



CONSUMO RESPONSABLE DE DROGAS: REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS

TRABAJO FINAL DE GRADO

GRADO EN CRIMINOLOGÍA Y SEGURIDAD 2014/2015

ALUMNO: Sonia Gómez Sánchez

TUTOR: José Francisco López Segarra

Consumo responsable de drogas

ÍNDICE

Extended Summary.....	pp 3-6
Resumen/Abstract.....	p 7
1. Introducción.....	pp 8-10
2. Breve historia sobre el consumo de drogas hasta la actualidad.....	pp 11-12
3. Consumo Responsable.....	p 13-14
3.1 Marco prohibicionista: la educación como alternativa a la prohibición en el consumo de drogas.....	pp 14 - 15
3.1.1 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito escolar...	pp 15-16
3.1.2 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito familiar.	pp 16-17
3.1.3 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito del Ocio.	pp 17-19
4. Reducción de Riesgos y Daños.....	pp 19
5. Estrategias de reducción de daños y riesgos.	
5.1. Programas de consumo de menos riesgos.	
5.1.1 Programas de intercambio de jeringuillas.....	pp 20-23
5.1.2 Talleres de consumo de menos riesgo.....	pp 23-25
5.1.3 Salas de consumo Supervisadas.....	pp 25-26
5.2 Testeo y análisis de sustancias.....	pp 26-29
5.2.1 MDMA.....	pp 29-31
5.2.2 Speed.....	pp 31-33
5.2.3 Cocaína.....	pp 33-35
5.2.4 Ketamina....	pp 35-36
5.3 Programas “Outreach” o de acercamiento.....	p 37
6. Conclusiones.....	pp 38-39
7. Bibliografía.....	Pp 40-41

Extended summary

Drugs; It is something that has always been present in society. And it will continue throughout life. Given its ban and continued use by the population a series of prohibitionist policies aimed at eradicating illicit substances and provide policy "resounding no" to drugs were generated. The effectiveness of these policies has been disastrous and as a result this has been gradually introducing harm reduction policies and risk reduction and prevention methods against this consumption. With these new policies have been implemented, is intended not to eradicate drug use, but to make this consumption is done in an efficient, clean and carefully in order to avoid some harms way and a risk to other consumers and same user.

Such policies arose from "the crisis of heroin '80s where there were many deaths from overdose and social and health problems such as infections of infectious diseases such as HIV or Hepatitis C, either sexually or through intravenous . Following this, the state had to act and see that the prohibitionist policy had not worked at all, saw harm reduction and risk a possible way out of this situation. Thus it began to no longer deal with prohibitionists, but prevention policies. Since several years ago, they have been implementing programs in Spain gradually becoming very important and efficiency in our country to the point of reducing HIV cases dramatically or overdose deaths.

It seems that using drugs is linked to social exclusion or marginalization. However, in recent decades, and the increase in consumption of substances in the field of leisure, are perceived differently. It must be said that the use of drugs in the context of leisure dese was the beginning, but in recent years it has gained a higher profile and increased consumption in these contexts by young people. Substance use is seen as a way to provide fun and in a standardized manner. It is true that some substances are better views than others such as cannabis, cocaine or heroin instead MDMA and generally substances whose consumption pathway is injected, it costs more to see them widely. Legalized consumption as alcohol and snuff substances also increases. But, why some drugs, like these, they are perceived more positively than other forms? Arguably, there is a relationship between the legalization of substances and the perception people have about these. Outlawing brings the criminalization and stigmatization of consumption. There is a ranking of drugs when really all are equally harmful to health, but its legalization causes the population perceives the harmful effects they have in reality. Also the permission of certain drugs have beneficial effects for the state, since it can use them to fill government coffers through high taxes that are imposed.

The phenomenon of "botellón" is a very present and widespread in Spain situation. It usually occurs in venues where young people gather in one place, whether public roads as a private home, drinking together and some even drugs. The practice of using drugs together also is spreading and this can be seen as a way to fit in the group because "everyone does it" and as also force you to do it for fear of social exclusion. That is why many young people end up consuming in order to belong to a group and not be punished. Since integration is seen as synonymous with being equal to the other and the deviation is punished by exclusion. One criticism that could be made in this

Consumo responsable de drogas

case and in relation to programs to reduce risks and damages, is that these programs are carried out individually and should be made towards a collective, as it is in it where most young people begin in this new world, the world of drugs.

It is true that to some extent nightlife has always been in relation to drug use, but note that these practices have increased and are widespread among young people over the years to the point to be considered a social concern , and therefore they have increased and developed new prevention programs with the main objective to reduce these warning of the possible consequences that can generate habits. This process of generalization of drug may be related to the development of new drugs, greater accessibility to these and greater social acceptance of this group toward these habits. . Another very important factor is the innocence that many young people have to drugs because some consider them harmful and being so normalized in our society not usually see problems associated with their consumption.

Policies pushed for a responsible use of substances. We must start from the idea that the primary responsibility for the acts that one performs is the same person and thus the consequences can drag and therefore the person who must make a balance with the risks involved and pleasures consumption of a given substance and choose whether or not you choose to consume. But as I mentioned earlier, the social context is a very important and influential factor and may induce the consumer to a person who was not going to consume.

An important element to avoid eating is by learning in schools and colleges, as consumption usually occurs during the first stage of the ESO By inexperience and distrust about drugs and the low priority given to the risks associated with their consumption. But others also important factors are the media, peer groups, family ... In the context of education, is a context very controversial but it's still the best means to convey messages about drug use, its forms , side effects and other issues related to them. It must start with those drugs that are considered closest to them such as alcohol, cannabis and snuff or only in the event that may go beyond reporting on those students considered of interest for your questions.

One factor to consider in young people is age. Usually parents are more concerned during the period of adolescence of their children since they often have their first contacts with drugs. But as they grow these, they will normally result despreocupando they know they do but continue with their responsibilities. Otherwise happens to those parents whose children do not fulfill their responsibilities, continue to consume and growing concern of parents. In both cases, there are many resources and websites, informative talks or contact a professional who can help.

According Harm Reduction¹ programs defines these risks and harm reduction as: *"Harm reduction is a set of practical strategies and ideas aimed at reducing negative*

¹ <http://harmreduction.org>

Consumo responsable de drogas

consequences associated with drug use. Harm reduction is also a movement for social justice built on a belief in, and respect for, the rights of people use drugs.”

There are numerous programs such as needle exchange and distribution, supervised consumption room, testing and analysis of substances, Outreach programs or street level, educational workshops or detection of overdose among others.

The exchange program or distribution of syringes a delayed entry program in Spain. The main objective of this program is to reduce infections infectious diseases intravenously but also through sexual intercourse. As for the specific principles they are: cleaning urban roads and parks for a possible puncture needle unwittingly give information and advice about the substance or decrease the number of used syringes in circulation. In addition to collecting also responsible for removing and destroying them. This program for consumers is based on the distribution of clean needles in exchange for used. Moreover also spread along with syringes, various preservatives per person for the same purpose, prevent infectious diseases since a large number of infections are due to sharing of syringes between users substances intravenously. The distribution of syringes and condoms are made completely free of charge either in a physical location as one mobile, that this case would be talking about the program at street level. In a physical location it can be performed by personnel by human or mechanical vending machines. Each option has its advantages and disadvantages during work detailing. And a set of rules for participation, delivery policies and program operation.

The program at street or Outreach programs is done in moving vehicles that are located in key locations. For key location, I mean sites often consumed in environments such as holidays, festivals, raves ... or in more marginal areas.

The workshop program is aimed at providing education and information to consumers drug users. Technical issues related to consumer toilet consumer health prevention, identification of risk factors, prevention and intervention in cases of overdose or adverse reactions caused by the substance, workshops on safe sex and address social issues are addressed, psychological, employment or legal. The objective is to report the risks, consequences and ways and means of more responsible consumption and lifestyle increase them. These workshops are held in the premises of easy access, which should be ample to carry out all activities to be carried out. They must be endowed with the necessary to attain as posters, posters, condoms, syringes ... and the duration is usually between 12-15 hours spread over the week material.

Supervised consumption rooms is a program whose objective is to practice safe and avoid overdose. It is a space where they can turn drug users consume their respective substances in a safe, hygienic and calm manner under the supervision of professionals and skilled for it aimed at meeting the personal and community needs that arise consumption reducing drug related risks. Consumer each room must be governed by a series of rules for the use of its facilities and admission rules that must be strictly

Consumo responsable de drogas

complied with by users. According to the International Drug Policy Consortium (IDPC, 2012)², Spain has 7 rooms in 4 cities across the country.

Testing and analysis is a very effective substance to know the composition of the substance before consuming so you can decide if consumed or program. The objectives of this program are: composition of the substance, if it has been adulterated and dopants are used, meet adulterated substances circulating on the black market and subsequent warning to consumers. This is the analysis of the substance to the knowledge of its composition, that is, the amount of active ingredient and adulterant existing elements in the substance. Two types of tested; the tested tested in situ or in the laboratory. The in situ tested provides very limited information because it is a quick test purely indicative. Apart from this, it is the most commonly used test. The laboratory tested provides more information and more precisely. They operate in stand near nightspots, only in situ, and in the offices of organizations such as Energy Control and Ai Laket !! Among others. It must be made by a competent technical team with adequate training and knowledge of harm reduction programs and reducing risks and in particular of this. In addition, it must be strong before difficult situations, since many operate in leisure areas as mentioned above. The information provided should be objective, clear and without exaggeration. The sample is removed for analysis by Energy Control³ is about 30 milligrams (0.03 grams) and synthetic samples to about 200 milligrams (0.2 grams) for samples of cannabis. Among the drugs most analyzed we are: cocaine, MDMA, Speed, cannabis and ketamine, substances that develop during work.

Finally I will make a brief mention of very brief way about drug policy offered by each political party because we are at election time.

² Eberhard Schatz y Marie Nougier: "Salas de Consumo de drogas: Evidencias y prácticas", Junio 2012, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas.

³ <http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/servicio-analisis.html>

Resumen

A lo largo de los años, el consumo de drogas ha provocado un elevado número de muertes por sobredosis, incremento de los casos de VIH y otras enfermedades infecciosas y con ello un deterioro de la salud y de la vida social, psicológica y laboral de los usuarios.

Esta situación se ha intentado paliar mediante políticas prohibicionistas pero no han dado su fruto. Al observar que se seguía consumiendo se ha optado por implantar programas de reducción de daños y de reducción de riesgos como el programa de intercambio y distribución de jeringuillas, talleres de consumo de menos riesgo o el análisis de sustancias. La implantación de estos programas va creciendo debido a que han demostrado tener una gran eficacia disminuyendo todos aquellos problemas dados durante años atrás.

El usuario es quien tiene la responsabilidad de decidir consumir o no con los placeres y los riesgos que conlleva esta práctica así como decidir si incorporarse en uno de los programas y hacer de su consumo un consumo responsable.

