

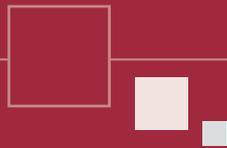
# observatorio

de drogodependencias de Castilla-La Mancha

número cinco

2009





EDITA:  
FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha

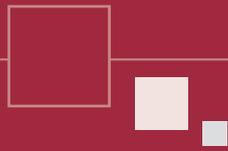
DIRECCIÓN TÉCNICA:  
Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria

DEPÓSITO LEGAL: M-42706-2009

DISEÑO - MAQUETACIÓN - IMPRESIÓN: **imp** | comunicación

# Índice

- 05**      **PRESENTACIÓN**
- 07**      **FACTORES A TENER EN CUENTA EN LA FABRICACIÓN DE COCAÍNA**  
■ María Elena Mateos Seoane
- 21**      **NARCOTRÁFICO EN LA RED**  
■ Pedro J. Borreguero Aguilar
- 35**      **JÓVENES Y COCAÍNA: DISCURSOS DESDE LOS CONSUMOS EN CASTILLA-LA MANCHA**  
■ Ignacio Megías Quirós
- 47**      **OFERTA Y DEMANDA DE COCAÍNA EN EUROPA Y ESPAÑA**  
■ Luís Royuela
- 71**      **LA COCAÍNA Y LAS DROGAS DE SÍNTESIS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**  
■ Alberto Gayo
- 79**      **EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA**  
■ José Sainero García
- 89**      **REDUCCIÓN DE RIESGOS EN LOS CONSUMOS DE COCAÍNA**  
■ Eduardo Hidalgo Downing
- 105**      **SECCIÓN-DATOS E INDICADORES SOBRE CONSUMO DE DROGAS**  
■ Análisis de la segunda encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en Castilla-La Mancha: Comparativa 2004-2008, evolución y tendencias
- 121**      **PUBLICACIONES DEL OBSERVATORIO DE DROGODEPENDENCIAS DE CASTILLA-LA MANCHA**



COCAÍNA



# Presentación

El creciente consumo de cocaína registrado en nuestro país durante los últimos años ha instalado a esta sustancia como la segunda droga ilegal en importancia, tanto en España como en Castilla-La Mancha. El análisis de todas las vertientes y aspectos de este problema es, por tanto, necesario para poder abordar una situación que implica a una parte de nuestra población y a la que debemos dar respuesta desde el ámbito educativo, sanitario y asistencial.

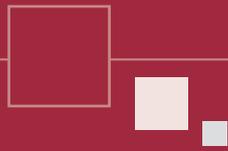
Bajo esta premisa el quinto número de la revista del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha quiere ser fiel reflejo de la voluntad de este organismo de llevar a los ciudadanos, y especialmente a aquellos colectivos y asociaciones implicados en la lucha y tratamiento de estas adicciones, la mejor y mayor información posible, a través de los distintos puntos de vista, opiniones y estudios elaborados por especialistas en la materia.

Los artículos que puede encontrar en este número proceden de las ponencias expuestas durante las V Jornadas del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha, celebradas el pasado mes noviembre, y que estuvieron dedicadas de manera monográfica a la cocaína.

A través de ellos podemos introducirnos en aspectos desconocidos del tráfico de esta sustancia, como el que se lleva a cabo a través de Internet, donde podemos comprobar como esta red universal de comunicación es utilizada también por el narcotráfico como canal de venta.

El tratamiento ofrecido por los medios de comunicación a la adicción a la cocaína es otro de los análisis que se hallan en este número del Observatorio, así como comprobar cuáles son los discursos que manejan los jóvenes de Castilla-La Mancha, para justificar su consumo.

En definitiva, tienen en sus manos un completo número en el que encontrarán artículos que, a buen seguro, les hará reflexionar y ampliar los conocimientos que poseen sobre esta sustancia y el mundo que la rodea.



COCAÍNA



# Factores a tener en cuenta en la fabricación de cocaína

*María Elena Mateos Seoane*

*Inspectora del Cuerpo Nacional de Policía. Jefe de Sección del Servicio de Precursores.*

*Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.*

*Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.*

La cocaína es la segunda droga ilegal más extendida en el mundo y en España, con una demanda creciente de consumo. España es el país de la UE y el tercero a nivel mundial donde se incauta la mayor cantidad de cocaína. Este hecho, tomado aisladamente, señala a España como la vía de entrada de la cocaína en Europa.

Incautaciones que se llevan a cabo, unas en el territorio nacional referidas al tráfico conocido como menudeo indica una tendencia a la baja en los índices de purzas. Las sustancias que se utilizan para disminuir la pureza de las dosis de cocaína, son las conocidas como sustancias de corte.

Normalmente los laboratorios que conocemos a nivel nacional suelen ser dedicados al corte, en los cuales encontramos multitud de sustancias químicas, además de la sustancia estupefaciente. La finalidad de este corte es aumentar un beneficio económico utilizando para ello sustancias cuya obtención suponen mucho menor precio que el principio activo objeto de consumo y de tráfico.

Antes de que la sustancias estupefaciente haya sufrido multitud de cortes, ha llegado a nuestras costa en estado puro:

- Por transporte marítimo. Ha sido tradicionalmente el más utilizado por su capacidad para acumular grandes cargamentos de cocaína atravesando el Atlántico, para luego ser redistribuidos en barcos de menor entidad en zonas próximas a la costa española, siendo éstos los que desembarcaban la sustancia de forma clandestina.
- Las rutas directas entre el Caribe y España están siendo complementadas, y en algunos casos sustituidas, por rutas indirectas con escala en África meridional y Marruecos. Las lanchas rápidas cada vez se adentran más en el océano, repostando en barcos en alta mar antes y después de la carga.
- El transporte de cocaína mediante contenedores es otro de los sistemas utilizados por las organizaciones de narcotráfico.
- En general, la introducción de cocaína a través del transporte aéreo comercial se realiza en todas las rutas directas entre América del Sur y Europa, aunque también se ha detectado el uso de escalas en países intermedios fuera o dentro de la UE.

- Se ha demostrado que las organizaciones han utilizado aviones privados para transportar cocaína y dinero procedente

de su venta, haciendo uso de aeródromos de segundo nivel, menos controlados que los grandes aeropuertos.

