no sin antes atender a la relación que existe entre ellos y los distintos contextos en los que se producen, así como las claves socioculturales que pudieran explicar este fenómeno.

No obstante, a la hora de construir este capítulo sobre la gestión de placeres y riesgos del consumo de benzodiazepinas y otros hipnótico-sedantes, nos encontramos con algunas dificultades. Por ejemplo, aunque es cierto que son sustancias muy estudiadas y de las que se conocen relativamente bien

sus acciones (Stahl, 2009), son bastante escasos los datos existentes en torno al fenómeno del uso recreativo de benzodiazepinas sobre todo en lo que se refiere a contextos de consumo españoles; algo que no nos permite tener una visión lo suficientemente cercana a los distintos perfiles de consumidor.

Sin embargo, salvando estas dificultades, el lector y la persona que tenga interés en acercarse de forma experimental a estas sustancias podrá encontrar a lo largo del capítulo pautas generales que minimicen, de cierta forma, las potenciales consecuencias negativas de su consumo, teniendo siempre presente que éstas son el resultado de una interacción real entre un organismo que ingiera una determinada sustancia dentro de un contexto concreto que, además, forma parte de un contexto más sociocultural más amplio.

Contexto histórico y legalidad

Origen y descubrimiento de la química hipnótico-sedante

En 1903 el ácido dietilbarbitúrico o barbital, fue el primer compuesto hipnótico comercializado bajo el nombre de Veronal®, gracias a los químicos E. Fisher y J. Von Mering (de Juan, Portes y Ban, 2002). Por estas propiedades hipnótico-sedantes se convertiría en el primer tratamiento de elección para varios trastornos neurológicos y psiquiátricos tales como la epilepsia y la esquizofrenia (Lopez-Muñoz y Álamo, 2007). En cuanto a las benzodiazepinas, Leo Sternbach sería el responsable de sintetizar en 1957 el clordiazepóxido, el primer compuesto de esta familia comercializado con el nombre de Librium®.

Es en este punto donde comienza lo que sería el futuro imperio de las benzodiazepinas; unos fármacos que han experimentado un extraordinario desarrollo, no sólo en cuanto al número de compuestos sintetizados sino también al número total de personas que, con más o menos frecuencia, las han consumido. Hacia 1972 ya serían consumidas por seiscientos millones de personas (Escohotado, 1998). De nuevo, sus usos tendrían que ver con el tratamiento de problemas neurológicos y psiquiátricos aunque también para combatir el insomnio y el estrés. No obstante, por entonces ya eran palpables otros usos poco o nada relacionados con aquellas situaciones: el intento y consumación de suicidios y la adulteración de otras drogas tales como la heroína (Hidalgo, 2007).

Prevalencias y tipos de usos en el presente

En el periodo que abarca de 1992 a 2006, el consumo de benzodiazepinas en España muestra de nuevo un notable incremento. Según el Ministerio de Sanidad español y la Agencia del Medicamento (2012), el consumo de benzodiazepinas y otros hipnóticos se incrementó en un 113% en dicho periodo, pasando de 32,73 DHD (dosis por cada mil habitantes y día) a 69,92 en el

año 2006. Además, en torno al 1,9% de la población española entre 15 y 64 años ha consumido benzodiazepinas sin receta médica (OED, 2012), siendo las únicas sustancias más consumidas, con o sin receta, por mujeres que por hombres – 3% y 5,2%, respectivamente en los últimos 12 meses, en el tramo de edad de 15 a 34 años.

Este aumento de las ventas y del consumo de benzodiazepinas –al igual que de otros psicofármacos– podría explicarse atendiendo a varios factores interaccionando entre sí. Por ejemplo, no hay duda acerca del peso que ha tenido el marketing (González y Pérez, 2007) realizado por la industria farmacéutica, quien no sólo ha centrado sus esfuerzos en promocionar esta serie de compuestos sino que con la ayuda, activa o pasiva, de los profesionales de la salud mental (ciertos médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos, etc.) se ha conseguido conformar la creencia, ya muy arraigada culturalmente, de que trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión son enfermedades de naturaleza similar a la diabetes o la tuberculosis. De alguna forma, según Pérez y Fernández (2008), se ha favorecido una hiper-medicalización de los problemas normales de la vida cotidiana.

Más allá de la consulta del médico

Han sido descritos otros usos –generados al margen de la prescripción facultativa– con funciones distintas a las anteriores: reducir los efectos desagradables del consumo de estimulantes, potenciar los efectos de otras drogas, reducir las molestias del síndrome de abstinencia (por ejemplo, opiáceos), o “reforzar los efectos del alcohol” (WHO, 1996: 35). Además, si bien es poco significativo, habría quienes usarían estas sustancias como euforizantes menores (Cole y Chiarello, 1990).

En Estados Unidos, por ejemplo, también se ha descrito el uso de algún hipnosedante, como flunitrazepam –un compuesto curiosamente ilegal en dicho país y comercializado con el nombre de Rohypnol®–, solo o en combinación con otras sustancias, buscando la propia euforia que puede provocar el fármaco (Abanades, 2008). Junto con la MDMA, el GHB y la ketamina se considera al flunitrazepam dentro de las Club drugs (Gahlinger, 2004; Smith, Larive, Romanelli, 2002), sustancias cuyos usos principales serían recreativos y propios de contextos de fiesta, raves, festivales, etc.

En el caso de España, disponemos de muy pocos datos objetivos que nos permitan dilucidar la realidad del consumo recreativo de hipnótico-sedantes.

Legislación

Respecto a la legalidad de estos compuestos, la inmensa mayoría de hipnótico-sedantes se encuentran en las listas III y IV de fiscalización de sus-

tancias de la ONU. Es decir, sustancias que necesitan de licencia (receta) tanto para ser vendidas como para ser consumidas. El consumo de benzodiazepinas y algunos barbitúricos fuera de lo establecido por la ley, podría acarrear las mismas sanciones que en el caso de otras sustancias fiscalizadas (cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.).