Abstract

Over the years, the drug has caused a high number of overdose deaths, increasing cases of HIV and other infectious diseases and thus a deterioration of health and social, psychological and professional life of users.

It has been tried to compensate this situation by prohibitionist policies but they failed. Observing that consume continues it has been chosen to implement harm reduction programs and risk reduction program as syringe exchange and distribution, less risk consume workshops or analysis of substances. The implementation of these programs is growing because they have proven to be highly effective reducing those given problems for years.

The user is who is responsible for deciding whether or not to consume with pleasures and risks associated with this practice and to decide whether to join one of the programs and make responsible consumption.

Palabras claves

Consumo de drogas, reducción de daños, reducción de riesgo, consumo responsable, drogas.

Keywords

Drugs consumption, harm reduction, risk reduction, responsible consumption, drugs.

1. Introducción

Mediante este trabajo se pretende hacer un análisis de la evolución de las estrategias que han sido llevadas a cabo por parte del Estado Español respecto a la problemática de la droga desde una política prohibicionista en sus inicios hacia una reducción de daños y riesgos fomentando el consumo responsable.

La droga es percibida como una problemática social importante puesto que conlleva una infinidad de conflictos consigo pero también es cierto que existen una infinidad de mitos acerca de ella. Podemos decir que ha sufrido un proceso de estigmatización principalmente por la falta de educación acerca de este tipo de sustancias. La droga se relaciona con adicción y exclusión social. Se ha llevado a cabo todo un proceso de criminalización de algunas drogas, las que se encuentran ilegalizadas en muchos países, y por tanto, de las personas consumidoras a través de estereotipos que a veces poco tienen que ver con la realidad. Por otra parte, esta falta de información también puede ser un factor de riesgo para la población puesto que muchas veces el desconocimiento de sus efectos y consecuencias puede llevar al consumo. Las políticas prohibicionistas no han hecho más que agravar este problema puesto que se han tenido como principal consecuencia tratar la droga como un tabú, algo que no conlleva a la solución del problema.

Partimos de la base de que la droga siempre ha estado presente en la sociedad aunque no siempre de forma generalizada cosa que la política prohibicionista no ha llegado a resolver y uno de los principales efectos perversos de este modelo ha sido el fomento del mercado informal de drogas, algo que ha contribuido a su criminalización ya que su comercialización ha estado en manos de mafias. Esto ha tenido consecuencias de tipo sociosanitario como la propagación de enfermedades contagiosas y la adulteración de sustancias por parte de estos grupos criminales que pueden llegar a tener consecuencias graves como la muerte.

Como consecuencia de todo lo anterior, el modelo prohibicionista ha ido perdiendo peso y apoyos y se han comenzado a desarrollar unas nuevas estrategias y programas de reducción de riesgos que pretenden educar y concienciar a la población de los efectos de dichas sustancias y sus consecuencias que analizaremos a continuación.

Es importante incluir también el posicionamiento de los principales partidos políticos españoles respecto a estos dos modelos expuestos (prohibicionista y consumo responsable), puesto que al fin y al cabo son estos los que deciden y encaminan las estrategias.

Consumo responsable de drogas

Ciudadanos cree en una posible legalización de ciertas drogas como establece Albert Rivera (El Mundo, 2015)⁴: *"Deberíamos poder abrir un debate con normalidad sobre eso. De cómo atacarlo mejor, porque al final el objetivo no es que proliferen el consumo de drogas. Es al revés. Es acabar y reducir el consumo de drogas informando, controlando. En definitiva, me parece que a veces cuando hablamos de legalizar nos equivocamos"*. Se reitera en que legalizar no le parece lo mejor pero lo único que quiere es "buscar soluciones y no mirar hacia otro lado". Considera que se debe regular su actividad como ya se ha hecho con el alcohol y el tabaco."

El Partido Popular (PP) no ha manifestado en su oferta electoral acerca de legalizar ciertas drogas, sino más bien al contrario, de hecho, en su programa electoral para las elecciones generales de 2008, presentaban acciones contra el uso recreativo del cannabis pero en cambio establece que *"Priorizaremos los programas preventivos, ante el creciente consumo de alcohol, cannabis, cocaína y drogas de síntesis en nuestro país, trabajando en la comunicación con las familias, en la prevención escolar y en programas de ocio alternativo"* (PP,2008)⁵. Sin embargo, a nivel municipal, el PP del Ayuntamiento de San Sebastián ha aprobado una ordenanza municipal de regulación de clubes de consumidores (2014) de cannabis teniendo el apoyo del PP Donostiarra. Se pretende según Jon Albizu (Europa Press, 2014)⁶, Concejal de Bienestar Social, Cooperación y Movilidad, pretende *"por un lado, limitar los riesgos asociados a las dependencias y, por otro, garantizar los derechos tanto de las personas consumidoras como las de quienes no lo son."* Sin embargo, el Gobierno Central rechaza el proyecto que establece la ley vasca ya que despenaliza y legaliza el cultivo y el tráfico de cannabis⁷ (el Diario Norte Euskadi, 2015). Cospedal dice "no rotundo a las drogas" y se ha dirigido a Ciudadanos, aunque sin mencionar a la formación, para rechazar la propuesta del líder de Ciudadanos, Albert Rivera, de abrir el debate para legalizar algunas drogas.

Izquierda Unida (IU) se encuentra en contra de la política prohibicionista. Registraron en la Cámara Baja del Congreso de los Diputados una iniciativa para

⁴ RIVERA, Albert "Ciudadanos, dispuesto a abrir el debate sobre la regularización de ciertas drogas", El mundo 2015.

⁵ PARTIDO POPULAR "Las ideas Claras con Rajoy es posible", 2008

⁶ EUROPA PRESS, "Ayuntamiento de San Sebastián aprobará este viernes una ordenanza para regularizar los clubes de cannabis", 2014

⁷ ARZUMENDI, Eduardo "El Gobierno central rechaza la regulación de los clubes de cannabis que propone Euskadi" El diario norte Euskadi, 2015

Consumo responsable de drogas

despenalizar el consumo y la tenencia de derivados del cannabis, tanto en el Código Penal como de la ley de seguridad ciudadana. Establecen que “se trata de educar y no de prohibir” (IU,2014)⁸

Unión Progreso y Democracia (UPyD), también presentó su propuesta de no ley en el Congreso de los Diputados (igual que IU) con el mismo fin; despenalizar la producción, el comercio y el consumo de cannabis y derivados. Según Gorriarán (UPyD, 2014)⁹, Diputado de UpyD, establece que consumir cannabis debería ser una cuestión y responsabilidad personal ya que pueden causar daños neurológicos pero a su vez alega que “*el tabaco y el alcohol también los causan y están regulados*” así como que “*no resulta más perjudicial que el alcohol y el tabaco*”.

El nuevo partido político Podemos considera razonable legalizar el consumo de cannabis en nuestro país. Según palabras de su actual líder Pablo Iglesias, ante preguntas realizadas por una red social, alegó que “*el cannabis no es más lesivo para la salud que muchas bebidas alcohólicas*”. Además establece que “*Dada la situación del país, es verdad que este tema no ha estado entre nuestras prioridades, pero debemos trabajarlo*” (ABC, 2015)¹⁰.

El líder del partido socialista Obrero Español (PSOE), Pedro Sánchez, alegó en una entrevista dada a El Mundo que “*Me opongo a legalizar la prostitución No hay que legalizar todas las drogas, pero sí abrir un debate*”. Así como que son partidarios de “*abrir un debate sobre cómo reducir y controlar el consumo de drogas, porque los datos de las fundaciones que luchan contra ellas causan alerta*” (RADIO INTERECONOMIA, 2015)¹¹

⁸ IZQUIERDA UNIDA, IU registra una iniciativa en el Congreso que insta al Gobierno a “adoptar las reformas legislativas necesarias para despenalizar el consumo y la tenencia de derivados del cannabis”, 2014

⁹ UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA, “El consumo del cannabis es responsabilidad personal”, 2014.

¹⁰ ABC, “Pablo Iglesias ve “razonable” legalizar la marihuana”, 2015

¹¹ RADIO INTERECONOMIA, “Sánchez insta a Ciudadans a no tratar prostitución y drogas en clave electoral”, 2015.

2. Breve Historia sobre el consumo de drogas hasta la actualidad.

El consumo de drogas es una realidad desde hace siglos, en los que se pueden observar distintos cambios respecto a las sustancias que se consumen; a los consumos clásicos se añaden nuevos consumos de viejas drogas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) y de nuevas drogas (éxtasis, anfetaminas, anabolizantes...).

El consumo nace en España durante la época franquista. A finales de los 70 aparecieron colectivos jóvenes vinculados a los movimientos contraculturales y con ellos, los primeros consumos recreativos de droga. Primero el cannabis y LSD y posteriormente, cocaína y heroína, esto se da en España por un fácil abastecimiento; por una parte, por los legionarios “grifotas” y por otra parte porque las oficinas de farmacia ofrecen sin receta médica gran variedad de anfetaminas hasta bien entrados los 80.

Durante la tensión democrática el consumo de drogas se daba en un estilo de vida estrechamente relacionado con la contracultura con gran interés por un cambio y por un fuerte componente ideológico, a modo de protesta como una vía de evasión de la realidad social en la que estaban inmersos.

Durante la reforma política y años siguientes, el consumo de drogas se extendió entre la clase obrera, sobretodo el cannabis que se extendió más allá de las personas de un contexto contra-cultural a estar presente en manifestaciones, fiestas, barrios obreros...

Durante la transición, la heroína, se desvinculó del círculo contracultural y se comenzó a expandir entre las clases populares. En 1976 se produjo la primera muerte por sobredosis dando paso a la conocida “crisis de la heroína” de los años ochenta. Se podría decir que los 80 son sinónimo de heroína. Además de consumirse otras drogas como cannabis, cocaína, anfetaminas....

En la década de los ochenta se produjo la “crisis de la heroína” que dio lugar a la aparición de la subcultura “yonki” y con las macabras consecuencias que produjo, se inició una alarma social. También, se difundió el consumo de la cocaína. Esto se dio debido a la mencionada alarma social que produjo el consumo de heroína, que desarrolló una segmentación social; los consumidores de heroína eran excluidos mientras que los consumidores por vía intranasal eran considerados con mayor prestigio social.

La alarma social que produjo el consumo de heroína dio lugar a que surgiera el pensamiento de que era necesario aprender a convivir con las drogas. Esta normalización dio lugar a que se establecieran cuáles eran los riesgos y placeres que ocasionaba su consumo para estudiarlos y establecerlos en nuestro contexto de la forma que causen los mínimos daños posibles. Esto se realiza gracias a una serie de programas dirigidos a la reducción de riesgos y daños que comentaremos en este trabajo.

Consumo responsable de drogas

Un factor a tener muy en cuenta es el ocio. Aumentaron las horas y la población ociosa. Este factor continuó a la alza a partir de los años ochenta. Las principales drogas que se consumían era el alcohol y el cannabis pero también el éxtasis, cocaína y anfetaminas y en menor medida la ketamina o alucinógenos entre otras.