## Fabricación de cocaína

La sustancia que es transportada a nuestra península para posteriormente ser cortada y consumida, ha sido obtenida mediante un proceso de fabricación a partir de la planta de coca. En este proceso han intervenido múltiples sustancias sin las cuales se hace imposible la obtención de la cocaína. La planta de coca sin estas sustancias es sólo mate.

En la región andina existe una gran tradición del consumo de arbusto de cocaína. La coca desde los tiempos remotos fue planta mítica y sagrada usada desde hace muchos siglos. La medicina tradicional en algunas regiones recomienda su uso beneficioso por ejemplo para el síndrome de altura, para combatir el agotamiento físi-

co, dolores reumáticos. No vamos a entrar en la polémica de si se debe de legalizar o no la hoja de coca, lo que si vamos a afirmar es que la hoja de coca contienen muchos alcaloides, que no todos van a llevar a la producción de cocaína.

La cocaína es un alcaloide natural que se obtiene de la coca, planta del género *Erythroxylon*, por extracción de las hojas y un procedimiento de purificación. La coca que se emplea para la producción ilícita de la cocaína se cultiva principalmente en Bolivia y el Perú. Las hojas de la coca de América del Sur contienen entre el 0.5 y el 1.5% de alcaloide, entre los cuales la cocaína es el principal.



La producción del clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca se suele llevar a cabo en tres etapas:

- Extracción de la cocaína y demás alcaloides de las hojas de coca, lo que da la pasta de coca.
- Purificación de la pasta de coca en cocaína base.
- Conversión de la cocaína en clorhidrato de cocaína.

Cada una de estas etapas necesita productos químicos que poseen determina-

das propiedades y que son conocidos como **precursores de drogas**. El término precursores es un poco genérico, si bien debería diferenciarse por un lado, aquellas sustancias químicas necesarias para sintetizar estupefacientes o psicotrópicos y de las que **se incorpora** un principio activo a la molécula de la droga que se fabrica, y por otro lado, aquellas otras sustancias denominadas productos químicos esenciales que son necesarios para el proceso de síntesis o extracción pero que **no se incorporan** a la molécula de la droga, como son los disolventes, catalizadores, agentes oxidantes, reductores, ácidos y bases.

## PRECURSORES

Materia que sirve específica y esencialmente para la fabricación de un producto químico acabado (ESTUPEFACIENTE, SICOTRÓPICO).

Se incorpora a la molécula de droga (producto final) y entra en gran medida en la estructura molecular final.

Vamos a tratar alguna de esas sustancias utilizadas y su importancia en el proceso en la producción clandestina del clorhidrato de cocaína.

### PRIMER PASO: producción de pasta de coca

Las hojas secas de coca se humedecen con una solución alcalina para convertir la cocaína en una forma insoluble en agua. Para esta extracción inicial se han usado los carbonatos de sodio, potasio y calcio; el hidróxido de sodio (sosa cáustica), el óxido de calcio (cal viva) o el hidróxido de amonio (agua amoniacal).

Las hojas de coca humedecidas se maceran en algún otro solvente orgánico apropiado, el cual disuelve la cocaína y la extrae. (La gasolina se ha utilizado en vez del kerosén pero no resulta conveniente por su inflamabilidad y volatilidad)

El kerosén extrae otros alcaloides de la coca además de la cocaína. La solución de kerosén se mezcla con ácido sulfúrico para convertir los alcaloides en sulfatos (siendo ya solubles éstos en una solución acuosa la cual se retiene). En esta extracción se separan de la cocaína y los otros alcaloides, las ceras y grasas de las hojas de coca.



A la solución de ácido sulfúrico que contiene el sulfato de cocaína se añade agua amoniacal, lo que convierte el sulfato de cocaína en cocaína base, la cual es insoluble en agua. La cocaína y los otros alcaloides entonces se separan del líquido por filtración. El sólido resultante es la "pasta de coca".

### SEGUNDO PASO: producción de cocaína base

La pasta de coca se disuelve en ácido sulfúrico y se agrega un oxidante, que suele ser el permanganato de potasio, si bien pueden emplearse otros oxidantes cuya finalidad es oxidar productos no deseables para posteriormente filtrar.

El oxidante preferido, y el más empleado en los laboratorios clandestinos, es el permanganato de potasio, el cual además de oxidar debido al color violeta que da a la solución, sirve de indicador cuando se ha completado la reacción (oxidación de los alcaloides indeseables).

Las impurezas se filtran de la solución de ácido sulfúrico; entonces estas se alcalinizan con agua amoniacal o con otra de las sustancias alcalinas mencionadas previamente. Esta reacción convierte la sal de cocaína en cocaína, que es insoluble en agua y precipita. Se separa por filtración y la cocaína resultante se seca.

### TERCER PASO: producción de clorhidrato de cocaína

La sustancia que se emplea en la conversión de la cocaína en el clorhidrato de cocaína cristalino son disolventes, siendo los más corrientes el éter etílico, la acetona, la metiletiletona y el tolueno.

En este paso, la cocaína seca se disuelve en la cantidad mínima de un solvente orgánico (éter o la acetona) y se filtra para separar las impurezas. Al líquido se le añade una solución de ácido clorhídrico en un solvente orgánico soluble en agua como la acetona.

## Marco legislativo

Dada la importancia y necesidad del uso de todas estas sustancias para llegar al producto final, nos podríamos plantear solucionar la problemática de las drogas, "Prohibimos cualquier uso de estas sustancias y evitamos la fabricación de la sustancia final".

Hemos de tener en cuenta que estas sustancias precursoras se emplean de forma lícita en una amplia gama de procedimientos

industriales y farmacéuticos. La prohibición de su uso generaría grandes problemas para la fabricación de infinidad de medicamentos y otros productos de consumo habitual y lícito.