También es aplicable al consumo de hipnótico-sedantes la prohibición de conducir cualquier tipo de vehículos (artículo 27, Real Decreto 1428/03). De esta forma, el artículo 379 del Código Penal lo considera una infracción grave estableciendo una sanción de 3 a 6 meses de pena de prisión o multa de 6 a 12 meses y, en su caso, trabajos en beneficio de la comunidad. O bien, la privación del derecho a conducir vehículos por un tiempo superior a 1 y hasta 4 años (Arana y Germán, 2007).

Gestión de placeres y riesgos

Como el uso de barbitúricos está prácticamente excluido de los contextos cotidianos, a partir de aquí el grupo de hipnosedantes será representado por benzodiazepinas (diazepam, alprazolam, lorazepam...) y otros agentes hipnóticos no benzodiazepínicos, como el zolpidem,

Composición

Las benzodiazepinas son un conjunto de moléculas cuyos principios activos varían de unas a otras. Existen casi una treintena de compuestos: alprazolam, diazepam, lorazepam, lormetazepam, etc. Todas comparten una estructura compuesta por un anillo de benceno con seis elementos unido a otro anillo de diazepina compuesto por otros 7 elementos. Son las diversas sustituciones en este anillo lo que provoca cambios en las acciones particulares de cada uno de los principios activos. Por su parte, los agentes hipnóticos no benzodiazepínicos cuyos prototipos se podrían considerar al zolpidem o la zoplicona, pertenecen a una clase distinta (imidazopiridinas) y tienen un perfil neurofarmacológico diferente.

Propiedades, efectos buscados y efectos adversos

De forma general, todas las benzodiazepinas son sustancias depresoras del sistema nervioso central. Comparten, en mayor o menor medida, efectos sedantes, hipnóticos, miorelajantes, antiepilépticos e inductores de la anestesia preoperatoria. Sin embargo, podrían presentar otra serie de efectos de tipo adverso tales como sedación, somnolencia, ataxia, incoordinación, diplopia, amnesia anterógrada y vértigo (Zarco, Caudevilla, López, Apolinar y Martínez, 2007)

Cada uno de los principios activos varía en cada uno de los efectos esperables en función de sus características farmacocinéticas (absorción, distribución,

metabolización y eliminación) y farmacodinámicas (estimulación indirecta de los receptores GABA, el neurotransmisor inhibitorio por excelencia).

Según la rapidez de inicio de los efectos encontramos compuestos de acción rápida, de acción intermedia y de acción lenta. De cara a una adecuada gestión de los placeres y riesgos es importante tener presente las características de cada uno de los compuestos (ver Tabla 1).

Siguiendo a Cetkovich-Bakmas y Toro-Martínez (2003), las benzodiacepinas pueden clasificarse por su potencia y por su vida de eliminación. La primera haría referencia a la dosis necesaria para que el principio activo produzca efectos farmacológicos. Es decir, aquellos compuestos cuyas dosis necesarias para producir efectos sean más bajas, mayor potencia tendrán (alprazolam, clonazepam o lorazepam, etc.). Sin embargo, una baja potencia (diazepam o el clordiacepóxido, etc.) no resta potencial sedante al compuesto; simplemente sus dosis necesarias son mayores respecto de los primeros. Por su parte, la vida media se refiere al tiempo en el cual la dosis plasmática del compuesto se reduce en un 50%. De esta forma, se pueden clasificar como benzodiacepinas de vida media corta (0-12 horas), intermedia (12-24 horas) y larga (+24 horas), siendo esta, de nuevo, una característica central a tener en cuenta si se piensa realizar un consumo de este tipo de sustancias ya que a mayor vida media del fármaco mayor tiempo de permanencia de sus metabolitos dentro del organismo, algo que debe tenerse presente si se van a encadenar dosis sucesivas y/o si se quieren prevenir post-efectos o resacas al día siguiente

Presentación y vías de administración

La mayor parte de estos compuestos se presentan en comprimidos o píldoras, si bien es posible encontrar algunos principios activos en forma líquida para ser inyectados. La forma más común de administración es la vía oral. No obstante, existen otras posibles como la sublingual –para benzodiacepinas como aprazolam, lorazepam y clonazepam–, la inhalada (alprazolam), la intravenosa o la intranasal aunque esta última es más bien anecdótica. Sin duda, la vía oral es la más recomendada por cuanto es la más segura y la más testada en ensayos clínicos. Le seguiría la sublingual, en los casos en que sea posible.

Interacciones

Si bien las benzodiacepinas son sustancias relativamente seguras, su mezcla con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central (alcohol, GHB, opiáceos, ketamina, etc.) puede hacer que los efectos –tanto agradables como desagradables– de ambas aumenten, pudiéndose llegar a intoxicaciones potencialmente mortales. No obstante, dependiendo del tipo de benzodiacepina y de las dosis de las distintas sustancias consumidas, los riesgos pueden ser

TABLA 1.

Características de las benzodiazepinas más comunes.

Nombre	Dosis equivalentes	Vida media (horas)	Vida media	Pico plasmático máximo (horas)	Comienzo de la acción	Dosis ambulatorias mg/día	Dosis hospitalarias (mg/día)
Alprazolam	0,5	12-15	(I)	1,5	(I)	0,75-3	2-10
Bentacepam	12,5	2,2-4,5	(C)	1-2	(I)	25-100	100-150
Bromacepam	2	10-20	(I)	1-3	(L)	3-12	12-24
Brotizolam	0,5	3,6-8	(I)	1	(R)	0,125-0,25	0,25-0,5
Clobazam	10	9-30	(I)	2	(I)	10-30	30-60
Clonacepam	0,5	20-40	(L)	3	(I)	1-4	4-8
Cloracepato	7,5	30-100	(L)	1,3	(R)	5-45	45-150
Clordiazepóxido	10	15-40	(L)	2,2	(I)	5-45	45-150
Clotiazepam	5	4-6	(C)	1	(R)	5-10	20-40
Diacepam	5	20-100	(L)	1	(R)	5-20	20-50
Flunitrazepam	1	9-30	(I)	1	(R)	1-2	3-4
Fluracepam	15	24-100	(L)	1	(R)	15-30	45-60
Halacepam	20	15-100	(L)	1-3	(I)	40-120	120-160
Ketazolam	10	15-50	(L)	2-10	(I)	15-45	45-90
Loprazolam	1	4-15	(I)	1	(R)	1-2	2
Loracepam	1	9-22	(I)	1,5	(I)	1-7,5	7,5-20
Lormetacepam	1	9-15	(I)	1	(R)	0,5-2	2-3
Midazolam	7,5	1-5	(C)	0,7	(R)	7,5-15	7,5-15
Nitrazepam	5	15-40	(I)	1,7	(R)	2,5-10	10-20
Oxacepam	15	5-20	(I)	2,4	(L)	10-45	45-60
Pinacepam	5	15-20	(I)	5-15	15-30
Quacepam	15	40-55	(L)	1,5	(R)	7,5-15	15-30
Triazolam	0,2	3-5	(C)	1	(R)	0,125-0,25	0,25-1