Referido al cannabis, ya en el siglo XXI, aparecieron las primeras ferias del cáñamo. También surgieron, respecto a la cocaína y el speed, marcas para distinguirlas según su calidad, por ejemplo, la cocaína gallega, la alita de mosca, el speed vasco o el amarillo o de manzana.

El consumo de drogas pasó de ser una preocupación social a estar normalizada en nuestra sociedad, quedando en segundo plano esta preocupación social.

Respecto al alcohol, los jóvenes justifican su uso y abuso como algo normal porque “todo el mundo lo bebe”. A parte del alcohol, se ha notado un incremento de consumo en nuevas drogas que podemos clasificarlas en tres bloques: uno primero que son las “legal highs” o “research chemicals” vendidas por Internet, el segundo son los anabolizantes y un tercero los psicofármacos.

Desde los años 70 se empieza a hablar de la educación sobre drogas y la prevención, que pretendían reducir el consumo y cambiar el comportamiento del consumidor. Esto fue insuficiente ya que no evitó el consumo.

En los años 80 al ver los escasos resultados que ha obtenido la educación en la reducción del consumo de drogas, se llevan a cabo las políticas de reducción de daños de orientación socio-sanitaria, debido al incremento de casos de VIH y de hepatitis dados en relación con el consumo de drogas por la práctica endovenosa, debido a que compartían las jeringuillas entre consumidores. Esta política de reducción de daños está dirigida con el fin de disminuir los efectos negativos que producen las drogas antes que evitar su consumo y facilitar acciones para ello de forma adecuada, como por ejemplo el intercambio de jeringuillas.

En 1985 se crea en España el Plan Nacional sobre Drogas y establece como prioritario establecer medidas de prevención y medidas de información. Estas últimas con el fin de evitar que los jóvenes se inicien en el mundo de la droga y consigan decir no rotundo a estas.

El trabajo en el ámbito de las drogas se remonta al 1980 con la creación de las primeras comunidades terapéuticas para drogodependientes en España, el abordaje era limitado (proceso de desintoxicación) y con los años se incorporó la reducción de riesgos y daños como estrategia para un consumo responsable.

En los años 90 fue elemento clave en los programas desarrollados. En esta década se produce una disminución del consumo de heroína y un aumento en drogas de síntesis junto el alcohol y cannabis. Este cambio también produjo un cambio en la percepción social acerca de las drogas; se había pasado de una preocupación por ellas a una disminución de esta hasta un punto en el que se consideraba que el consumo de drogas en fiestas es una forma de divertirse, es decir, se ha normalizado.

3. Consumo Responsable.

Según Energy Control (2005)¹² el consumidor es el principal responsable de sus actos y con ellos, de las posibles consecuencias que puedan derivar. Por tanto no se debe señalar a las sustancias como las causantes de todo el daño provocado. Se trata de una decisión personal basada en el conocimiento y valoración de los posibles placeres y riesgos asociados a la conducta de tomar drogas. La responsabilidad se adquiere en mayor medida mediante el aprendizaje, ya sea por la vía cultural como por la vía educacional.

Esta definición se centra exclusivamente en el individuo como ser racional y olvida la influencia y el poder del contexto social que puede inducir a consumir estupefacientes. Puesto que el la persona se construye en sociedad e interacción mediante un proceso de socialización. Esta socialización pasa por etapas distintas en las cuales en cada una de ellas influyen en mayor medida diferentes agentes; los principales son la familia, las instituciones educativas, el grupo de pares, los medios de comunicación, etc. Agentes que modifican la percepción de la realidad de los sujetos, y por tanto las decisiones no se basan en elecciones racionales de coste y beneficio sino que influyen muchos más factores.

Existen diversas vías de consumo algunas consideradas de menos riesgos que otras, sin embargo todas tienen el suyo. Además han surgido nuevas “modas” entre los jóvenes por la vía vaginal o rectal como es el caso del tampón impregnado de alcohol. En todo caso, las vías de consumo son:

La inyectada. Es la más peligrosa y la más relacionada con las muertes de sobredosis. Dentro de la inyectada existen varios subtipos:

- La intramuscular: se utiliza una aguja mucho más gruesa y larga para atravesar todas las capas de la piel y el tejido graso y entrar en el músculo.
- La intravenosa: se utilizan agujas muy delgadas para perforar la pared de una vena e introducir la sustancia directamente en el torrente sanguíneo.
- La subcutánea: se utiliza una aguja muy delgada para atravesar sólo las capas superiores de la piel y liberar la sustancia en la capa de tejido graso .

La inhalada. Consiste en aspirar o inhalar la sustancia, ya sea en polvo o gas, para aprovechar así la membrana de las paredes nasales en su absorción y paso al torrente sanguíneo.

¹² Energy Control: “Mi responsabilidad y mi consumo de drogas”. Por Energy Control y ABD (2005)

Consumo responsable de drogas

La fumada. Para consumir una sustancia fumada es necesario calentarla en una pipa, cigarro u otro dispositivo donde se le pueda aplicar fuego o calor y lograr inhalar por la boca el humo de la combustión.

La ingerida. Se consume por la vía oral.

La transdérmica. Consiste en aprovechar la permeabilidad de la piel para absorber la sustancia simplemente por frotarla en la superficie de esta.

La rectal o vaginal. Se consume la sustancia introduciendo la dosis en el interior del recto o de la vagina y entre 45-60 minutos se absorbe completamente y se inician los efectos.

La sublingual. Se trata de colocar la sustancia debajo de la lengua y dejar que se absorba.

3.1 Marco prohibicionista: la educación como alternativa a la prohibición en el consumo de drogas.

La adopción de políticas prohibicionistas ha estado presente durante mucho tiempo con los tratados internacionales. Los Estados que los han firmado, se han comprometido a perseguir la distribución, la producción o la venta de droga e incluso la mayoría también han perseguido su consumo. Lo que se trataba con las políticas prohibicionistas era erradicar el consumo de drogas de forma totalmente completa. El método que se aplicaba y utilizaba era el de la abstinencia.

Sin embargo, su efectividad se ha demostrado como escasa, ya que este problema continúa en la actualidad hasta el punto que se entiende como normalizada en nuestra sociedad e incluso algunas sustancias han sido aceptadas por la sociedad como el cannabis, el tabaco o el alcohol. ¿Por qué algunas drogas, como las mencionadas, son percibidas de forma más positiva que otras? Podría decirse que existe una relación entre la legalización de las sustancias y la percepción que se tiene respecto a estas. La ilegalización trae consigo la criminalización y estigmatización del consumo. Existe una graduación de las drogas cuando realmente todas son igualmente perniciosas para la salud, pero su legalización provoca que la población no perciba los efectos dañinos que tienen en realidad. También la permisividad de ciertas drogas tiene unos efectos beneficiosos para el Estado, puesto que puede servirse de ellas para llenar las arcas públicas a través de los elevados impuestos que suele imponerse.

Tanto consumidores como los profesionales fueron conscientes de que la abstinencia no fue suficiente para paliar con el consumo de drogas y con la intrusión del masivo número de casos de VIH, hicieron de la reducción de riesgos y daños una estrategia de prevención muy necesaria.

Consumo responsable de drogas

Por tanto como alternativa al prohibicionismo, se establecen las medidas de reducción de riesgo y la reducción de daños ya que se asume que debemos convivir con la drogas y que esta práctica se seguirá llevando a cabo en un futuro, puesto que nada indica que se vayan a erradicar. Uno de los motivos de acoger estas estrategias es que no se ve probable la legalización de las sustancias y por ello se considera oportuno hacer hincapié en este aspecto.

Cuando una persona estaba en un dilema de consumir o no, la política prohibicionista era muy clara, ofrecía un “no rotundo” a las drogas, pero si esto fallaba y la persona decidía consumir, se ponía al frente de una serie de daños y riegos. Lo que se pretende con la reducción de riesgos y daños es informar a los consumidores del daño que le ocasionan a la salud y ya que lo hace, informarles de como realizar un consumo responsable de las sustancias.

Con la creación del Plan Nacional de Drogas en 1985, las políticas preventivas eran vistas como más justas que las políticas represivas y, como ya hemos mencionado antes, con el fracaso del prohibicionismo, se abrió paso a la reducción de riesgos y daños como una vía preventiva. Hay que dejar bien claro que no se trata de incentivar el consumo de drogas con ello, pero sí de informar y saber cómo utilizarlas para evitar daños mayores ya que hay que convivir con ellas.

Por tanto la política prohibicionista optó por establecer una serie de medidas y poner en acción las políticas de prevención y reducción de riesgos en diversos ámbitos como el escolar, el familiar o el de la noche, que los desarrollaré a continuación, además de otros ámbitos como el laboral, el sanitario el comunitario o la preventiva que es con jóvenes que presentan factores de riesgo para el consumo.

3.1.1 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito escolar.

Desde hace más de 10 años, se ha ido introduciendo la reducción de riesgos como método de prevención en el marco escolar. Se trata de dar información sobre los efectos que conllevan y sus consecuencias.

En principio, se quería transmitir un mensaje claro “No a las drogas”. Este mensaje serviría para aquellas personas no-consumidoras pero, sin embargo este mensaje no serviría a aquellos jóvenes que han decidido o decidirán consumir. Estos temas son tratados por profesores y personas externas como policías, médicos, exdrogadictos... En todo caso, el profesor deberá estar presente.

El marco escolar es considerado un marco idóneo para intervenir aunque no está exenta de polémica, ya que se debe proponer la abstinencia en el centro pero esto no quiere decir que tengas que se su único objetivo.

El colectivo al que va dirigido es primordialmente para jóvenes y adolescentes. Normalmente va dirigido a los alumnos que cursan la secundaria obligatoria (ESO) y en menor medida a los alumnos que cursan bachillerato. Se debe a que los jóvenes tienen una serie de factores como la tendencia a consumir mucho en poco tiempo, la

Consumo responsable de drogas

falta de experiencia y desconfianza sobre las drogas y la poca importancia que dan a los riesgos que conlleva su consumo.

Como ya he mencionado anteriormente, se trata de un marco de intervención con polémica, con dificultades. Por un lado, en tema de reducción de riesgos, puede ser cuestionada por las creencias de algunos de los profesores del centro o simplemente por miedo de las reacciones de las familias de los alumnos. Por otro lado, porque no será bien aceptado tratar cómo consumir mientras que sí lo sería si lo que se impone es el mensaje de la abstinencia, el mensaje claro de “no a las drogas”. Por tanto, es necesario adaptar las intervenciones a las necesidades y la realidad de los jóvenes.

Un principio que hay que tener muy en cuenta es el principio de la prudencia. Con esto, se establece que se tratará, en primer lugar con las sustancias más próximas (alcohol y cannabis) y solamente si se considera oportuno y necesario se tratará otras drogas ilegales y en segundo lugar se tratará el consumo por contextos: discotecas, bares, parques...

3.1.2 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito familiar.