Solamente y teniendo en cuenta el uso **lícito** que se le puede dar a algunas de las sustancias empleadas en la fabricación de cocaína y otras drogas sintéticas:

C.A.S	PRECURSOS	USO LÍCITO
118-92-3	Ácido antranílico	Tintes, perfumería, farmacia, síntesis química
103-82-2	Ácido fenilacético	Perfumería, síntesis química
108-24-7	Anhídrido acético	Papel, aceites, grasas, resinas, tintes, espumas duras
118-09-4	Piperidina	Farmacia, resinas, catalizadores, vulcanizado del caucho
7722-64-7	Permanganato potásico	Blanqueantes (lejías), resinas, ceras, algodón, seda, gamuza, tinturas, fotografía, cuero, aguas, perfumería
C.A.S	PRECURSOS	USO LÍCITO
67-64-1	Acetona	Grasa, aceites, resina, gomas, plásticos, cementos, explosivos, fotografía, pinturas
7647-01-0	Ácido clorhídrico	Conservantes, alimentación, metales
7664-93-9	Ácido sulfúrico	Fertilizantes, explosivos, colorantes, papel, pegamento, metal, petróleo.
60-29-7	Éter etílico	Perfumería, aceites, grasas, papel, explosivos farmacéutico.
78-933	Metiletilcetona	Pinturas, resinas
108-88-3	Tolueno	Síntesis química, pinturas, lacas, tintas, elastón, perfumería, polímeros, gasolinas, explosivos.

Con el fin de poder llegar a un equilibrio y a la vez seguir las directrices de la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico ilícito de Estupefacientes del 1988, se han establecido unas medidas de control para el lícito comercio de estas sustancias. A tenor del artículo 12 de la Convención, se establece el control de aquellas personas físicas y jurídicas que realizan operaciones con estas sustancias.

Las sustancias recogidas en los anexos de la Convención, son sustancias que se utilizan no sólo para la fabricación de cocaína, sin también aquellas utilizadas para la fabricación de heroína y muchas de las sustancias conocidas como de síntesis.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, insta a los casi 170 gobiernos vinculados a la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 a aunar esfuerzos para combatir y continuar negando a los productores de drogas ilícitas el acceso a las sustancias químicas necesarias para la extracción, refinamiento o síntesis.

En el último año, 138 países enviaron a la JIFE información sobre la normatividad aplicada a las sustancias químicas y sobre los controles administrativos utilizados para evitar la desviación desde la industria lícita y el contrabando.

En el transcurso de los últimos diez años, la mayoría de los gobiernos por medio de Resoluciones de la Comisión de Estupefacientes, el Consejo Económico y Social y de la Asamblea General de las Naciones Unidas, han establecido parámetros y compromisos tendientes a endurecer los controles sobre las transacciones nacionales e

internacionales de las sustancias químicas listadas en los Cuadros I y II.

A nivel de la Unión Europea se ponen en práctica estas medidas de la Convención a través de los siguientes Reglamentos:

- **Reglamento (CE) n° 111/2005 del Consejo**, de 22 de diciembre de 2004, por el que se establecen normas para la vigilancia del comercio de precursores de drogas entre la Comunidad y terceros países. Este Reglamento establece las normas básicas que regulan la vigilancia del comercio exterior.
- **Reglamento (CE) n° 273/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo**, de 11 de febrero de 2004, sobre precursores de drogas.
- Este Reglamento establece las normas básicas que regulan la vigilancia del comercio intracomunitario. No sólo se aplica a la UE, sino también a los demás países miembros del Espacio Económico Europeo (Noruega, Liechtenstein e Islandia).
- **Reglamento (CE) n° 1277/2005 de la Comisión**, de 27 de julio de 2005, por el que se establecen normas de aplicación para el Reglamento (CE) n° 273/2004 y para el Reglamento (CE) n° 111/2005.

Se trata de un Reglamento de aplicación común de los Reglamentos sobre el comercio exterior e intracomunitario.

El objeto de esta normativa es un control administrativo de aquellas personas físicas y

jurídicas que realizan actividades con estas sustancias químicas catalogadas de tal manera que se asegure que aquellas personas que la van a utilizar disponen de los permisos necesarios, estando estos permisos regulados en función de la sustancia de la que se trate y de la actividad (extracomunitaria o intracomunitaria) que se vaya a realizar.

jurídicas que realizan actividades con estas sustancias químicas catalogadas de tal manera que se asegure que aquellas personas que la van a utilizar disponen de los permisos necesarios, estando estos permisos regulados en función de la sustancia de la que se trate y de la actividad (extracomunitaria o intracomunitaria) que se vaya a realizar.

### Categoría I

1-Fenil-2-Propanona (Fenilacetona)  
 3,4 Metilendioxfenil-2-Propanona  
 Safrol  
 Isosafrol  
 Piperonal  
 Ácido N Acetilntranílico  
 Efedrina  
 Pseudoefedrina  
 Norefedrina  
 Ergometrina  
 Ergotaminaácido Lisérgico

### Categoría II

Ácido Fenilacético  
 Ácido Antranílico  
 Anhídrido Acético  
 Permanganato Potásico  
 Piperidina

### Categoría III

Ácido Clorhídrico  
 Ácido Sulfúrico  
 Tolueno  
 Éter Etilico  
 Acetona  
 Metiletilcetona (Mek)

La **categoría 1** abarca las sustancias consideradas como clave para la fabricación de drogas como MDA, MDMA.

La **categoría 2** engloba las sustancias básicas para la producción de heroína, como es el anhídrido acético y otra fundamental en la producción de cocaína, el permanganato potásico. En esta categoría engloba otras conocidos como los pre-precursores.

La **categoría 3** incluye los productos químicos a granel que pueden destinarse a distintos usos en el proceso de fabricación (no sólo materias primas, sino también solventes, separadores de impurezas etc.).

Se excluye los **medicamentos**, según se definen en la Directiva 2001/83/CE, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre

medicamentos para uso humano, pero engloba, en cambio, todos los productos naturales y los preparados (o mezclas) que contengan, al menos, una de las sustancias catalogadas de los anexos antes señalados, siempre que puedan ser extraídas con medios de fácil aplicación o económicamente viables.

A nivel nacional se aplican directamente estos reglamentos si bien el régimen sancionador y las competencias quedan establecidas en la Ley 4/2009 de 15 de junio, de control de precursores y por el Real Decreto 865/1997 de 6 de junio.

En la normativa se establece la necesidad de un control a través de emisión de licencias y de inscripciones. Las autoridades competentes para emitir estos permisos a nivel nacional son por un lado el Ministerio

de Economía y Hacienda en lo referente al mercado extracomunitario, y el Ministerio del Interior en lo referente al mercado intracomunitario.

Pero un control no es efectivo si únicamente consiste en la emisión de permisos por parte de la autoridad competente. Es necesario además velar por el cumplimiento de la normativa vigentes.

Para ello se llevan a cabo la inspección de aquellos operadores (personas físicas y jurídicas) que realizan transacciones con las sustancias químicas catalogadas y se comprueba que la actividad que llevan a cabo cumple con los requisitos legalmente establecidos. Además de estas inspecciones, se lleva a cabo un seguimiento de

las transacciones que realizan con estas sustancias.