Fuente: Elaboración propia a partir de Castro, Esteban, Alberdi (2004). (C)= corta, (I)= intermedia, (L)= larga, (R)= rápida

más o menos elevados. Por ejemplo, la combinación de benzodiazepinas de acción larga con otros depresores es más arriesgada que si se realiza con una benzodiazepina de acción corta. En cualquiera de los casos, pueden aparecer efectos adversos tales como amnesias o ataxia. Sin embargo, a mayor vida media y mayor dosis de hipnosedantes o de alcohol (u otro depresor) mayores son los riesgos de intoxicación o sobredosis.

En cuanto a la combinación con estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc), conviene tener presente que tanto el tipo de benzodiazepina como las dosis utilizadas –tanto de benzodiazepinas como de estimulantes– son factores clave en la disminución de los riesgos asociados a este tipo de combinación. De esta manera, dosis ajustadas de una benzodiazepina de acción media o corta vuelven a suponer menores riesgos que el consumo de benzodiazepinas de acción larga si se van a tomar, por ejemplo, para reducir los post-efectos de estimulantes. No obstante, antes de convertir esta práctica en un hábito convendría poner en marcha otro tipo de estrategias para rebajar los efectos indeseables del consumo de estimulantes. Por ejemplo, controlar las dosis y la frecuencia de las tomas, dejar el consumo con un tiempo prudencial antes de irse a dormir, etc.

Por último, aunque entre algunos psiconautas se maneja el mito de que las benzodiazepinas “cortan” el (mal) viaje de los psicodélicos (LSD, hongos, DMT, etc.), por su acción sobre los receptores GABA esto no es realmente cierto. Más bien, cuando la experiencia psicodélica es tomada por el miedo (experiencia conocida como “mal viaje” en el argot psiconáutico), el uso de benzodiazepinas puede disminuir la ansiedad propia de estas situaciones. Pero a diferencia de un antipsicótico atípico, no elimina los efectos del alucinógeno. En este sentido, si se va a utilizar una benzodiazepina con estos fines, conviene que sea de acción rápida y vida media corta o intermedia. por ejemplo, alprazolam. No obstante, sería recomendable poner en marcha, de nuevo, otras estrategias distintas antes de administrar una benzodiazepina: buscar un lugar tranquilo al que llevar a la persona, proporcionarle un clima de seguridad, tranquilizarle, etc.

Sobredosis

Esta suele cursar con un aumento de la sedación, disminución de la conciencia o coma. En caso de producirse, en contextos hospitalarios se utiliza flumazenilo (un antagonista de los receptores GABA) para revertirla.

Precauciones

Si el consumo es recreativo o experimental, es importante conocer las características del compuesto (principio activo, acción, semivida...) así como controlar la dosis, el momento y el lugar donde se va a realizar dicho consumo.

A mayores dosis, mayor probabilidad de aparición de efectos desagradables. Las benzodiazepinas de semivida intermedia o corta producen efectos durante un tiempo más limitado que las de acción larga, algo que puede prevenir la aparición tardía de efectos residuales que entorpezcan determinadas tareas.

El uso frecuente de estas sustancias puede producir una rápida tolerancia además de dependencia. Desarrollarla o no depende de la interacción de factores relativos al individuo, a la propia sustancia y al contexto. Las benzodiazepinas de vida semicorta tienen mayor potencial para producir dependencia. Si se consumen en contextos recreativos o de experimentación, convendría espaciar las tomas y evitar consumirlas para escapar de estados emocionales negativos.

En caso de dependencia conviene elevar las precauciones de cara a la retirada brusca de estas sustancias. El síndrome de abstinencia a benzodiazepinas puede conllevar mayores problemas que el de otras sustancias, por ejemplo el de opiáceos.

El consumo de hipnótico-sedantes reducen la capacidad atencional y aumentan los tiempos de reacción a un determinado estímulo o grupo de estímulos (Sierra, Fernández-Guariola, Luna y Buela-Casal, 1993). Por tanto, deberían evitarse completamente actividades como conducir cuando se esté bajo sus efectos.

Conclusiones

Aunque la percepción social que puede tenerse de estas sustancias podría ser diferente –respecto de otras drogas– por su condición de sustancias legales, pautadas por un profesional sanitario y debido a que pueden ser usadas por buena parte de las personas de alrededor, las benzodiazepinas y otros hipno-sedantes son sustancias psicoactivas que, como tal, están expuestas a un uso no médico, recreativo o experimental.

Por ello, hemos tratado de aportar a lo largo del capítulo la información pertinente acerca de estas sustancias y de cómo reducir los riesgos asociados a su uso para aquellas personas que decidan, como adultos, aproximarse al consumo de las mismas.

No queremos dejar de insistir en la importancia de manejar la información y conocimiento de cada uno de los compuestos (principio activo, dosis, tipos de acción, etc.) así como, tanto o más importante, tener presente que su consumo –o el de otras sustancias– se hace por parte de un individuo en interacción con la propia sustancia y dentro un contexto determinado.