Los padres son un elemento preventivo por sí mismo. La reducción de riesgos en este ámbito tal vez sea la que menos se haya desarrollado debido a que supone mayores problemas para su intervención.

Antes de analizar el papel preventivo de las familias, debemos de tener en cuenta la relación que han tenido los padres con las sustancias, ya que estas determinaran una actitud u otra. Hoy en día, podemos dividirlos en tres grupos. Uno primero se compone por padres que no han consumido drogas ilegales. Un segundo grupo está compuesto por aquellos que han consumido pero sin desarrollar un problema. Por último, un tercer grupo formado por padres consumidores de drogas y que han desarrollado un problema.

El primer grupo, normalmente ha consumido alcohol y conocen a alguien de su alrededor que ha consumido cannabis o hachís. Pese a la normalización del consumo en la actualidad siguen asociando la droga a problemas y tachan de despreciables a las personas que la consumen.

El segundo grupo es minoritario pero a medida que pasa el tiempo esto va en aumento, es decir, cada vez hay más padres conocedores de las drogas e incluso usuarios. Estos padres suelen tener mayor flexibilidad si sus hijos consumen teniendo en cuenta siempre una serie de factores como la edad o el tipo de sustancia entre otras.

Por último, el tercer grupo, los padres consumidores se ven obligados a dar explicación el porqué de su consumo ya que a sus hijos les puede ocasionar confusión ya que reciben discursos de lo negativas que son como en el ámbito escolar. Estos suelen ver el cannabis y en general los porros, como una droga normalizada y generalmente aceptada. Si sus hijos consumen porros no le dan demasiada preocupación, eso sí, siempre y cuando cumplan con sus responsabilidades.

Consumo responsable de drogas

Entienden el alcohol más problemático que el consumo de cannabis debido a que tienen más referentes o conocidos que les han ocasionado problemas la ingesta de alcohol que el consumo de cannabis. Cuanto a las drogas ilegales se deben separar en función de si son conocidas por los padres de las que no lo son y que únicamente las conocen a través de los medios de comunicación, siendo estas últimas vistas como más perjudiciales y de mayor riesgo.

Una vez establecido los grupos, existen diversos factores a tener en cuenta. Uno de estos factores es la edad. Los padres muestran mayor preocupación en la adolescencia de estos ya que durante esta época se producen los primeros contactos con el alcohol y el cannabis. A medida que van pasando los años, los padres se van sintiendo más tranquilos al ver que aunque consumen alcohol o cannabis cumplen con sus responsabilidades. En cambio, los hijos que no cumplen con sus responsabilidades, los padres se muestran con mayor preocupación.

Otro punto a tener en cuenta por los padres es establecerse un límite, sobre todo los padres consumidores que deben establecérselos de una manera clara. A estos, no suelen preocuparles un consumo esporádico en fiestas aunque obviamente como a todos los padres, prefieren que no lo hagan.

Establecido esto, hay diversas estrategias para intervenir en el ámbito familiar. Las estrategias son básicamente las charlas informativas, guías de prevención e incluso en los últimos años, la creación de webs para tratar la prevención desde la red. Los programas van desde un punto de vista prohibicionista total a un punto de vista desde la reducción de riesgos.

Los padres pueden contactar con un profesional que normalmente es un psicólogo o un médico o con algún recurso del Ayuntamiento en el cual se trata desde un punto de vista más educativo. Normalmente estas situaciones se da cuando existe una gran preocupación y alteración del clima familiar. En el caso de que los padres sean llamados desde alguna institución es porque el consumo ha generado preocupación y normalmente son avisados o bien por la escuela o bien por la policía. Por lo tanto, se debe dar mucha importancia a la relación escuela-familia.

En todo caso, los profesionales deben saber cómo está estructurada la familia además de conocer la opinión de los padres sobre las drogas para poder realizar una intervención con éxito.

3.1.3 Prevención y reducción de riesgos en el ámbito del Ocio.

En primer lugar, cabe definir que entendemos por “ocio nocturno” para poder analizar este contexto en relación con el consumo de drogas. Con este concepto nos referimos a las actividades recreativas o de diversión a las que dedican los jóvenes en su tiempo libre. Nos referimos principalmente a las noches de fin de semana que se relacionan con comportamientos no aceptados por la sociedad, como el consumo de alcohol en grandes cantidades, de drogas, peleas, accidentes, etc. Estas prácticas son muy comunes en discotecas, conciertos, festivales e incluso en la propia vía pública.

Consumo responsable de drogas

Es cierto que el ocio nocturno en cierta medida siempre ha estado en relación con el consumo de estupefacientes, pero cabe destacar que estas prácticas han aumentado y se han generalizado entre los jóvenes con el paso de los años hasta el punto de poder considerarse una preocupación social, y por tanto se han aumentado y desarrollado nuevos programas de prevención con el objetivo principal de disminuir estos hábitos advirtiéndoles de las posibles consecuencias que pueden generar de los cuales hablaremos con más profundidad en el siguiente apartado.

Este proceso de generalización del consumo de estupefacientes puede estar en relación con el desarrollo de nuevas drogas, una mayor accesibilidad a estas y una mayor aceptación social por parte de este colectivo hacia estos hábitos. También con el culto al hedonismo que caracteriza la sociedad del siglo XXI. Con esto pretendo referirme a que el ocio ocupa cada vez más un espacio central en nuestras vidas y más en concreto en la de los jóvenes. En estrecha relación también con el aumento de las libertades políticas y el cambio de valores de la población. Además cabe destacar que como consecuencia del desarrollo de una sociedad consumista el ocio también se ha visto influenciado y con esto ha surgido una nueva economía dedicada a la nocturnidad que intenta captar u atraer a los jóvenes, hasta el punto en el que éstos vinculan su tiempo libre a la fiesta donde el alcohol y las drogas suelen estar presentes. Este tipo de locales suele crear el ambiente idóneo a través de la música y la estética para el consumo y son percibidos de forma positiva por los jóvenes puesto que son el lugar de encuentro e interacción entre ellos. Además de que estos locales utilizan como técnicas de atracción eslóganes y estéticas relacionados con la libertad, la evasión de la realidad y el disfrute.

Por tanto, podemos hablar de que en estos contextos la práctica del consumo de estupefacientes se realiza de forma colectiva donde la droga se ha convertido en un nexo de unión entre los jóvenes. Estos encuentran en un periodo en el que se ven influenciados por su entorno social más cercano, principalmente su grupo de pares, y puede tener como consecuencia la adopción de conductas de riesgo. Los jóvenes buscan la aceptación e integración, sentirse miembros de un grupo para poder conformar su identidad, algo que puede acabar siendo peligroso debido a que la presión a la que se encuentran sometidos. Es por esto que muchos jóvenes acaban consumiendo con el objetivo de pertenecer a un grupo y por no ser castigado. Ya que la integración se ve como un sinónimo de ser igual a los demás y la desviación es castigada mediante la marginación.

Cabe hacer una crítica respecto a los programas dedicados a la reducción de riesgos en este ámbito concreto puesto que se dirigen de forma individual a los consumidores. Individualizan el consumo eludiendo la importancia de la influencia y la presión social, con lo cual no dan respuesta al problema. Las políticas preventivas se centran en la capacidad individual de las personas a la hora de tomar las decisiones como si éstas únicamente fueran resultado de un análisis de costes y beneficios para el mismo, confiando también en la capacidad del individuo para gestionar los riesgos de una forma responsable cuando el contexto social en determinadas ocasiones y con más intensidad en ciertas edades es un claro determinante en los comportamientos y la percepción de la realidad de los individuos. Por tanto, las políticas preventivas

Consumo responsable de drogas

deberían centrarse en la responsabilidad colectiva más que en la responsabilidad individual, deberían darse entre iguales y de manera grupal. Se debería intentar concienciar a la población riesgo de las consecuencias de este tipo de hábitos y dar cuenta de hasta qué punto la presión social puede tener como consecuencia llegar a realizar comportamientos no aceptados por el propio individuo haciendo olvidar las consecuencias de dichos actos.

Actualmente la reducción de riesgos cuenta con diversas estrategias de intervención como el reparto de folletos informativos en stand con personal técnico, análisis de sustancias y la figura del amigo experto. Los folletos informativos son el principal reclamo de interés para esas personas que se acercan al stand. Estos folletos tratan de materiales preventivos en el consumo de drogas.

La figura del amigo experto, responde a las necesidades de obtención de información fiable. Esta figura emplea un lenguaje acorde al sujeto que pide información y no deben hacer, en ningún caso, juicios de moral. Esta estrategia se sigue con el objetivo de influenciar al individuo de la misma forma que su grupo de pares, al intentar establecer una relación de cercanía, similitud y confianza.

También recientemente se ha desarrollado el programa Outreach que se trata de una unidad móvil que se suele ubicar cerca de lugares de ocio o donde se suele consumir. Estas unidades tienen como objetivo principal evitar o reducir el contagio de VIH por vía intravenosa, se encargan del reparto de jeringuillas, condones, etc.

En cuanto el análisis de sustancias lo desarrollaremos posteriormente.

4. Reducción de Riesgos y Daños.

Según el Plan Nacional sobre Drogas¹³, estos términos suelen venir unidos en muchas ocasiones, aunque no son idénticos; no se entiende como un único concepto; Cuando una persona consume, en un principio es para obtener un placer. La dosis, el contexto, la toxicidad, la vía por dónde se suministra etc. son los factores que determinan el nivel de riesgo cuando se está buscando el placer, es decir, se reduce el riesgo para que no haya un daño y se evita el daño reduciendo riesgos.

Por tanto, la reducción de daños y la reducción de riesgos es entendido como un conjunto de acciones socio-educativas y como un conjunto de actuaciones, tanto individuales como colectivas, que orientan al consumidor de droga, sobre las prácticas para reducir los daños que puedan ocasionar estas, tanto en el propio individuo como en su entorno.

¹³ “Estrategia Nacional sobre Drogas”. Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. (2009-2016)

5. Estrategias de reducción de daños y riesgos.

5.1. Programas de consumo de menos riesgo.

5.1.1 Programas de intercambio de jeringuillas.

Los primeros programas de Intercambio de jeringuillas surgieron en Ámsterdam en 1984 cuyo objetivo era evitar la propagación de Hepatitis C y VIH entre la población consumidora de drogas inyectables. Debido a su gran eficiencia, tuvo una gran expansión en países europeos como Dinamarca, Alemania, Reino Unido entre otros, y países como Estados Unidos o Canadá. En el caso de España, la entrada de este programa fue tardía aunque fuera el primer país europeo con más casos de VIH. Gran parte de los casos son debidos por uso compartido de material de inyección, es decir por transmisión parenteral según establece el Registro Nacional de SIDA del Ministerio de Sanidad.

El objetivo de los programas de reducción de riesgo no es erradicar el consumo de drogas ilegales ya que es imposible porque los usuarios lo seguirían haciendo, sino que el objetivo se dirige a la disminución de los riesgos asociados al consumo así como a la reducción de casos de VIH y enfermedades de transmisión entre usuarios.