En el Ministerio del Interior, dentro de la Secretaría de Estado de Seguridad, se encuentra el Centro de Inteligencia Contra el Crimen Organizado. En este Centro se encuentra incardinado el Servicio de Precursores, que actualmente centraliza el Registro General de Operadores, además de la Unidad Central de Inspecciones.

Desde este Servicio se intenta dar un tratamiento multidisciplinar a la problemática existente con los precursores de drogas, de tal manera que además de un control administrativo se lleve a cabo una colaboración tanto con las autoridades nacionales e internacionales, como con la industria.

## Problemas

Los productos químicos utilizados indebidamente no suelen ser producidos por los delincuentes que se proponen emplearlos en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (o, incluso, de los propios precursores), ya que su producción requiere, con frecuencia, una infraestructura sustancial. De ahí que los delincuentes suelen obtenerlos, bien a través del contrabando, bien a través de su desvío del comercio legal.

El desvío del comercio legal adopta principalmente dos formas:

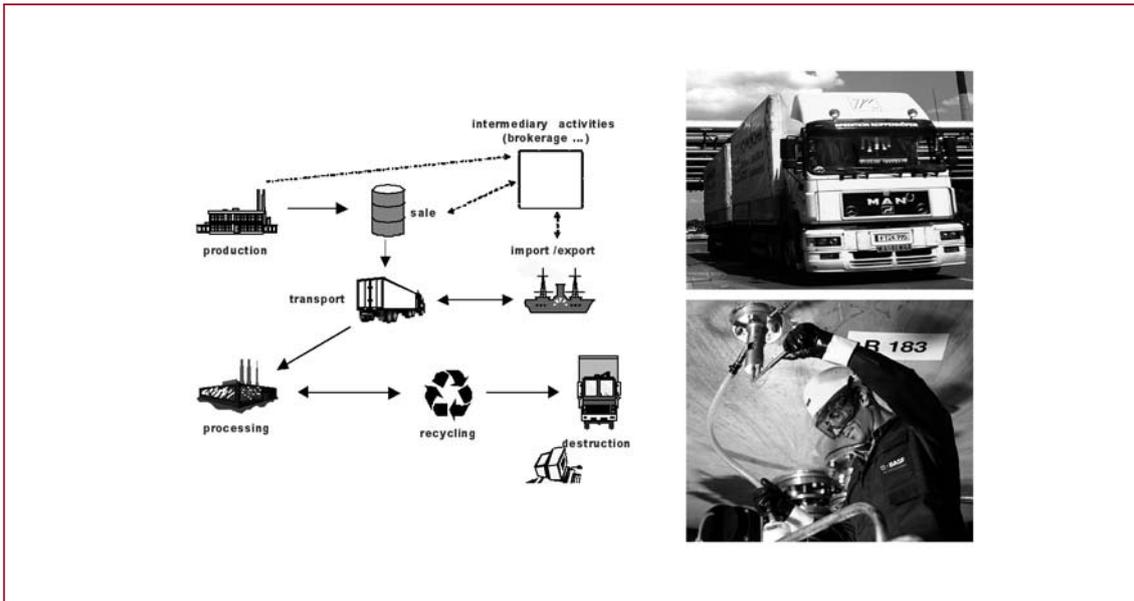
- Adquisición a fabricantes o distribuidores situados dentro o fuera del territorio aduanero de la Unión Europea.

- Robo en los locales o vehículos de los fabricantes, los distribuidores o los transportistas.

El desvío puede producirse en cualquiera de las fases de manipulación

Un panorama general de los diferentes patrones que pueden ser utilizados :

- Los delincuentes suelen tratar de ocultar su verdadera identidad usando indebidamente el nombre legítimo de empresas.
- Suelen emplear medios delictivos para procurarse los productos químicos.
- Ocultar la verdadera naturaleza de las sustancias



Ácido sulfúrico como melaza



Disolventes como licor

### Utilización de sustancias alternativas

Dado que la obtención de las sustancias fiscalizadas se hace complicado, los delinquentes buscan otros medios para fabricar los estupefacientes y sicotrópicos. Hacen uso de sustancias alternativas que si bien no suponen un excelente rendimiento en la reacción química, si les permite llevar a cabo la consecución del fin y su obtención en el mercado ha sido mucho mas fácil, evitando la barrera legislativa.

JIFE informa que además de las 23 sustancias listadas en los Cuadros I y II, 49 países y territorios han informado a la Junta sobre las medidas de fiscalización aplicadas a un total de 155 sustancias que no se encuentran incluidas en los Cuadros de la Convención. Entre estos países figura Colombia que además de las sustancias de los Cuadros, contempla precursores de sustancias químicas controladas, como es el caso de Dióxido de Manganeso y Manganato de Potasio y productos terminados como la Urea, combustibles y cemento gris.

A nivel nacional y siguiendo la línea de la Unión Europea, se ha optado por un medio menos lesivo para la empresa basado en la colaboración de la misma para notificar ventas sospechosas de cualquier sustancia no sometida a fiscalización y que pueda ser utilizada ilícitamente para la fabricación de drogas.

### Elaboración clandestina de esas sustancias

La implementación de las operaciones internacionales ha permitido verificar que los traficantes de sustancias químicas se adaptan rápidamente a los cambios ejecutados por las autoridades, mediante la

exploración de nuevos mecanismos que les permitan acceder a las sustancias fiscalizadas o a otras sustancias que sin ofrecer la misma eficiencia en los procesos de extracción, refinamiento o síntesis, dan resultados similares. Este caso se comprueba fácilmente con el desarrollo de la Operación Púrpura que estableció el control mundial de cualquier transacción superior a los 100 Kg de Permanganato de Potasio, hecho que ayudó a que escasease el producto para la fabricación ilícita. Como respuesta a esta situación, los traficantes comenzaron a fabricar el Permanganato de Potasio en laboratorios clandestinos, utilizando como precursores el Dióxido de Manganeso.



Fabricación de ácido sulfurico en la selva

## Multidisciplinar

Como se ha referido anteriormente a pesar de llevar a cabo la fiscalización a nivel nacional e internacional de determinadas sustancias químicas, estas acaban siendo desviadas. Además siempre van a existir sustancias alternativas que puedan ser utilizadas y es evidente que no podemos fiscalizar todas las sustancias porque siempre existirá otra alternativa.