Solo controlando lo relativo a estos tres factores, se podrá hacer un consumo lo menos arriesgado posible. Si bien, eliminarlo por completo sería un objetivo imposible, alcanzable solo evitando el consumo.

Referencias bibliográficas

- ABANADES León, Sergio (2008). *Clinical pharmacology and abuse potential of gamma-hydroxybutyric acid (GHB)*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2012). *Uso de benzodiacepinas en España (1992-2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social. Disponible en http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansiolitican_hipnoticos.pdf
- ARANA, Xabier & GERMAN, Isabel (2007). *Guía informativa sobre legislación en materia de drogas*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de vivienda y asuntos sociales. Gobierno Vasco.
- CASTRO DONO, Carlos; ESTEBAN FERNÁNDEZ, Blanca; ALBERDI SUDUPE, Jesús & VIANA, Cristina (2004). Guía Clínica Ansiedad Generalizada y Benzodiacepinas. *Guías Clínicas en atención primaria*, 4 (10), Disponible en <http://www.dipucadiz.es/opencms/opencms/dipucadiz/resultado.jsp>
- CETKOVICH-BAKMAS, Marcelo & TORO-MARTÍNEZ, Esteban (2003). “Tratamiento farmacológico del trastorno por pánico”. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66 (3), 227-248.
- COLE, Jonathan O. & CHIARELLO, Robert J. (1990). The benzodiacepines as drug abuse. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (2), 135-144.
- DE JUAN, Alberto; PORTES, Sara & BAN, Thomas A. (2002). “Farmacoterapia de las enfermedades mentales. Un análisis histórico”. *ALCMEON*, 10 (4),
- ESCOHOTADO, Antonio (1998). *Historia de las drogas*, 2 (7ª ed.). Madrid: Alianza Editorial. (original 1989).
- GAHLINGER, Paul M. (2004). “Club Drugs: MDMA, Gamma-Hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and Ketamine”. *American Family Physician*, 69 (11), 2619-2626.
- GONZÁLEZ, Hector & PÉREZ, Marino (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- HIDALGO, Eduardo (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.
- LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco; ÁLAMO, Cecilio & CUENCA, Eduardo (2000). “La “Década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos”. *Psiquiatría.com*, 4 (3),
- LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco & ÁLAMO, Cecilio (2007). *Historia de la psicofarmacología (Tomo II). La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OED) (2002). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011*. Madrid: España. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad.
- PÉREZ, Marino & FERNÁNDEZ, José Ramón (2008). “Más allá de la salud mental: la Psicología en Atención Primaria”. *Papeles de Psicólogo*, 29 (3), 251-270.
- SIERRA, Juan Carlos; FERNÁNDEZ-GUARDIOLA, Augusto; LUNA, Gustavo & BUELA-CASAL, Gualberto (1993). “Efectos residuales de las benzodiacepinas sobre la atención en humanos”. *Psicothema*, 5 (2), 227-291.
- SMITH, Kelly M.; LARIVE, Lisa L. & ROMANELLI, Frank. (2002). “Club drugs: methylenedio-xymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate”. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59 (11), 1067-76.
- STAHL, Stephen M. (2009). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas* (2ª ed.) Barcelona: Ariel. (original 1998)

World Health Organization. *Programme on substance abuse. Rational use of benzodiazepines.* 1996. Copenhagen: Denmark. World Health Organization.

ZARCO, José; CADEVILLA, Fernando; LÓPEZ, Asensio; APOLINAR, Jesús & MARTÍNEZ, Susana. (2007). *Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria (SemFYC).

ESTEROIDES ANABÓLICO-ANDROGÉNICOS Y SUSTANCIAS ANÁLOGAS

José CARLOS BOUSO

Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques –IMIM
International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service (ICEERS)
jbouso@iceers.org

Fernando CADEVILLA

Médico de Familia. Asesor Médico de Energy Control
doctorcaudevilla.com

¿Qué son los esteroides anabólico-androgénicos?

Los esteroides anabólicos-androgénicos (EAAs) son un grupo de fármacos derivados sintéticos de la testosterona, hormona natural masculina, que han sido sintetizados durante los últimos setenta años. Los EAAs muestran efectos anabólicos (construcción muscular) y androgénicos (masculinización) con distinta potencia para cada efecto según el producto concreto. (Kicman, 2008). A principios de los años 50 los usuarios eran sobre todo deportistas profesionales y de elite. Sin embargo, en la actualidad su uso por motivos puramente estéticos (verse cachas) se ha incrementado y generalizado a un segmento de la población general relativamente elevado (Melnik, 2009). Su uso puede producir distintos efectos médicos adversos y se asocia con alteraciones psiquiátricas como trastornos mayores del estado de ánimo, que pueden derivar en problemas conductuales de agresión y violencia.

Algunos precursores de la testosterona (androstenediona, dehidroepiandrosterona y androstendiol) se han promocionado como con efectos similares a los de los EAAs, pero no han demostrado un aumento en la masa muscular, en la fuerza muscular o en la mejora del rendimiento atlético en estudios comparados con placebo.

Prevalencia y patrones de uso

Las encuestas realizadas cada dos años por el Plan Nacional sobre Drogas no investigan el uso de EAAs, así que los datos epidemiológicos provienen de encuestas realizadas en otros países. Se estimaba que solo en los EE.UU. 2 millones de norteamericanos han utilizado alguna vez en la vida EAAs sin motivos médicos, y que entre el 1,3 y el 1,9% de los jóvenes norteamericanos ha referido haber usado alguna vez EAAs. Encuestas realizadas en otros países como Escandinavia, Reino Unido, o Brasil arrojan cifras de prevalencia similares a las norteamericanas. Si bien la prevalencia para población general

de uso de EAAs ronda en los países de Occidente el 2%, se eleva al 20%-50% entre deportistas de algunas disciplinas “fuertes”, como levantamiento de pesas (Kanayama, Hudson y Pope, 2010).