Los programas de Intercambio de Jeringuilla son programas que facilitan a los usuarios material estéril así como preservativos de forma gratuita a cambio de la entrega de jeringuillas ya usadas así como su posterior eliminación de las entregadas, es decir, se basa en la distribución de material estéril de un solo uso, recogida de material usado y posterior destrucción.

Se puede decir que este programa cumple el prototipo ideal de programa de reducción de riesgos. El objetivo general es la prevención de infecciones de enfermedades por el uso compartido de las jeringuillas. Los objetivos específicos son diversos:

- Limpieza del paisaje urbano de jeringuillas.
- Evitar el pinchazo de manera fortuita por parte de usuarios.
- Disminuir el número de jeringuillas contaminadas en circulación.
- Facilitar y dar información sanitaria y consejos a quien los solicite.

El programa de Intercambio de Jeringuillas¹⁴, PIJs en adelante, se puede desarrollar de diversas formas y en distintos lugares como en farmacias, equipos móviles, en hospitales, centros de atención, centros penitenciarios...

¹⁴ ZULAICA, Arísti, Daniel: "Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas", Dirección Técnica, Subcomisión de Prevención. Plan Nacional sobre el Sida.

Consumo responsable de drogas

Las PIJs se pueden desarrollar con personal humano o recursos mecánicos mediante máquinas expendedoras.

Los programas que utilizan recursos humanos pueden ser móviles o fijos. En este caso existen una serie de ventajas como el contacto directo con el usuario, poder dar información y consejos de manera más individualizada a quien lo desee, pero también existen una serie de inconvenientes como el coste que supondría, ya que se tiene que pagar al personal, la restricción en el horario ya que sería muy limitada y lo conveniente sería las 24 horas del día funcionando incluidos fines de semana y festivos.

En el caso de que el recurso utilizado es el mecánico (máquinas expendedoras) también tendrían una serie de ventajas e inconvenientes. Las ventajas con este tipo de recurso serían: el bajo coste que supondrían ya que no se necesita personal, la disponibilidad horaria, no habría restricciones horarias, estaría en funcionamiento constantemente y sería totalmente anónimo cosa que en el anterior es imposible y como en el anterior caso, también existen unos inconvenientes como la inexistencia de un contacto directo con el usuario, considerado muy importante, además de posibles averías de las máquinas y por tanto quedarían en desuso durante el periodo que tarden en repararla. Otro de los inconvenientes es el coste del producto, ya que se tiene que pagar por la adquisición de algún material, en cambio con personal humano es totalmente gratuito.

El funcionamiento de las PIJs en máquinas sería la introducción de la jeringuilla ya usada por la nueva esterilizada. Es preferible el recurso humano por el contacto directo con el consumidor y el mecánico por la disponibilidad horaria. Así que por tanto, el uso mixto de ambos recursos sería lo ideal.

Existen diversas maneras de eliminar las jeringuillas utilizadas. Una forma es contactar con el Ayuntamiento del lugar donde se está realizando el programa. Una segunda forma de eliminarlas es llevándolas a la incineradora de los hospitales. Por último, contratando un servicio a una empresa especializada en deshacerse de material sanitario.

En cuanto a las condiciones de aplicabilidad en las PIJs son necesarias para un correcto funcionamiento y eficacia del programa. Existen unos requisitos básicos como:

-La ubicación. Se debe de ubicar en sitios cercanos donde se consume drogas ilegales, en el lugar donde es más frecuentado ver al drogodependiente.

-El horario. Es conveniente todo el día, pero en el caso de que no sea posible es preferible por la tarde-noche.

-La publicidad. Se debe de realizar una buena publicidad de donde se ubica y de los servicios que ofrecen estos programas.

Consumo responsable de drogas

-La coordinación interna y externa entre instituciones locales, sociales, sanitarias, gubernamentales y no gubernamentales.

-Buen conocimiento del personal. El personal que trabaje en estos programas deberá estar bien formado y tener conocimiento general sobre el consumo de drogas y específico sobre las formas y riesgos de consumo de cada sustancia.

Desde un primer momento se deben establecer las condiciones de intercambio de material estéril, establecer la política de entrega así como las normas de funcionamiento debido a que no existen unas normas generales predeterminadas. Es por ello que es imprescindible establecerlas para cada programa. Cada PIJ tiene unas características propias y a la hora de establecer todo lo anteriormente dicho, deben de tener en cuenta:

-Las normas de inclusión y exclusión al programa.

-El buen uso de las instalaciones por parte de los usuarios.

-Garantizar una correcta prestación de los servicios.

-Establecer unas políticas de entrega o intercambio del material con el fin de que haya un menor número posible de jeringuillas infectadas en circulación y estén más controladas.

Características del personal inyector

Es complicado establecer unas características debido a que nos encontramos ante un colectivo oculto y por tanto solo se puede establecer unas características a partir de aquellas personas que se acercan a los programas de reducción de daños y reducción de riesgos, es decir una parte mínima del total.

Según el informe que realiza el Plan Nacional sobre Drogas para el CEDT¹⁵ describen que un 0,4% de la población entre 15 y 64 años se ha inyectado alguna vez alguna droga ilegal. Los resultados de este informe reflejan un mayor número de consumo en varones (0,8%) frente a las mujeres (0,2%). En los resultados obtenidos se observa que entre las edades comprendidas entre los 35 y 44 años existe un mayor consumo de drogas inyectables que es edades más tempranas. (Véase tabla 1).

Total	Hombre	Mujer	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
0,4	0,6	0,2	0,1	0,3	0,8	0,5	0,2

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1. Media edad población que ha consumido.

¹⁵ “Encuesta sobre alcohol y drogas en España”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 3 de Marzo de 2015.

Consumo responsable de drogas

Ahora bien, como he mencionado anteriormente, es difícil establecer un perfil general, pero por lo general, el consumidor de drogas ilegales por vía inyectada es una persona con una larga historia de consumo de drogas desde hace muchos años y por tanto una vez acuden a los centros asistenciales ya tiene un consumo bien consolidado, infecciones o problemas psicosociales como el deterioro en la situación laboral, familiar...

Por tanto, Las PIJs son una de las estrategias de reducción de riesgos más efectivas, debido a que su principal objetivo es la disminución de infecciones y enfermedades entre usuarios. Generalmente, son más susceptibles de poder incorporarse a estrategias para reducir el impacto del consumo, los usuarios jóvenes y por tanto es necesario trabajar en estrategias y mensajes en referencia a situaciones cercanas a su consumo y a su contexto.

Como recomendaciones se puede insistir en primer lugar, en el cambio de vía y en los riesgos que conlleva la práctica inyectable y hacer especial referencia al riesgo de contraer una enfermedad infecciosa o la muerte ocasionada por sobredosis. En segundo lugar, se puede insistir en establecerse un límite de consumo y si se sobrepasa ese límite, reflexionar y pedir ayuda. Se debe de situar en la escala de consumo en experimental (“alguna vez en la vida”), recreativo, ocasional, habitual (“Alguna vez en el último mes”) o consumo adictivo. En tercer lugar, se puede insistir en lo importante que es la prevención de la salud ya que muchos de los consumidores son personas inexpertas y se les debe insistir en realizar la práctica con material esterilizado en todo momento. En cuarto lugar, insistir en las consecuencias económicas que conlleva el consumo de drogas y por tanto se deben establecer un límite de dinero máximo. Y por último, mantener relaciones de amistad o amorosa con personas ajenas al consumo de drogas.

5.1.2 Talleres de consumo de menos riesgo.

La intervención socioeducativa o la sanitaria es una estrategia primordial y muy importante en la reducción de riesgos. Los talleres¹⁶ están dirigidos a proporcionar educación e información a los usuarios consumidores de drogas. Se tratan temas relacionados con la técnica de consumo, el consumo higiénico, prevención de la salud, identificación de factores de riesgo, prevención y actuación en casos de sobredosis o reacciones adversas producida por la sustancia, talleres sobre sexo seguro así como tratar aspectos sociales, psicológicos, laborales o legales.

La gran ventaja es que se puede realizar desde cualquier lugar o dispositivo ya que existe gran variedad de formas, ya sea en un dispositivo móvil o en un lugar físico.

¹⁶ INSÚA, Patricia y GRIJALBO, Jorge: “Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas”.

Consumo responsable de drogas

Los talleres están orientados a trabajar sobre los riesgos que se asocian a cada sustancia, sus vías de consumo así como los riesgos asociados a las conductas (dónde, cómo se hace, con quien se consume). Estos talleres se realizan para usuarios de las distintas sustancias: cocaína, heroína, cannabis, alcohol..., aunque en un principio oba más dirigido a usuarios de sustancias opiáceas y derivados.

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) ha realizado un manual de educación sanitaria en el cual se establece a quien se debe ofrecer los talleres. Este plan debe dirigirse a usuarios que ya están en contacto con las sustancias y que acuden a alguno de los programas de reducción de riesgos o reducción de daños y para los usuarios que aún no están en contacto con estos programas. No existe incompatibilidad en que asistan al mismo taller usuarios de diversas sustancias siempre y cuando les interese el tema del que se va a tratar. Lo que se pretende es ofertar un taller que se adapte a las necesidades e interés de los participantes.

Los objetivos de estos talleres son:

- Aumentar la calidad de vida de los consumidores.
- Transmitir mayor toma de consciencia sobre los daños y los riesgos de cada sustancia.
- Disminuir los riesgos relacionados con el uso de las drogas.
- Disminuir la transmisión de VIH y otras enfermedades infecciosas entre los usuarios consumidores.

Características generales de los talleres

- El local. El lugar donde se va a realizar el taller es fundamental. Debe ser un lugar donde ya sea conocido por los usuarios y en los cuales se puedan sentir cómodos.
Debe ser un lugar amplio donde se puedan realizar a la perfección todas las actividades programadas para el taller. Un local con fácil acceso para los participantes.
- Los recursos materiales. Es necesario disponer de diferentes materiales como papel, lapiceros, jeringuillas, condones, posters... para hacer el taller más ameno y que los participantes muestren un mayor interés.
También debe estar previsto para toda persona que no sepan hablar en la lengua que se despeña el taller, escribir o leer.
- Duración. La duración puede ser variable según el objetivo del taller, el número de participantes... Suelen durar entre 12-15 horas repartidas a lo largo de una semana. Cada taller puede realizarse con un periodo fijo durante todo el año o bien de forma puntual. Para ello es necesario que los participantes se comprometan a acudir y cumplir con lo establecido.

El formador del taller

Es importante establecer las personas del equipo. El personal debe estar bien formado y tener grandes conocimientos sobre el tema que se va a tratar en el taller. La función del personal es:

Consumo responsable de drogas

- Moderar y facilitar las intervenciones de los usuarios.
- Animar a los usuarios a que intervengan durante el taller aquellos que aún no lo han hecho o que lo hacen pocas veces.
- Explicar y hacer cumplir la metodología implantada.
- No desviarse a otros temas no relacionados con el tema en cuestión.
- Crear un clima favorable en el que se sientan cómodos y confortables.
- Recordar cuales son los objetivos del taller.