Por todo ello habrá que buscar una vía que nos permita luchar contra el desvío de estas sustancias. La vía que está dando los mejores resultados es la colaboración con la industria. Se trata de aumentar la cooperación entre los operadores y las autoridades competentes de la fiscalización de las sustancias.

El objeto de esa cooperación, que se basa en un intercambio continuo de información, es facilitar la identificación de las transacciones sospechosas, incluidos los presuntos implicados.

Con vistas a lograr esta intensa cooperación, es necesaria sensibilizar a los operadores de los riesgos de desvío y los requisitos legales de vigilancia, en concreto mediante el asesoramiento sobre los posibles modelos de desvío (incluidos los usos ilícitos de los precursores).

La normativa europea vigente recoge la obligación de comunicar transacciones sospechosas, dándole la normativa nacional un listado de aquellas operaciones que deben de ser notificadas siempre que concurren una o más de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el suministro se haya de efectuar por transporte aéreo.
- b) Cuando el suministro solicitado se deba realizar de forma inmediata a cambio de un sobreprecio, que exceda en más de un diez por ciento el valor normal de la mercancía.
- c) Cuando el pago se realice en efectivo en la compra de grandes cantidades.
- d) En caso de adquisición de grandes cantidades, cuando el transporte de la mercancía se realice con el vehículo propio, o cuando en la entrega de las mismas esté físicamente presente el ordenante ante el suministrador.
- e) Cuando exista una petición de carga de las sustancias dentro de contenedores.
- f) Cuando exista petición de entrega o envío de una cantidad inusual.
- g) Cuando la orden de compra se efectúe por personas físicas o jurídicas que no puedan ser identificadas.
- h) Cuando la entrega se haya de efectuar a través de rutas de tránsito inusuales.
- i) Cuando el cliente desconozca el motivo o finalidad del negocio, o muestre reticencia o rechazo para darlo a conocer.
- j) Cuando el cliente muestre reticencia o rechazo para facilitar su identidad y/o su dirección.

- k) Cuando concurren otras circunstancias que se deriven de la operación o del adquirente distintas de las anteriores, que permitan sospechar fundadamente que las sustancias químicas catalogadas serán objeto de desvío a fines ilícitos.

Estas circunstancias muestran algunas de las modalidades que utilizan los delincuentes para la obtención de las sustancias, adaptándose a las exigencias y a las nuevas tecnología para la consecución de sus fines.

## Problema ecológico

El manejo, almacenamiento y eliminación sin riesgo de las sustancias químicas incautadas y residuos encontrados en laboratorios clandestinos de drogas, presentan problemas de especial naturaleza para las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley y las autoridades reguladoras.

Por lo general, las sustancias utilizadas en los laboratorios clandestinos en la producción de drogas ilícitas, se han desviado del comercio legítimo y pueden incautarse tanto en el transporte, almacenaje o en el laboratorio clandestino.

El lugar donde realmente se incautan estas sustancias, junto con sus características, cantidad y estado, serán factores determinantes con respecto al modo cómo se manejarán. Las leyes y normas nacionales sobre el control de drogas deben prever la recolección, procesamiento y eliminación rápida y eficiente, de modo que se lleven al mínimo o se eliminen los posibles problemas provenientes del manejo y almacenamiento a largo plazo, tales como la seguridad personal y pública y la posibilidad de su desvío y posterior reintroducción, para su uso en la fabricación ilícita de drogas.





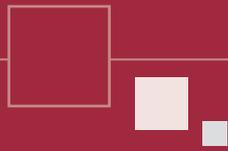
Los métodos de eliminación incluyen la neutralización "in situ" de las sustancias, la donación o venta a instituciones determinadas que los necesiten, de acuerdo a lo que las leyes y normas locales permitan, o su devolución a la cadena comercial de distribución "lícita".

La eliminación de grandes cantidades de drogas incautadas plantea preocupaciones con relación al medio ambiente, similares a la eliminación de las sustancias incautadas. Siempre que las drogas no se necesiten como prueba para un proceso judicial o si el proceso está terminado, se deberían aplicar unos métodos para llevar a cabo la destrucción tanto de las drogas como de los precursores químicos.

Debe observarse que la eliminación de estupefacientes y sicotrópicos incautadas mediante el reprocesamiento y la reutilización (reciclaje), está regida por las convenciones

internacionales en materia de drogas. Por lo tanto, si se considera la posibilidad de reprocesar las drogas ilícitas, es necesario seguir las normas establecidas en las convenciones. Cuando se eliminan drogas ilícitas, guiándose por la necesidad de que el proceso sea lo más ecológico posible, es preferible la opción de incineración.

El problema de la eliminación y los temas afines se han examinado en muchas reuniones de la Comisión de Naciones Unidas de Estupefacientes durante los últimos 15 años. En 1989 y 1990. Naciones Unidas ha llevado a cabo la elaboración de una guía para el manejo y la eliminación de este tipo de sustancias. La guía ofrece una recopilación de métodos disponibles para la eliminación de todos los químicos más importantes utilizados en la fabricación ilícita de cocaína, heroína, anfetamina, metanfetamina, sustancias de tipo éxtasis (por ejemplo, MDMA/MDA) y metacualona.



COCAÍNA



# Narcotráfico en la red

*Pedro J. Borreguero Aguilar*

*Capitán de la Guardia Civil. Unidad Técnica de Policía Judicial*

*Analista Criminal - Drogas*

En los últimos años, el efecto de la globalización ha pasado a formar parte, consciente o inconscientemente, de nuestras vidas. A esta circunstancia se ha sumado el uso creciente de las nuevas tecnologías, entre las que cabe destacar Internet, tanto por las grandes empresas multinacionales, como por usuarios particulares.

La difusión de noticias, relaciones interpersonales, juegos on line, transacciones económicas, compra y venta de prácticamente cualquier cosa que se nos ocurra, y un innumerable listado de acciones se producen a diario vía Internet.