La pauta típica de uso de EAAs se realiza en forma de ciclos, que consisten en periodos intensos de entrenamiento de entre 8 y 12 semanas acompañados de fármacos anabolizantes, generalmente combinados con algún tipo de fármaco más como “protectores” hepáticos y hormonales. El 70% de los que han iniciado algún “ciclo” de EAAs manifiesta su intención de volver a repetir en el futuro. La gran mayoría de usuarios son hombres. El uso en mujeres de EAAs es poco frecuente por los efectos masculinizantes asociados al uso de la mayoría de estas sustancias. No hemos encontrado estadísticas sobre prevalencia entre mujeres lesbianas ni entre la comunidad gay.

Se han publicado algunos estudios sobre patrones de consumo de EAAs. Uno de ellos es la famosa encuesta a 500 abusadores de EAAs norteamericanos, la cual arrojó que el 78,4% no eran alzadores de pesas competitivos ni atletas; el 59,6% de los encuestados usaban al menos 1000 mg de testosterona, o su equivalente, a la semana. La mayoría (99,2%) de los usuarios de EAAs se autoadministraban formulaciones inyectables y más de un 13% refirió prácticas de uso inseguras como reutilización de jeringuillas, compartir jeringuillas, y compartir viales multiuso. Además, el 25% admitió usar adyuvantes, como la hormona del crecimiento (GH) o la insulina, para aumentar los efectos anabólicos.

Otro estudio clásico, realizado en 24 gimnasios de *fitness* en Lübeck, Alemania, encontró que la media de edad de los visitantes era de 27,9 años. Los que utilizaban EAAs con mayor frecuencia se situaban en el rango de los 21-25 años (37%). El 24% de los hombres y el 8% de las mujeres refirieron haber tomado EAAs, consiguiéndolos principalmente en el mercado negro, si bien al 14% se los prescribían sus médicos. El 96% tomaba EAAs en forma oral y el 64% añadía la vía parenteral (inyectada). En otro estudio, también alemán, realizado en 113 centros de *fitness* de la ciudad de Tübingen el 13,5% de los asistentes habían usado EAAs en algún momento, habiendo admitido su uso el 3,9% de las mujeres, cifras similares a las encontradas en población del Reino Unido y de EE.UU. (Striegel, *et al.*, 2006)

Se estima que solo en Alemania los asistentes a *fitness* se gastan cada año 85 millones de euros al año en anabolizantes. La prevalencia de abuso de EAAs en hombres de EE.UU y la UE está entre el 5-10%. Se estima que el 50% de los usuarios consigue los anabolizantes en el mercado negro. En el estudio realizado en Lübeck, las fuentes de obtención fueron el médico (14%), el entrenador (12%), el farmacéutico (16%) y compañeros de *fitness* (53%), si bien en el estudio de Tübingen se encontró una inesperada alta participación de profesionales de la salud que distribuían EAAs a un 48,1%. De estos,

el 50% era con recetas prescritas por médicos y un tercio lo suministraban farmacéuticos, generalmente sin prescripción. No hemos encontrado estudios sobre obtención de anabolizantes publicados después de 2006, pero es probable que internet se esté generalizando como fuente de obtención, sobre todo para productos como la hormona de crecimiento (GH). La mayor disponibilidad a un menor precio parece estar en relación con la irrupción de China en el mercado de elaboración de estos productos (Melnick, 2009).

Uso, abuso, dependencia y tratamiento de la dependencia a los EAAS

La mayoría de las personas que se inician en el uso de EAAs nunca desarrollarán una adicción. Pero las personas que refieren preocupaciones importantes con relación a su musculatura, y especialmente personas con “dismorfía muscular” (popularmente conocida como vigorexia) son particularmente proclives a iniciarse en el uso de anabolizantes y a presentar patrones de uso problemático (Peterson, Bengtsson, Voltaire-Carlsson y Thibin, 2010). Un estudio realizado con 233 hombres usuarios de EAAs levantadores de pesas reclutados en centros de *fitness* de Florida y California encontró que los trastornos de conducta en la adolescencia, acompañados de una preocupación intensa sobre la musculatura y la imagen corporal, pueden ser factores de riesgo para el inicio durante la juventud del uso de EAAs en levantadores de pesas que tienen como objetivo el fortalecimiento muscular (Pope, Kanayama y Hudson, 2012)

Si bien la mayoría de los usuarios no se somete a más de 12 ciclos en toda su vida, hay un porcentaje de alrededor del 30% que mantiene un patrón de consumo casi continuado a pesar de los efectos adversos médicos, psicológicos y sociales que pueda experimentar, cumpliendo criterios psiquiátricos (DSM-IV) de dependencia. De ahí que se hable de un cuadro de dependencia a los EAAs (Kanayama, Brower, Wood, Hudson y Pope, 2009). La prevalencia de la dependencia a EAAs en mujeres es mínima.

Combinación de EAAS con otras sustancias

La Tabla 1 recoge un resumen de algunos de los EAAs más comúnmente utilizados, aunque la clasificación no es extensiva y existen decenas de compuestos más. La mayoría de los EAAs son únicamente activos por vía intramuscular ya que se degradan al pasar por el hígado, aunque existen algunas excepciones importantes (oxandrolona y estazonolol). Es relativamente frecuente el uso combinado de distintos EAAs en muchos ciclos de musculación (Dodge y Hoagland, 2011).

TABLA 1
Algunos EAAs de uso habitual

Nombre comercial	Principio activo	Vía de administración	Dosis recomendada (a)
Sustanon®	Mezcla de cuatro ésteres diferentes de testosterona	Intramuscular	250 mg/10 días hasta 1000 mg/ 7 días
Testoviron®	Mezcla de propionato y enantato de testosterona	Intramuscular	25-50 mg/7 días
Deca-durabolin®	Decanoato de nandrolona	Intramuscular	200 mg-600 mg/7 días
Primobolan®	Acetato de metenolona	Intramuscular Oral	75-150 mg /7 días 10-20 mg/día
Winstrol®	Estazonolol	Oral Intramuscular	15-25 mg/día 50-100 mg/sem
Anavar®	Oxandrolona	Oral	20-60 mg/día
Dianabol®	Metandrostenolona	Intramuscular	15-40 mg/día
La dosis "recomendada" no hace referencia a la dosis indicada como fármaco autorizada sino a aquella utilizada de forma habitual para conseguir un efecto anabólico			

Gracias en buena medida a internet, hoy día resulta relativamente barato y fácil proveerse no solo de EAAs, sino de todo tipo de drogas, entre ellas algunas que también se utilizan como fármacos coadyuvantes a las EAAs y que son usadas para estos fines. La Tabla 2 resume las características y efectos adversos de algunos de estos productos. Además, es también relativamente común que durante los ciclos, los usuarios ingieran dietas ricas en proteínas, especialmente proteínas del suero de la leche de vaca. En cada "ciclo" se suele utilizar una combinación más o menos cuidada y apropiada de algunos de estos productos con el fin de conseguir los objetivos propuestos con el menor riesgo posible de padecer efectos secundarios adversos.