5.1.3 Salas de consumo Supervisadas.

Los primeros programas de Salas de Consumo Supervisado surgieron en la década de los 80 en Suiza y Países Bajos. A principios del nuevo milenio tuvo una gran expansión en países europeos occidentales (España, Noruega, Alemania), Australia, y Canadá debido al elevado número de muertes por sobredosis o por infecciones de años anteriores y observando que no se podía erradicar con el consumo de drogas.

Además en 2007 se estableció en Bilbao la Red Internacional de Salas de Consumo de Drogas (INSCD)¹⁷ cuyo objetivo es compartir información y conocimientos para mejorar la metodología empleado y ayudar a crear o incrementar nuevas Salas de Consumo en distintos países.

La Sala de Consumo Supervisado¹⁸ (SCS) es un espacio en el cual los consumidores de sustancias ilegales pueden realizarlo de una manera segura, higiénica y tranquila bajo la supervisión de personas profesionales y especializadas para ello cuyo fin es la satisfacción de las necesidades personales y comunitarias que surgen con el consumo de drogas reduciendo los riesgos asociados.

Además de los servicios básicos como supervisión en el consumo de las sustancias por cualquier vía de administración o el intercambio de jeringuillas usadas por una estéril, también ofrecen servicios sanitarios, sociales y educativos y en cualquier caso se puede derivar al usuario a un servicio de apoyo más amplio.

Este programa es percibido como una estrategia de reducción de daños para un colectivo de exclusión social y ya inmersa en el consumo de drogas. Los objetivos de este programa son:

- La disminución de contagios de enfermedades infecciosas como VIH o Hepatitis C mediante el reparto de jeringuillas estériles.
- Asesorar y dar información acerca de pauta de consumo y sobre sexualidad.
- Realización de talleres para mejorar su calidad de vida.
- Reducir los riesgos de salud de las personas consumidoras y mejorar su salud y su bienestar.

¹⁷ SCHATZ, Eberhard y NOUGIER, Marie: "Salas de consumo de drogas: evidencias y prácticas". Documento Informativo del IDPC. Consorcio Internacional sobre Políticas de drogas. Junio 2012.

¹⁸ ILUNDAIN, Enrique y MARKEZ, Iñaki: "Salas de Consumo: entre innovación y mal menor en política de drogas".

Consumo responsable de drogas

- Disminuir la alteración del orden público.
- Evitar el consumo en lugares públicos y el abandono de jeringuilla en la vía pública.
- Contribuir a la seguridad y la calidad de vida de la comunidad.

Cada Sala de Consumo Supervisado debe establecerse unos criterios de admisión y unas normas de uso las cuales deben ser cumplidas estrictamente por parte de los usuarios.

Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, 2012)¹⁹, España cuenta con 7 Salas en 4 ciudades en todo el país. El número de personal en cada Sala de Consumo es variable en función de cada una en las cuales su personal debe de tener un amplio conocimiento acerca de las drogas y cuentan con al menos una enfermera por posibles reacciones adversas o sobredosis poder actuar momentáneamente.

En cuanto a los criterios de admisibilidad, en España se ubica en los dieciocho años de edad además de firmar un contrato de términos de su consumo. Las sustancias más populares que se consumen en estas salas son la cocaína y la heroína.

Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, 2012)²⁰, los resultados de estos programas se han probado que son eficaces mostrando una reducción de muerte por sobredosis, una disminución de nuevos casos de infecciones por VIH entre usuarios, una alta aceptación y demanda de las Salas de Consumo Supervisado, reducción de jeringuillas en vía pública y una mayor consciencia de la comunidad de que la Sala de Consumo supervisada es una estrategia de reducción de daños.

5.2 Testeo y análisis de sustancias.

Historia

El primer análisis de sustancias se realizó en Ámsterdam en 1986. Posteriormente, en 1995 en Berlín, en 1996 en Viena y posteriormente llegó a España en 1998.

Los problemas derivados de la adulteración de la sustancia han perdurado a lo largo del tiempo debido al gran número de fallecimiento por sobredosis o por la calidad de la sustancia.

El análisis y testeo de sustancias se encuentra dentro de los programas de reducción de riesgos. Se trata del análisis de la sustancia para el conocimiento de su composición, es decir, la cantidad de principio activo y elementos adulterantes

¹⁹ Eberhard Schatz y Marie Nougier: "Salas de Consumo de drogas: Evidencias y prácticas", Junio 2012, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas.

²⁰ Eberhard Schatz y Marie Nougier: "Salas de Consumo de drogas: Evidencias y prácticas", Junio 2012, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas.

Consumo responsable de drogas

existentes en la sustancia en cuestión. Es un servicio de análisis gratuito pero existen excepciones como ocurre en Energy Control²¹ para los siguientes casos:

- Muestras de cannabis de personas usuarias: 10€.
- Muestras de cannabis der clubs, asociaciones de cannabis y profesionales: 45€ (federados 35€).
- Muestras enviadas desde fuera del estado español: 50€
- Análisis de fármacos: 50€
- Análisis de plantas con alcaloides de uso no recreativo 100€.
- Análisis de pesticidas (110€) y metales pesados (60€). Total 170€.

Los principales objetivos de la práctica del testeo, según el Instituto Vasco de Criminología²², son en primer lugar, y más importante, como todos los programas de reducción de riesgos, la reducción de efectos negativos asociados al consumo de sustancias y en segundo lugar, los objetivos específicos de este programa son los siguientes:

- El conocimiento de las sustancias que se encuentran en el mercado así como las formas nuevas de consumirla.
- Proporcionar información y asesoramiento al usuario personalizado así como pautas de prevención para la reducción de daños y riesgos.
- Informar a los usuarios de la composición del producto que se ha llevado a analizar.
- Asesoramiento de como consumir una sustancia, es decir, vía conveniente, efectos que produce, riesgos legales que conlleva...
- Atención personalizada para cada persona que acuda a analizar la sustancia.
- Realizar alertas sobre la peligrosidad y dependencia de las sustancias, así como alertar de alguna sustancia potencialmente peligrosa en circulación por las calles.

Con los resultados obtenidos se realiza el desarrollo de investigaciones debido a los datos sobre hábitos, patrones de consumo, usos y peligros asociados a cada sustancia. Por tanto, la finalidad no es valorar la calidad de la sustancias, sino la de informar bien de forma directa (in situ) o bien a través de Internet de la presencia de sustancias dañinas o adulteradas en el mercado así como ofrecer información y consejos.

Tipos y técnicas empleadas

Existen dos tipos de testado; el testado in situ o el testado en el laboratorio. El testado in situ proporciona información muy limitada debido a que se trata de un prueba rápida y puramente orientativa. A parte de esto, es la prueba más utilizada. El testado en el laboratorio proporciona mayor información y de manera más precisa.

²¹ Energy Control, <http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/servicio-analisis.html>

²² Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, San Sebastián, Nº16, 2002.

Consumo responsable de drogas

Con este programa lo que se pretende es dar información objetiva para facilitar una toma responsable en la decisión de consumir la sustancia o no. En algunos Estados miembros de la Unión Europea, España entre uno de ellos, ofrecen análisis de sustancias de pastillas in situ en lugares de ocio como fiestas, raves, festivales... junto a un stand informativo. Según Energy Control²³, las técnicas empleadas para el análisis de sustancias entre otros son:

- Test de Marquis (Test calorimétricos).
- Thin Layer Chromatography (TLC).
- Gas Chromatography- Mass Spectrometry (GC/MS).
- Visualización con microscopio estereoscópico.
- High Pressure Liquid Chromatography (HPLC)

Requisitos para realizarlo

Es conveniente que se realice en un lugar discretos para garantizar una mayor privacidad de aquellas personas que acuden pero en lugares de ocio, que se realiza en un stand, no es la mejor manera pero en todo caso se deben de dar una serie de requisitos establecidos por Trans European Drug Information (TEDI):

- Voluntariedad entre el personal y el usuario.
- Aceptación y respeto sobre los diferentes estilos de vida de los usuarios.
- No hacer juicios morales
- Deben de realizar cuestionarios. Para obtener datos sobre hábito, patrones, tendencias...
- Técnicas y habilidades de conversación para motivar a los usuarios a realizar cambios en sus vidas y mejorar los hábitos de consumo de la sustancia en cuestión.

Funcionamiento del programa

Debe estar formado por un equipo técnico competente con la adecuada formación y con conocimientos de los programas de reducción de daños y reducción de riesgos existentes y en específico de este, el análisis y testeo de sustancias y con todo lo relacionado con las drogas, es decir, efectos, riesgos que conlleva, situación legal, vía más conveniente... Además, debe de ser fuerte antes situaciones difíciles, ya que muchos se desenvuelven en zonas de ocio.

La información que ofrecen a los usuarios debe ser objetiva, realista y clara. No se aconseja establecer exageraciones de los efectos o riesgos que conlleva cada una. El personal debe respetar la confidencialidad del usuario así como no hacer ningún juicio de moral. En todo caso, deben tener muy claro que es el usuario quien decide o no consumir una sustancia. También debe ofrecer información y consejos acerca de los dos tipos de testado que existen, el in situ y el de laboratorio, así como que es

²³ Energy Control, <http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/tecnicas.html>

Consumo responsable de drogas

necesario recoger una pequeña muestra de la sustancia para su análisis previa autorización del propietario.

En Energy Control²⁴, la muestra de sustancia para analizar es de unos 30 miligramos (0,03 gramos) para muestras sintéticas y unos 200 miligramos (0,2 gramos) para muestras de cannabis.

La ubicación de realización del programa es muy importante. Este lugar debe ser lo más cercano posible a lugares donde se suele consumir sustancias, para una mayor facilitación de acercamiento por parte de los usuarios.

Asesoramiento en función de la sustancia

Las drogas a menudo son adulteradas o reemplazadas por otras sustancias más baratas con la única intención de incrementar las ganancias.

La presencia de adulterantes de baja calidad ha ocasionado la muerte de muchas personas. Por tanto, no sólo existe el riesgo relacionado con la sustancias sino que también con la calidad de éstas.

El asesoramiento que reciben los usuarios es en relación a la dosis de la sustancia en función de la pureza y los adulterantes detectados en el análisis. Esta información es crucial, primordial para el usuario porque, como he mencionado anteriormente, es este quien decide consumirla o no.

A continuación, se profundiza en las siguientes sustancias: MDMA, Speed, Cocaína, y Ketamina.

5.2.1 MDMA

Composición

El principio activo es la 3,4-metilendioximetfetamina. Popularmente se le conoce como éxtasis o cristal.

Un estudio de muestras realizado en España por el Instituto Nacional de Toxicología establece que aproximadamente un 80-85% de las pastillas lleva realmente MDMA. Pero, ¿de qué está compuesto el resto? Suele llevar otras sustancias como anfetamina, cafeína, efedrina o benzodiazepinas, es decir adulterantes.