Este hecho, que a nadie ha pasado desapercibido, ha sido aprovechado tanto, en sentido positivo, para facilitar y mejorar nuestro ámbito profesional, social, familiar y personal, como, en sentido contrario, para beneficiar la actividad ilegal de quien está involucrado en la misma y desarrollar el surgimiento de nuevas modalidades

delictivas, o impulsar las ya existentes. En este sentido cabe destacar la aparición de diferentes tipos de delitos basados (o apoyados) en el uso de Internet: phishing, skimming, el intercambio de archivos con contenido pedófilo, el uso de "keyloggers" o similares argucias para interceptar comunicaciones privadas, que, en muchos casos degenerarán en chantajes con finalidad económica o sexual hacia las personas que han sido víctimas de esta modalidad, y una amplia gama de actividades, todas ellas ilícitas, y con el componente común de desarrollarse en la red (en su totalidad o en parte del proceso). El delito cibernético podría definirse, de forma simplista, como el delito cometido mediante o contra medios de comunicación electrónica.

Pero hay otras actividades delictivas que se benefician de los nuevos medios de comunicación y tecnológicos, y entre estas no podía faltar una de las que mayores ingresos económicos produce, el tráfico de drogas.

## ¿Qué ventajas aporta el uso de Internet en el tráfico de drogas?

Si comparamos el tráfico de drogas con alguno de los delitos antes citados y considerados cibernéticos o telemáticos, encontra-

mos un pequeño matiz que lo distingue: El hecho diferenciador es que Internet se va a constituir como **un medio facilitador** del

delito y de las acciones relacionadas con el mismo. No se circunscribe a la esfera virtual, ni requiere de software específico, pero va a facilitar enormemente las comunicaciones entre vendedor y comprador, las que se puedan realizar entre miembros de las organizaciones, el blanqueo del dinero, el control de los envíos de sustancias, ... ofreciendo, aparentemente, una serie de ventajas a todos los agentes actuantes.

Entre estas ventajas podríamos destacar las siguientes:

### Anonimato:

El uso de Internet permite actuar bajo identidades supuestas, y usar tantas como queramos. Se pueden simular diferentes perfiles, aparentar distintas nacionalidades y ocultar o dificultar la localización geográfica.

### Confidencialidad:

No son precisos elevados conocimientos informáticos para la utilización de software destinado a la encriptación de las comunicaciones (PGP – Pretty Good Privacy es uno de los más usados en mensajería de correo electrónico). Igualmente, mediante el uso de claves convenidas, el requerimiento de passwords, y sencillas medidas de seguridad o contra-vigilancia, se pueden mantener conversaciones o realizar comunicaciones de carácter reservado.

### Agilidad:

Las comunicaciones por esta vía se pueden realizar en tiempo real, por medio escrito, oral (Skype es un buen medio para ello), o visual, mediante el uso de web-cams,

todo, adaptado a las necesidades de los comunicantes.

### Transnacionalidad:

La inexistencia de barreras va a permitir que nuestras relaciones abarquen cualquier punto del mundo. Se pueden establecer comunicaciones en las que los interlocutores, situados en cualquiera de los 5 continentes, intercambien información, una vez más, en tiempo real.

### Ampliación de mercado:

Causa directa de la transnacionalidad citada en el punto anterior es el hecho de poder ofrecer las sustancias objeto de tráfico a cualquier potencial cliente establecido en cualquier parte del mundo, del mismo modo que se podrán obtener equipos para dotar laboratorios clandestinos, productos precursores o sustancias de corte en puntos de venta situados a cientos de kilómetros del lugar donde serán utilizados.

### Dificultad de investigación:

El uso de algunas de las técnicas descritas en los puntos anteriores, que pueden ir desde aplicaciones relativamente simples a complejos sistemas de seguridad informática, van a suponer trabas para la investigación, obstáculos difíciles de vencer, que no imposibles, involucrando a un mayor número de especialistas y la demanda de medios adecuados.

### Vacíos legales:

Uno de los problemas más difíciles de resolver es la diferente normativa legal que afecta a muchos de los países involucrados en este tipo de investigaciones. Las



actuales legislaciones sobre fiscalización de sustancias, propiedad intelectual e interceptación de las comunicaciones, a modo de ejemplo, hacen particularmente engorrosa y compleja una investigación de cierta entidad, y, por otro lado, impide la adopción de medidas correctoras de esta problemática. Más bien al contrario, estos vacíos legales permiten, entre otras circunstancias, la aparición de nuevas sustancias que, mientras no son detectadas en el mercado ilícito, y establecidas normas reguladoras que afecten a las mismas, van a circular con cierta impunidad en la red.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en su informe anual de 2008, expone lo siguiente, en relación con las drogas de síntesis y sus precursores: "Las zonas de libre comercio regional, entre ellas las del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión Europea, han tenido, además

*de muchas ventajas, la consecuencia involuntaria de hacer más difícil a los gobiernos la tarea de vigilar la circulación de productos químicos que se utilizan en una amplia variedad de actividades industriales legítimas, aunque también en la fabricación ilícita de drogas. Los avances de la tecnología, que permiten efectuar pequeños cambios en la estructura molecular de las sustancias, conjuntamente con el hecho de que casi todas las sustancias puras ahora se pueden recuperar fácilmente, han hecho menos clara la distinción entre fabricación lícita e ilícita y han redundado en la rápida expansión de la síntesis clandestina de drogas "de diseño". Actualmente los delincuentes formulan y fabrican sustancias sicotrópicas con el propósito expreso de soslayar las restricciones impuestas por los reglamentos de fiscalización internacional de drogas y posteriormente distribuyen las sustancias en mercados paralelos que escapan al régimen de fiscalización, lo que plantea problemas especiales para la aplicación de los tratados".*

## ¿ En que medida se ve afectado el tráfico de drogas y su investigación por el uso de Internet ?

Desplazando el foco de atención no hacia las grandes redes del narcotráfico mundial sino hacia los pequeños traficantes y a sus posibles clientes, es decir, observando de una forma más cercana y localizada este fenómeno, nos encontramos con que ya no es necesario acudir a ningún punto de venta callejero para contactar con el "camello" de la zona. Ahora, desde casa y conectado a Internet, se van a poder establecer nuevas relaciones que van a producir el mismo efecto ..... eso sí, siempre que el consumidor no sea víctima de alguna de las múltiples estafas que se cometen en relación con estos hechos.

Por otro lado, los procesos que van desde el cultivo hasta la venta del producto terminado y oportunamente adulterado ("cortado"), al menudeo, en las calles de nuestras ciudades con destino al consumidor final, pasando por los relativos a la elaboración, distribución, blanqueo de dinero, etc. se

ven afectados, en mayor o menor medida, por el uso y el fácil acceso a las comunicaciones vía Internet.