TABLA 2
Otros fármacos empleados en combinación con anabolizantes

Fármaco	Mecanismo de acción	Efectos adversos
Hormona de crecimiento (GH)	Acción directa sobre los tejidos, estimulación de factores de crecimiento	Acromegalia, síndrome del túnel carpiano, debilidad muscular, diabetes
Insulina	Efecto anabólico	Hipoglucemia, coma
Hormonas tiroideas	Estimulación del metabolismo	Taquicardia, arritmias, insomnio, excitabilidad, diarrea, pérdida de peso, dolor anginoso

Clembuterol	Efecto anabólico	Taquicardia, alteraciones electrolíticas, vómitos, hipertensión, calambres musculares
Finasterida	Inhibidor enzimático de la conversión de testosterona (utilizado para evitar efectos secundarios androgénicos)	Depresión, impotencia, disminución del volumen de eyaculación
Tamoxifeno	Antiestrógeno (utilizado para evitar ginecomastia: crecimiento de las mamas)	Impotencia, disminución de libido, problemas sanguíneos y hepáticos
Espironolactona Furosemida	Diuréticos	Hipotensión, alteraciones hidroelectrolíticas, gota, cálculos renales
Cardo mariano Silmarilina	Efecto hepatoprotector	Diarrea, dispepsia
Eritropoyetina	Formación de glóbulos rojos	Síndrome gripal, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares

Riesgos médicos

El desarrollo de acné, que afecta hasta al 50% de los usuarios, es el efecto secundario más frecuente de los EAAs (Kanayama, Hudson y Pope, 2010) Los EAAs producen hipertrofia y aumento de secreción de las glándulas sebáceas, facilitando el crecimiento de la bacteria *Propionibacterium acnes*, causante final del acné. Las lesiones varían desde la aparición o exacerbación de dermatitis seborreica (causante de piel rojiza, irritada, escamosa y casposa), hasta su desarrollo en tipos más graves de acné susceptibles de producir lesiones permanentes en la piel (Walker y Adams, 2009).

Las alteraciones analíticas son otro efecto frecuente del uso de EAAs. Son frecuentes las elevaciones de transaminasas y bilirrubina, así como las alteraciones en el perfil lipídico (incremento del colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad-LDL). En la mayoría de los casos las alteraciones se normalizan al terminar el ciclo aunque pueden implicar un mayor riesgo cardiovascular sobre todo en personas con otros factores de riesgo.

Las posibles alteraciones cardiovasculares incluyen hipertensión, cardiomiopatía, hipertrofia ventricular izquierda, isquemia miocárdica, problemas de coagulación sanguínea y arritmias. (Mobini-Far, Agren y Thiblin, 2011). Si bien algunos de estos problemas como la hipertensión, la dislipidemia y las alteraciones en la coagulación remiten con la interrupción del uso, la arteriosclerosis y la cardiomiopatía son irreversibles. (Baggish, *et al.*, 2010). Los patrones de uso más intensivos están mucho más expuestos a este tipo

de riesgos que los usuarios ocasionales de dosis bajas. Se han comunicado casos de problemas prostáticos en usuarios habituales de EAAs aunque no hay estudios sistemáticos.

Otro efecto secundario grave con el que se asocia el abuso de EAAs es con alteraciones neuroendocrinas debido a la supresión del eje hipotálamo-pituitario-gonadal (HPG). Al terminar un ciclo y detenerse la administración de EAAs, la función testicular puede tardar en recuperarse varias semanas, dependiendo de la intensidad y duración del ciclo, así como de la susceptibilidad individual a este efecto. Como consecuencia, pueden aparecer infertilidad, depresión, impotencia y otras alteraciones del estado de ánimo, que pueden llevar al usuario a seguir consumiendo EAAs para contrarrestarlas.

Los efectos secundarios más comunes asociados a anabolizantes son los cambios en la libido y el estado de ánimo, disminución del volumen testicular, ginecomastia (incremento del tamaño de las mamas en varones), dolor de cabeza, dificultad para la erección en varones, trastornos del sueño y retención de líquidos.

Riesgos psiquiátricos

El abuso de EAAs se relaciona con una serie de efectos psiquiátricos que incluyen síndromes de dependencia, alteraciones del humor y la progresión hacia otras formas de abuso de sustancias. Los EAAs comparten en su acción sobre el cerebro diversas interacciones con los sistemas de neurotransmisión que se ven comúnmente afectados por otras drogas de abuso, sobre todo el sistema opioide. (Kanayama, Hudson y Pope, 2009) El consumo de EAAs se ha relacionado también con una mayor agresividad y con la participación en comportamientos violentos.

EAAs y mujeres

Se desconoce en buena medida cuáles son los efectos del uso y abuso de EAAs en mujeres. En un estudio se realizaron pruebas psiquiátricas y médicas a 75 mujeres reclutadas en gimnasios y *bodybuildings* de Boston, Houston y Los Ángeles (Gruber y Pope 2000) el 33% refirió haber usado en el pasado EAAs. El grupo de EAAs tenía mayor historia también de consumo de “drogas ergogénicas” y tenía más masa muscular que el grupo de no usuarias. También presentaron mayores síntomas médicos y psiquiátricos que las no usuarias: 14 (56%) refirieron haber padecido al menos algún episodio de manía mientras usaba EAAs y 10 (40%) refirieron síntomas depresivos asociados con la interrupción del uso. 19 (76%) experimentó algún efecto adverso significativo mientras utilizaron EAAs.