La forma de presentación es un factor muy importante. En el mercado se comercializa en polvo, capsulas, pastillas de cualquier tamaño, color, forma y con distintos grabados. La forma más común era la pastilla, hoy en día es el formato en cristal. El formato en cristal tiene una mayor pureza ya que es más difícil adulterarla.

²⁴ <http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/servicio-analisis.html>

Consumo responsable de drogas

Los otros formatos (polvo, pastillas) son más sencillos. Entre las marcas de pastillas más cotidianas encontramos: Supermanes, Love, Nintendo o Mitsubishi entre otras. (Véase imágenes 1, 2,3 y 4 grabados en pastillas).

Imagen 1



Pastilla Love

Imagen 2



Pastilla Mitsubishi

Imagen 3



Pastilla Superman

Imagen 4



Pastilla Nintendo

Pero ni el logo, ni la forma, ni el color o el tamaño quiere decir que lleve éxtasis. Hay muchas pastillas que siendo iguales estéticamente no lo son en su composición, es decir, no tiene nada que ver las características externas con la composición de cada pastilla.

Efectos

Hay que tener siempre en cuenta que los efectos varían en función de la dosis, la persona, el contexto (con quien, dónde) y la forma de consumo. La forma más común de ingerirla es la vía oral o mediante la inspiración.

Según Ai Laket!!, asociación sin ánimo de lucro, formada por personas usuarias o ex usuarias de drogas ilícitas, una dosis media por vía oral es de 1 mg/kg. Si se presenta la sustancia en polvo, se puede esnifar o comer en bombitas envueltas en papel de fumar. Sobrepasar la dosis de 150 mg puede dar lugar a efectos no deseados y una dosis superior a 250 mg puede llegar a producir una sobredosis (unas 3-4 pastillas que contengan MDMA).

Los efectos comienzan a notarse entre los 30 y 60 minutos desde la ingesta de la sustancia la cual produce un aumento de la sensibilidad sensorial. Entre 1 y 2 horas posteriores, los efectos continúan aumentando dando lugar a un estado de gran felicidad, euforia, aumento la intensidad de los colores, los olores, sabores o incluso la música, aumenta el apetito sexual o mostrar una gran relajación y despreocupación ante cualquier situación. Los efectos van desapareciendo de manera progresiva hasta que entre 4 y 6 horas desde la ingesta desaparecen.

El MDMA no provoca adicción física, pero sí puede llegar a adquirir dependencia psicológica.

A nivel físico, aumenta el ritmo cardiaco-respiratorio, reduce el hambre, el sueño, el cansancio, produce una mayor sensibilidad del frío, dilata las pupilas, hace apretar la mandíbula entre otros. El consumo habitual de MDMA puede dar lugar a episodios agresivos, dañar el hígado, el estómago o el aparato circulatorio.

Consumo responsable de drogas

Recomendaciones/ pautas de reducción de riesgos

- Que dos pastillas sean iguales no quiere decir que lleven la misma composición.
- En el mismo lugar y mismo momento pueden estar circulando pastillas del mismo logo pero distinta composición.
- Alimentarse correctamente antes de ingerir esta sustancia al menos tres horas antes.
- Utilizar bombetas ya que se puede calcular con la dosis correcta.
- No mezclar con otras sustancias ya que incrementa los riesgos.
- Se encuentra sobre 24 horas en sangre y saliva y hasta 5-6 días en la orina.

5.2.2 Speed

Composición

El Speed es un estimulante cuyo principio activo es el Sulfato de anfetamina.

Según Energy Control (Energy Control 2004), la pureza media es del 15% afirmando de que se han dado caso de pureza de un 60%. Por tanto, se considera una sustancia potencialmente adulterada.

El adulterante más utilizado es la cafeína pero existen otros como el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, paracetamol, metanol, otros derivados anfetamínicos (4-MA o 4-FMP) y otras sustancias como la glucosa, lactosa o manitol para incrementar su volumen.

Esta sustancia es conocida como “la droga de los pobres” debido a que el gramo ronda los 20€ frente a los 60€ el gramo de la cocaína, considerada “la droga de los ricos”. Como consecuencia del bajo precio ha dado lugar a favorecido su expansión entre el colectivo más joven, ya que tiene unos efectos muy similares a la cocaína.

Presentación

En el mercado se comercializa en forma de polvo y en ocasiones en forma de pasta. (Véase fotos 5 y 6). Generalmente suele ser de color blanco aunque existen de varios colores.

Imagen 5



Speed en forma de pasta.

Imagen 6



Speed en polvo

Consumo responsable de drogas

Ni el color ni el olor determina la pureza de la sustancia. Solo con el análisis de la sustancia se podrá determinar el grado de pureza que contiene.

Efectos

Los efectos varían en función de las características de la persona, la sustancia, el contexto y el entorno donde se consume.

La forma más habitual de consumo es por la vía oral o la vía nasal. También se puede consumir por vía intravenosa o inhalándola. Por medio de la vía oral es mediante “bombetas” envueltas en papel de fumar. Los efectos tardan en aparecer pero son más duraderos. Por medio de la vía nasal, mediante “rayas” esnifadas. Los efectos aparecen a los pocos minutos de consumirla y tiene una duración entre 3 y 5 horas. Las otras dos vías (intravenosa e inhalada) tienen efectos más duros y de mayor riesgo.

Según Energy Control (Energy Control, 2004), la dosis media es de 10mg debido a que esta sustancia comienza a hacer efectos con cantidades pequeñas. A partir de 30 mg puede producirse la intoxicación.

Los efectos que produce son:

- Ausencia del hambre, del cansancio y del sueño.
- Gran sensación de bienestar.
- Dilatación de las pupilas.
- Estado de alerta y de concentración.
- Movimientos incontrolables de los músculos.
- Dificultad de erección o generar flujo vaginal.
- Aumento del ritmo cardiaco y respiratorio.

El Speed no provoca dependencia física pero si genera dependencia psicológica.

El consumo habitual de Speed puede dar lugar a episodios psicóticos (alucinaciones y paranoias) y crear síntomas de abstinencia.

Recomendaciones/ pautas de reducción de riesgos

- Las pautas de consumo son distintas a la de la cocaína. Con menor cantidad (2-3 “rayas”) aguantas toda la noche.
- Las “rayas” de Speed deben ser más pequeñas que las de cocaína.
- Los efectos no son iguales en una persona de 50 kg que en una de 70 kg.
- Espaciar la toma entre una y otra raya.
- Hidratarse después de cada consumo.
- Realizar descansos y salir a airearse un poco.
- Si la persona consumidora se empieza a encontrar mal se recomienda sacarla del lugar donde se encuentre e intentar transmitirle calma. En caso de mayor gravedad, contactar con los servicios sanitarios o llamar al 112 contándole la verdad acerca de lo consumido.

Consumo responsable de drogas

- Picar bien el Speed y alternar las fosas nasales para evitar hemorragias nasales.
- Marcarse un límite y cumplirlo. Una buena opción para ello sería salir de casa únicamente con la dosis que se quiera consumir.
- Utilizar un “turulo” personal e intransferible para evitar el contagio de enfermedades. No es recomendable usar billetes enrollados dado que puede dar lugar a infecciones.
- Limpiar las fosas nasales tras el consumo para eliminar los restos.
- Esta sustancias está presente de 36 a 48 horas en la sangre, hasta 5 días en la orina y de 24 a 48 horas en saliva.

5.2.3 Cocaína

Composición

La cocaína según Energy Control²⁵ es una sustancia que se prepara a partir de las hojas del Erythroxilon coca. La sustancia química pura es el clorhidrato de cocaína. Los adulterantes más frecuentes son: cafeína, analgésicos, paracetamol, anestésicos locales (lidocaína, benzocaína) y una serie de diluyentes (glucosa, manitol, sulfato cálcico) para aumentar el volumen. Sus dos principales efectos son:

- Anestésico local.
- Estimulante del sistema nervioso.

Se conoce con los nombres de: coca, farlopa o nieve entre otros.

Presentación

Se presenta en polvo blanco cristalino, en papelinas o bolsitas para su consumo y su precio ronda los 50-60€ el gramo (véase imagen 7).

Se puede consumir por vía nasal (esnifada), por vía pulmonar (fumada) o vía intravenosa (inyectada).

Imagen 7



Cocaína en polvo.

²⁵ Energy Control (2008): Cocaína.

Consumo responsable de drogas

Efectos

La cocaína es un estimulante de acción rápida, intensa y de corta duración. No produce dependencia física pero sí psicológica. Es la que más dependencia psicológica produce.

La dosis varía en función de la persona y la pureza de la sustancia. Según Energy Control²⁶, la cantidad por vía nasal que se consume está entre los 50-75 mg (unas 12-20 rayas por gramo). La dosis letal es de 1,4 gramos para una persona de 70 kg de forma inhalada y 700 mg en forma intravenosa. Para las personas con problemas respiratorios, de hígado, riñón, corazón...la dosis letal es menor.

Cuando se esnifa, los efectos aparecen a los pocos minutos y se prolonga durante los 30-45 minutos, aunque la estimulación perdura durante varias horas. Después de consumirla (al día siguiente) puedes notar cansancio, tristeza, “el bajón”.

Los efectos que produce la cocaína son:

- Ausencia fatiga, sueño, hambre.
- Estado de ánimo y euforia y bienestar.
- Incremento deseo sexual.
- Aumento temperatura corporal y sudoración.
- Aceleración ritmo cardíaco y la presión arterial.
- Consumo repetido da lugar a una crisis ansiedad, pérdida de memoria y de concentración.

La sensación de bienestar va seguida de una bajada que ocasiona cansancio e irritabilidad.

Recomendaciones/ pautas de reducción de riesgos

- Ponte un límite de consumo y una buena opción es salir de casa con lo justo, es decir, con lo que se quiere consumir ese día.
- Evita el policonsumo, es decir, evitar mezclar con otras drogas o alcohol.
- Los efectos adversos aumentan en función de la dosis y de las repeticiones que se den.
- Sé cuidadoso con la cantidad que vayas a tomar: comienza con una dosis pequeña, unos 25 mg, para decidir y valorar el ritmo que se va a llevar.
- Decide tu cuando quieres tomar y cuando no. Que nadie te obligue a consumir.
- Evita dejar partículas grandes que puedan lesionarte las fosas nasales.
- Utiliza tu propio “turulo” para evitar el contagio de infecciones. Utilizar un billete como “turulo” ya que este tipo puede ocasionar infecciones.
- Después de cada toma, se recomienda limpiarse las fosas nasales para eliminar restos con agua tibia.

²⁶ Energy Control (2008): Cocaína

Consumo responsable de drogas

- Si vas a mantener relaciones sexuales, hazlo de una manera segura, utiliza preservativos.
- Espacia tu consumo.
- Si va a consumir evita coger el turismo o ciclomotor para evitar posibles accidentes.
- Todo lo que no sea autoconsumo está penado por la ley. Lleva pequeñas cantidades de cocaína encima.