Así, por ejemplo, junto a la variedad de especialistas en los que se apoya una red de narcotraficantes (economistas, químicos, abogados, pilotos, ....), ahora es frecuente encontrar a expertos informáticos que, entre otras funciones, tendrán la de dar cobertura a este tipo de comunicaciones, teniendo en cuenta, que, al mismo tiempo, no se requieren conocimientos elevados de informática para el uso, por ejemplo, de programas encriptadores de las conversaciones, uso de proxys, o recursos muy fácilmente accesibles de navegación anónima o envío de correos anónimos.

Del mismo modo, para combatir este tipo de delincuencia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad han debido dotarse de los correspondientes especialistas, y material adecua-



do, capaz de superar este nuevo obstáculo que se le presenta a los investigadores.

Ante esta perspectiva global del fenómeno del narcotráfico y del uso de las capacidades que ofrece Internet, nos encontramos con que esta conexión aparece tanto para el desarrollo de grandes envíos de sustancias estupefacientes, dirigidos por importantes redes internacionales, como para el de cantidades que podríamos considerar como medias o para las conocidas como de "menudeo".

Entre las primeras, a modo de ejemplo, en la Operación desarrollada por la Guardia Civil, denominada "Tarima" llevada a cabo en diferentes provincias españolas, se intervinieron unos 250 kgrs. de cocaína, entre otros efectos, y se produjo la detención de 12 integrantes de la red, de diferentes nacionalidades. Esta organización había creado una empresa ficticia de importación de muebles, que se publicitaba por Internet, y que, de este modo, contactó con un cliente quien, a través de correos electrónicos, se comunicaba con la organización (sin saber realmente con quién y dónde se estaba comunicando) y adquiriría madera para su actividad comercial. Tras estas importaciones de madera, que se realizaban de una forma aparentemente legal, se introducían partidas de tableros o muebles de escritorio que contenían oculta la cocaína y que la organización retiraba de la

circulación antes de hacer llegar los válidos al empresario que los había solicitado. Un ejemplo claro de cómo, sin necesidad de elementos informáticos complejos o de poseer conocimientos amplios en esta materia, Internet facilita la actividad delictiva de una red de narcotraficantes a gran escala.

Otra de las modalidades de tráfico que más se beneficia de este tipo de comunicaciones es la que se realiza mediante el uso de paquetería postal. Las cantidades que se mueven a través de estos envíos no son tan importantes, pero hay que tener en cuenta que muchos envíos de pocas cantidades terminan constituyendo un trasvase de grandes dimensiones.

Tanto los remitentes como los receptores finales de los envíos observan importantes medidas de seguridad tendentes a preservar su identidad en caso de ser localizado el paquete postal (es frecuente el uso de intermediarios que, por alguna cantidad de dinero previamente convenida, serán los encargados de retirar los paquetes enviados, y que, en muchos casos desconocen la identidad real del receptor final) y, al mismo tiempo, Internet les va a permitir hacer un seguimiento en tiempo real de la situación del mismo, por lo que, ante cualquier anomalía imprevista, nadie se pensará para su recogida.

## El "menudeo" en Internet

Si nos referimos ahora a la posibilidad de obtener pequeñas cantidades de cualquier sustancia que nos interese, nos resultará fácil encontrar miles de anuncios de venta de drogas en la red. Este fenómeno es

fácilmente observable. Por ejemplo, si introducimos "vendo cocaína" en el recurrente Google, aparecerán más de 480.000 resultados, de los que más de 64.000 corresponden a páginas españolas.



Si se hacen búsquedas más “profesionales”, introduciendo términos del argot típico de este tipo de sustancias, tales como “farlopa”, “perico”, “costo”, “rulas”, etc. los resultados siguen siendo los de miles de páginas que nos van a permitir contactar con supuestos vendedores de drogas, con los que nos podremos comunicar mediante e-mails o entrando en diferentes foros o chats.

En muchos de estos casos, no se trata más que de simples estafas. Se ofrecen sustancias con un grado de pureza que ni siquiera se posee en los puntos de producción (cocaína con un 95% de pureza, es un claro ejemplo de esto), o el producto que recibe el comprador difiere ampliamente de lo ofertado, y ya abonado.

Observando los diferentes foros que tratan estos temas es frecuente encontrar mensajes en los que se alerta de estos hechos, intentando identificar a los supuestos estafadores, de los cuales, en el mejor de los casos, solo se posee una dirección de

correo electrónico, que, casi con toda seguridad, ya esté en desuso.

Otro de los puntos de encuentro entre traficantes y consumidores es el de los chats, blogs, redes sociales, algo realmente fácil de hacer, ya que muchas de estas salas muestran abiertamente la temática sobre la que tratan y no es complicado acceder a ellas en la mayoría de los casos.

En los chats es frecuente el uso de “nicks” que podemos denominar como pasivos. Un individuo que entre en una sala bajo el pseudónimo de “fumeta”, “papelinas”, “jaco”, o cualquier otro de índole similar, va a identificar, probablemente, a un consumidor o a un vendedor de droga, y, también probablemente, el usuario de estos nicks terminará contactando en estas salas con otros individuos que tendrán similares intereses.

De igual modo, las relaciones a través de estos medios permiten cierta seguridad. Se crean salas o lugares de encuentro, que

no son detectados por los buscadores convencionales y que, en muchos casos, van a necesitar de ciertos passwords para acceder a los mismos, o que, una vez en ellos,

deberán estar sujetos a ciertos códigos conocidos por los miembros del grupo, lo que hará evidenciar a quien esté allí sin haber sido "invitado".

## ...pero hay más!

Hasta ahora se ha hablado de la posibilidad de traficar con droga, es decir, vender y comprar, y la medida en que las conexiones on line han facilitado estas relaciones, pero en la red hay mucho más, y va a afectar a las diferentes facetas de este tráfico que van más allá de la mera relación entre comprador y vendedor.

Hagamos un recorrido por alguna de estas fases, ampliamente beneficiada por las ventajas que ofrece Internet.

### La producción y elaboración de drogas

Citaré algunos ejemplos clarificadores de qué se puede obtener sin mover un pie de casa.