Reducción de riesgos

Un primer aspecto a la hora de valorar el uso de EAAs y sustancias relacionadas desde una perspectiva de reducción de riesgos es el acceso a la información. Como en otros tantos ámbitos, Internet ha supuesto una revolución en este sentido aunque también están presentes los inconvenientes y limitaciones propios de este medio. La calidad de la información disponible es muy variable y, en general, mucho menor a la que ofrecen webs y foros sobre drogas de uso recreativo. Localizar páginas con información fiable, participación de profesionales y ajustada a la evidencia científica es más sencillo en el caso de sustancias como la MDMA o los psicodélicos que para los EAAs, donde los mitos y recomendaciones de eficacia y seguridad incierta son muy frecuentes.

La mayoría de los EAAs disponibles en el mercado han sido ensayados en humanos en el tratamiento de diversas enfermedades y existen suficientes datos objetivos sobre su dosificación, pautas de consumo adecuadas, efectos adversos esperables, interacciones y contraindicaciones, etc. Pero en muchas ocasiones las dosis que producen un efecto anabólico notable son considerablemente más elevadas que las utilizadas en terapéutica. Tomemos por ejemplo la oxandrolona: su dosis recomendada es de 10-20 mg (Schroeder, *et al.*, 2004; Bulger, Jurkovich, Farver, Klotz y Maier 2004), aunque la mayoría de los ciclos recomiendan dosis de 30-50 mg, a veces durante más de 8-10 semanas. Cuanto mayor sea la diferencia entre la dosis evaluada en ensayos clínicos y la dosis utilizada, la probabilidad de sufrir efectos adversos y riesgos para la salud será mayor. Así, un conocimiento riguroso sobre las características de cada preparado es imprescindible, aunque ya hemos señalado que, de forma general, las webs y foros sobre este tipo de sustancias rara vez la proporcionan.

La adquisición de EAAs y sustancias afines a través de internet es también sencilla, aunque implica riesgos relacionados con la calidad de los productos. Una búsqueda rápida en internet permite acceder a cientos de páginas webs en las que, teóricamente, puede comprarse de forma sencilla casi cualquier sustancia. Pero distinguir entre fármacos procedentes de laboratorios homologados, genéricos elaborados en el Sudeste Asiático o Europa Oriental y puras falsificaciones es en la práctica muy complicado. Por otra parte, algunos de estos productos han sido detectados en suplementos nutricionales deportivos que supuestamente no los contienen (Geyer, Parr, Koehler, Mareck, Schänzer y Thevis, 2008). Para los EAAs no existen programas de análisis de sustancias al estilo de los que se llevan a cabo con MDMA u otras drogas de uso recreativo. En su lugar, algunas webs como <<http://www.eroids.com/reviews>> permiten a los usuarios valorar las webs que comercializan EAAs. La experiencia y opinión subjetiva de los usuarios es el único instrumento de evaluación, que al menos permite descartar los fraudes más notorios.

Una valoración médica previa y posterior a un ciclo anabolizante debería ser un principio fundamental. Desde el modelo médico paternalista clásico esto es difícilmente concebible pero desde una óptica de reducción de riesgos, un enfoque participativo, no moralista y de corresponsabilidad podrían reducirse los riesgos y posibles problemas para la salud. Esta valoración estaría orientada a aconsejar al paciente/cliente sobre la pauta más segura de utilización, basándose en, al menos:

- Antecedentes familiares y personales (enfermedades dermatológicas, psiquiátricas, cardiopatías, trastornos hematológicos, problemas de próstata, etc.)
- Tratamientos farmacológicos actuales y recientes
- Experiencia previa con esteroides
- Peso, talla, índice de masa corporal
- Valoración del riesgo cardiovascular (descartar HTA, perímetro cintura, índice, tabaquismo...), considerar sexo y edad
- Analítica (Glucemia, función renal, colesterol total con fracciones HDL y LDL, transaminasas, bilirrubina, hematocrito, hormonas tiroideas...)
- Electrocardiograma

La existencia de trastornos psiquiátricos, riesgo cardiovascular elevado, ciclo reciente con esteroides, alteraciones en las transaminasas u hormonales deberían contraindicar de forma absoluta el uso de EAAs. Por otra parte, estos fármacos inducen el cierre de las epífisis (detención de crecimiento de los huesos) (Wilson, 1988) por lo que su uso antes de haber terminado el crecimiento debería evitarse en cualquier circunstancia.

De forma general, la combinación de distintos EAAs puede suponer un incremento innecesario de los riesgos. Lo mismo puede decirse de la combinación con los fármacos señalados en la Tabla 2, que en la mayoría de los casos no han demostrado eficacia y seguridad para los objetivos que supuestamente deberían conseguir. Por ejemplo, no existen ensayos clínicos que muestren la eficacia de los fármacos para proteger el hígado cuando se administran en combinación con EAAs. Otros como la insulina o las hormonas tiroideas pueden producir efectos secundarios muy graves o mortales si no son correctamente dosificados.

Una dieta y un entrenamiento físico adecuado son los otros dos pilares fundamentales para conseguir ganancia muscular, y ambas deberían contar con asesoramiento profesional. Las dietas hiperproteicas e hipercalóricas van destinadas a ganar mucha masa muscular, pero también tejido graso. Las llamadas dietas de definición (hiperproteicas e hipocalóricas) buscan sobre todo perder grasa. En ambos casos es importante asegurarse un aporte adecuado de todos los nutrientes, teniendo en cuenta que un aporte de proteínas mayor de 3 g/kg/

día puede ser tóxico para el riñón (Friedman, 2004). Además, las dietas muy hipocalóricas pueden dar lugar a otros problemas metabólicos como la cetosis.