5.2.4 Ketamina

Composición

Clorhidrato de ketamina en cantidades variables, que pueden ir desde menos del 7% hasta el 99%, dependiendo de la procedencia (ámbito hospitalario y veterinario o mercado ilegal).

Según Energy Control (Energy Control, 2002), la pureza media es alta entre 80 y el 100% debido a que normalmente tiene procedencia del mercado legal debido a su aplicación en el ámbito farmacéutico. Los adulterantes utilizados son la cafeína, el paracetamol, la efedrina, selegilina o manitol. Se puede encontrar algún diluyente añadido para aumentar su volumen. Se conoce vulgarmente con el nombre de Special-k, k, keta...

Presentación

La ketamina según Energy Control²⁷ produce dependencia psicológica y física. También produce tolerancia (el individuo ha de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto), a corto plazo puede producir efectos graves e imprevisibles y a la larga, efectos cerebrales irreversibles.

La forma de presentación de la Ketamina es la líquida o en forma de polvo fino, blanco y cristalino. (Véase imagen 8 y 9)

Imagen 8



Ketamina líquida

Imagen 9



Ketamina en polvo

²⁷ "Ketamina". Energy Control, Asociación Bienestar y Desarrollo. Abril 2002.

Consumo responsable de drogas

La forma de consumirla es por la vía oral o vía nasal. Según Energy Control (Energy Control, 2002), la dosis por vía oral suele ser entre 50-100 mg (dosis baja) hasta los 75-300 mg (dosis alta) y la dosis por vía nasal suele ser entre 15-30 mg (dosis bajas), 25-50 mg (dosis media) o 100 mg (dosis alta).

Efectos

La ketamina produce dependencia psicológica y, a la larga, física. También produce tolerancia, es decir, cada vez se debe aumentar la dosis para obtener el mismo efecto que el principio.

Los efectos varían en función de la persona, la sustancia y el contexto. Los efectos pueden durar de 2 a 4 horas en función de la dosis y de la vía de administración. Los efectos más destacados de esta sustancia son:

- Presencia de náuseas y vómitos.
- Sensación de mareo y vértigo.
- Gran sudoración.
- Dolores de cabeza.
- Sensación de desorientación y confusión.
- Disminución de la capacidad de atención y de concentración.
- Pérdidas de memoria.
- Ansiedad y ataques de pánico
- Confusión de ideas delirantes.
- Alterar la noción del tiempo.
- En grandes dosis puede dejar el cuerpo totalmente apalancado.

La ketamina esnifada, fumada o inyectada los efectos aparecen de una manera muy rápida desde la ingesta de la sustancia y sus duración va desde media hora cuando se esnifa a hora y media cuando es inyectada. Cuando se ingiere por vía oral con una bebida los efectos comienzan a los 10 minutos aproximadamente y tienen una perdura de unas dos horas.

Recomendaciones/pautas de reducción de riesgos

- Consumir Ketamina para ocasiones especiales.
- Espaciar los consumos para impedir el desarrollo de la tolerancia.
- Utilizar un "turulo" personal e intransferible para evitar posibles contagios de enfermedades infecciosas. No utilizar un billete enrollado ya que puede ocasionar infecciones.
- Tener cuidado con la dosis que se consume ya que la Ketamina no es comparable con la Cocaína. Se recomienda dosis pequeñas de esta sustancia.
- Realizar análisis de la sustancia para ser conocedores de la pureza de la misma.
- Márcate un límite de consumo y si se sobrepasa pide ayuda.
- Evitar el policonsumo con otras drogas. En Especial con otras drogas depresoras. Se desaconseja mezclarla con alcohol.

5.3 Programas “Outreach” o de acercamiento.

El programa de acercamiento o programa “Outreach” son unidades móviles, de acceso directo, dirigido a poblaciones marginales, se ubica en lugares donde se suelen mover los usuarios de drogas con el objetivo de cambiar sus prácticas de riesgo relacionado con infecciones de enfermedades como el VIH o la no utilización de la misma jeringuilla por diversos usuarios. Es un programa inspirado en la educación sanitaria y los servicios de la salud y sociales que ofrece asesoramiento y ayuda médica, social e intercambio de jeringuillas.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2011)²⁸, España cuenta con 29 unidades móviles en funcionamiento. Con este programa, no se trata en esperar a que acudan los usuarios a él sino que se trata de ir en busca de ellos mediante la ubicación de unidades móviles en lugares donde se suele consumir drogas.

Muchos programas de intercambio de jeringuillas (PIJ’s) se basan en los programas “Outreach” o de acercamiento pero no todos los programas de acercamiento distribuyen jeringuillas. Los programas de acercamiento más comunes son la distribución de jeringuillas estériles, preservativos o folletos estableciendo las pautas de consumo más seguros, qué hacer ante una situación de sobredosis entre otras. Están compuestos por personal calificado y con amplio conocimiento de drogas y por ex usuarios.

Es una estrategia eficaz para llegar a aquellos usuarios que no acuden a los centros de tratamiento o algún programa de reducción de daños o riesgos o no desean abandonar la inyección, para reducir la propagación de casos de infección de VIH en la comunidad.

Existe una variante del programa “Outreach” llamado “Indigenous Outreach” cuya única diferencia en la población diana. En el primero dirigido a poblaciones marginales mientras que la segunda va dirigida a la población en general de usuarios de drogas.

²⁸ Memoria Plan Nacional sobre Drogas, 2011 pp.8

6. Conclusiones.

PRIMERA. Con todo esto, podemos observar como las estrategias y programas de reducción de daños y riesgos han conseguido mayores logros que el modelo prohibicionista puesto que, entre otros, han disminuido los casos de VIH gracias a los Programas de Intercambio y Distribución de Jeringuillas. También han descendido las muertes por sobredosis por los talleres de detección de sobredosis, las salas de consumo supervisadas y al análisis de sustancias. Además, Se ha notado notablemente un incremento de uso por parte de los usuarios de sustancias de estos programas.

SEGUNDA. Por otra parte, la educación ha demostrado una vez más que puede ganar la batalla a la prohibición puesto que gracias a una mayor información se han cambiado las formas de consumo más saludables, muchos han pasado de vía intravenosa a vía nasal. Además de que la droga está dejando de verse como un tema tabú y se está creando una población mucho más informada que en un futuro puede contribuir a un descenso del consumo como consecuencia de una mayor concienciación. Se debería hacer mejor hincapié en una vía de prevención fundamental en los tiempos que corren como son las redes sociales.

TERCERA. Al analizar un análisis del barómetro de 1995²⁹, 2005³⁰ y 2015³¹ que realiza anualmente el CIS sobre los problemas principales que existen en España se ve que es un problema que ha disminuido crecientemente en poco tiempo. La preocupación de la droga en España ha sido de un 16,4% en 1995, un 6,4% en 2005 y en 2015 no se considera un problema principal y como segundo problema con un 0,1%. Gran parte de esta notable disminución se debe a una mayor información y a un uso y consumo responsable de ellas.

CUARTA. No existen documentos actualizados sobre la reducción de daños y riesgos y en gran medida es debido a la crisis que ha incidido en que no se invierta en ediciones, artículos y libros acerca de ello.

QUINTA. Existen variedad de iniciativas, festivales y demás muecas de apoyo a favor de la legalización de ciertas drogas blandas como es el caso del cannabis. Se realizan marchas a favor de la marihuana en Madrid así como en otras capitales. Existen festivales del cannabis como el Expocáñamo de Sevilla o el Spanabis en Barcelona e incluso un torneo a nivel europeo e internacional, el Oil Hunter donde todos sus participantes pertenecen al “mundo de la marihuana”. También existe una iniciativa, iniciada desde febrero de 2015, en la red social con el hastag #SiNoTocaNoHayVoto para pedir a los partidos políticos la regularización del cannabis en España. Con ello piden a los partidos políticos que lo introduzcan en sus programas electorales. Piden que los usuarios de redes sociales participen en la

²⁹ Estudio nº 2190. Barómetro Septiembre 1995. CIS

³⁰ Estudio nº 2618. Barómetro Septiembre 2005. CIS

³¹ Estudio nº 3052. Barómetro Febrero 2015.

Consumo responsable de drogas

iniciativa preguntando a candidatos por sus posturas frente al cannabis y medidas que van a adoptar si gobernaran.

SEXTA. Muchos de los partidos políticos, tanto de izquierdas como de derechas, se pronuncian a favor de la legalización de drogas blandas como el cannabis a excepción del PP, aunque no lo han plasmado en su campaña electoral, en mi opinión para no abrir un debate en época de elecciones. En cambio, UPyD y IU ya han realizado una iniciativa de no ley en el Congreso de los Diputados con el fin de despenalizar la producción, el comercio y el consumo de cannabis y derivados.

SEPTIMA. Agradecer la colaboración de Energy Control y del Centro “El Reto a la Esperanza” por su colaboración y entrega de documentos para la realización de este trabajo.

7. Bibliografía

ABC, “Pablo Iglesias ve “razonable” legalizar la marihuana”, 2015

ARZUMENDI, Eduardo “El Gobierno central rechaza la regulación de los clubes de cannabis que propone Euskadi” El diario norte Euskadi, 2015

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, Nº16, 2002

“*Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*”. Observatorio Vasco de drogodependencias. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

“Encuesta sobre alcohol y drogas en España”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 3 de Marzo de 2015.

Estudio nº 2190. Barómetro Septiembre 1995. CIS

Estudio nº 2618. Barómetro Septiembre 2005. CIS

Estudio nº 3052. Barómetro Febrero 2015. CIS

EUROPA PRESS, “Ayuntamiento de San Sebastián aprobará este viernes una ordenanza para regularizar los clubes de cannabis”, 2014

FAD, “Drogas en España: alto consumo, baja preocupación”, 2014

INSÚA, Patricia y GRIJALBO, Jorge: “Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas”.

ILUNDAIN, Enrique y MARKEZ, Iñaki: “*Salas de consumo: entre innovación y mal menor en política de drogas*”. Adicciones, Vol 17, Supl 2.

MARTÍNEZ, David Pere y PALLARÉS, Joan: “*De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*”. Ed: Milenio, Lleida, 2013.

PARTIDO POPULAR “Las ideas Claras con Rajoy es posible”, 2008

Consumo responsable de drogas

RADIO INTERECONOMIA, “Sánchez insta a Ciudadans a no tratar prostitución y drogas en clave electoral”, 2015

RIVERA, Albert “Ciudadanos, dispuesto a abrir el debate sobre la regularización de ciertas drogas”, El mundo 2015.

SCHATZ, Eberhard y NOUGIER, Marie: “Salas de consumo de drogas: evidencias y prácticas”. Documento Informativo del IDPC. Consorcio Internacional sobre política de drogas. Junio 2012.

UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA, "El consumo del cannabis es responsabilidad personal", 2014.

ZULAICA, Daniel: “*Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas*”. Dirección Técnica, Subcomisión de Prevención. Plan Nacional sobre el Sida.

Recursos web:

www.energycontrol.org

www.ailaket.com

<http://www.fsyc.org/>

<http://harmreduction.org>