La mayoría de los esteroides precisan de inyección intramuscular, en ocasiones varias veces a la semana, por lo que es imprescindible conocer y aplicar la técnica adecuada de inyección, utilizando siempre material estéril y desechable y una jeringa del calibre adecuado. Algunas páginas webs explican cómo inyectarse en brazos, pectorales, hombros, etc. aunque el cuadrante superoexterno de la zona glútea o la porción lateral del muslo son las zonas de inyección más seguras y las únicas que deberían utilizarse. Muchos esteroides se presentan diluidos en aceite y conviene calentarlos suavemente antes de su aplicación. Los envases deberían idealmente ser de un único uso; de no ser así deberán tratarse en estrictas condiciones de higiene y ser conservados en la nevera.

Conclusiones

La reducción de riesgos en relación con los EAAs y fármacos afines no ha alcanzado el mismo grado de desarrollo teórico y práctico que el alcanzado con otras drogas como la heroína o las drogas de uso recreativo. Teniendo en cuenta la facilidad de acceso, la prevalencia relativamente elevada de su uso y las potenciales consecuencias para la salud, el desarrollo de programas específicamente destinados a este tema parece adecuado.

La reducción de riesgos parte de un enfoque no moralista y participativo, que reconoce el consumo y sus potenciales consecuencias gratificantes, respetando el derecho del usuario a tomar sus propias decisiones partiendo de información objetiva y realista. Todos estos principios pueden adaptarse al ámbito de las sustancias destinadas a mejorar el aspecto o rendimiento físico. El desarrollo de sistemas de información fiable, basados en evidencias científicas, la participación de profesionales y la extensión de los programas de análisis de sustancias a los EAAs pueden ser algunas de las estrategias a seguir en un terreno en el que está casi todo por hacer.

Referencias bibliográficas

- BAGGISH, Aaron; WEINER, Rory; KANAYAMA, Gen; HUDSON, James; PICARD, Michael; HUTTER, Adolph Jr & POPE, Harrison Jr. (2010). "Long-term anabolic-androgenic steroid use is associated with left ventricular dysfunction". *Circulation: Heart Failure*, 3 (4), 472-6. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.109.931063
- BULGER, Eileen; JURKOVICH, Gregory; FARVER, Catherine; KLOTZ, Patricia & MAIER Ronald (2004). "Oxandrolone does not improve outcome of ventilator dependent surgical patients". *Annals of Surgery*, 240 (3), 12, 472-8. doi: 10.1097/01.sla.0000137131.22608.e2
- DODGE Tonya & HOAGLAND Margaux F. (2011). "The use of anabolic androgenic steroids and polypharmacy: a review of the literature". *Drug and Alcohol Dependence*, 114 (2-3), 100-9.

- FRIEDMAN Alfred (2004). "High-protein diets: potential effects on the kidney in renal health and disease". *American Journal of kidney diseases*, 44 (6), 950-62.
- GEYER, Hans; PARR, Maria; KOEHLER, Karsten; MARECK, Ute; SCHÄNZER, Wilhelm & THEVIS Mario (2008). "Nutritional supplements cross-contaminated and faked with doping substances". *Journal of Mass Spectrometry*, 438 (6), 892-902. doi: 10.1002/jms.1452.
- GRUBER, Amanda & POPE, Harrison Jr. (2000). "Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women". *Psychother Psychosom*, 69 (1), 19-26.
- KANAYAMA, Gen; BROWER, Kirk J.; WOOD Ruth I.; HUDSON James I. & POPE, Harrison G. (2009). "Issues for DSM-V: clarifying the diagnostic criteria for anabolic-androgenic steroid dependence". *American Journal of Psychiatry*, 166 (6), 642-5.
- KANAYAMA, Gen; HUDSON, James I. & POPE Harrison G. (2009). "Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers". *Drug and Alcohol Dependence*, 102 (1-3), 130-7.
- KANAYAMA, Gen; HUDSON, James I. & POPE, Harrison G. (2010). "Illicit anabolic-androgenic steroid use". *Hormones and Behavior*, 58 (1), 111-21.
- KICMAN, Andrew (2008). "Pharmacology of anabolic steroids". *British Journal of Pharmacology*, 54 (3), 502-21.
- MELNIK BODO C. (2009). "Androgen abuse in the community". *Current Opinión in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 16 (3), 218-23.
- MOBINI-FAR, Hamid; AGREN, Greta & THIBLIN, Ingemar (2011). "Cardiac hypertrophy in deceased users of anabolic androgenic steroids: an investigation of autopsy findings". *Cardiovascular Pathology*, 21 (4), 312-6. doi: 10.1016/j.carpath.2011.10.002.
- PETERSSON, Anna; BENGTSOON, Johanna; VOLTARIE-CARLSSON, Anette & THIBLIN, Ingemar (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids". *Drug and Alcohol Dependence*, 111 (1-2): 170-2.
- POPE HARRISON G.; KANAYAMA Gen & HUDSON James I. (2012) "Risk factors for illicit anabolic-androgenic steroid use in male weightlifters: a cross-sectional cohort study". *Biological Psychiatry*, 71 (3), 254-61.
- SCHROEDER, Todd; ZHENG, Ling; ONG, Michelle; MARTINEZ, Carmen; FLORES, Carla; STEWART, Yolanda; AZEN, Colleen & SATTLER, Fred (2004). "Effects of androgen therapy on adipose tissue and metabolism in older men". *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89 (10), 4863-72.
- STRIEGEL, Heiko; SIMON, Perikles; FRISCH, Steffen; ROECKER, Kai; DIETZ, Klaus; DICKHUTH, Hans & ULRICH, Rolf (2006). "Anabolic ergogenic substance users in fitness-sports: a distinct group supported by the health care system". *Drug and Alcohol Dependence*, 81 (1), 11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.05.013
- WALKER Jennifer & ADAMS Brian. (2009). "Cutaneous manifestations of anabolic-androgenic steroid use in athletes". *International Journal of Dermatology*, 48 (10), 1044-8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04139.x
- WILSON, John (1988). "Androgen abuse in athletes". *Endocrine Reviews*, 9 (2), 181-199.