A través del uso de las farmacias on line, muchas de ellas consideradas "engañosas" o, directamente, ilegales, se están adquiriendo miles de productos, la mayoría de ellos obviándose la obligación de contar la preceptiva receta para su obtención, con la finalidad, entre otras, de aislar sus principios activos que serán utilizados posteriormente para la confección de drogas de síntesis. Un dato revelador: 34 farmacias ilegales, on line, habrían dispensado en 2006, unos 98 millones de unidades de dosificación de productos de hidrocodona. De 187 establecimientos web analizados en 2007, el 84% vendía

medicamentos que contenían sustancias fiscalizadas sin exigir al supuesto paciente una receta médica válida.

Igualmente, nos encontraríamos cifras desproporcionadas de ventas on line de productos que contienen pseudoefedrina, precursor para la producción de sustancias como la meta-anfetamina, y altamente demandado por los laboratorios donde esta droga sintética es producida.

Del mismo modo, algunas de las plantaciones caseras de cannabis sátiva, tienen como componente común el hecho de haber adquirido todo el material necesario para su establecimiento en compras efectuadas por Internet.

Los manuales que explican dónde adquirir las semillas y fertilizantes adecuados, cruces entre diferentes plantas, humedad y temperaturas necesarias y como conseguir las, y un largo etcétera de instrucciones para la obtención de productos derivados de estas plantaciones, también, y una vez más, se encuentran disponibles libremente entre la información que generosamente circula por la red.

Como ejemplos de estos manuales, obtenibles por Internet, naturalmente, ahora ya superados por otras publicaciones, se pueden citar los libros del matrimonio Shulguin



("Phikal, a Chemical love story" y "Thikal, the continuation" – Phikal es el acrónimo de *Phenethylamines I Have Known And Love*, y Thikal es el relativo a las Tritaminas). En ellos se presenta un compendio de diversos psicoactivos y se detallan métodos de síntesis, dosis, duración de los efectos y comentarios acerca de diferentes materiales químicos para sintetizarlos, así como diversas experiencias terapéuticas derivadas de su utilización; y por último, ofrecen una defensa razonada y apasionada en favor de su despenalización, todo ello basado en las propias experiencias de sus autores y de grupos reducidos de trabajo.

### Informaciones "prácticas"

Al hilo de los comentarios anteriores, abundan páginas, foros, sitios en Internet donde acudir para obtener información sobre qué drogas consumir, qué efectos producen, qué formas de consumo son las más adecuadas, valoración de riesgos, y un largo etcétera de cuestiones relacionadas con el consumo.

Sin ánimo de entrar en debate sobre sí estas informaciones son positivas y/o nece-

sarias, ni sobre si las diferentes organizaciones (o páginas privadas) están tratando estos asuntos de forma adecuada, el hecho real es que cualquier usuario de la red puede acceder a multitud de información en abierto, en la que se podrá apoyar, o donde podrá profundizar en diferentes aspectos que, a la postre, podrían favorecer una tendencia, bien al consumo, bien al rechazo a éste.

Las acciones tendentes a la reducción de la demanda, altamente criticadas, por ineficaces, desde los estamentos oficiales de países productores de drogas, y los diferentes programas de prevención de la drogadicción, van a colisionar frontalmente con este exceso de información, en muchos casos, proclive a la legalización y al uso habitual de las diferentes sustancias objeto de tráfico ilegal. Siendo minimalistas en este concepto, se sustituye el "No a las drogas" por "Si te vas a drogar, hazlo bien".

A nuestros jóvenes se les expone, en su propio lenguaje, y muchas veces por los propios jóvenes, las "bondades" del consumo de drogas, y la reducción de riesgos

en función de una correcta dosificación, de un adecuado suministro, de la evitación de prácticas inadecuadas ..... Leyendo algunos artículos y las opiniones de personas o instituciones "cualificadas", da la sensación de que siguiendo los consejos que se ofrecen, podremos consumir drogas sin riesgo a caer en adicciones, sin ser víctimas de intoxicaciones o sobredosis, o reducir los daños físicos que pudieran producirse.

Como muestra de lo que se expone, véase la siguiente propuesta extraída de la página web de una organización no gubernamental:

*"Si vas a consumir y no conoces el "corte" (no sabes qué otras sustancias puede haber), pruébala primero con la lengua para evitar situaciones de riesgo. Como la cocaína es un anestésico local, cuanto mas pura sea la misma mas rápido sentirás su efecto anestésico en la punta de la lengua. Eso te ayudará a regular la dosis de acuerdo a tu experiencia pasada".*

No es que sea un sistema muy "técnico" el que se propone, pero, seguramente, el hecho de encontrarnos ante este tipo de sugerencias, abre un debate entre los que consideren que es conveniente que esta información se ofrezca sin restricciones, y los que, por el contrario, ven en ella una forma de alentar, favorecer, o, simplemente, no combatir, el consumo de drogas. En cualquier caso, este tipo de informaciones están, y, de hecho, se consultan, y se admiten como válidas.

### ¿Dónde consumir drogas?

El consumo de drogas, y en particular el de las drogas de síntesis, está ligado a la cultura del ocio. Zonas costeras, fiestas

interminables y tipos concretos de música, unido a ciertas parafernalias en su administración, conforman el ambiente deseado por los consumidores de estas sustancias.

En el entorno de los grandes conciertos musicales y discotecas donde la base musical es la electrónica confluyen pequeños traficantes y clientes de los mismos y son, por tanto, puntos de interés policial, por lo que, una forma de burlar esta vigilancia es la convocatoria de fiestas "raves".

Las raves son fiestas delirantes, ilegales, con duraciones habitualmente superiores a 24 horas, y que se suelen realizar en viejas fábricas, masías abandonadas, al aire libre, etc.. Las convocatorias a estas fiestas se realizan, también de forma habitual, y como no podía ser de otra forma, por Internet, procurando controlar la difusión de las mismas para no alertar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que, en algunas ocasiones sólo podrán intervenir una vez que la rave ya está en pleno funcionamiento, bien por observación directa, bien por denuncias presentadas por terceras personas.



## Métodos de ocultación

Otro de los escalones en el tráfico de drogas es el relacionado con el transporte y ocultación de éstas.

Una vez más, en la red tenemos la opción de obtener información sobre como realizar dobles fondos en vehículos, en equipajes, en diferentes utensilios..., como adosarse o ingerir drogas para burlar las inspecciones a las que puedan ser sometidos los "correos humanos", como ocultar las sustancias ingeridas en los eventuales controles policiales, y una amplia lista de actividades tendentes a estos fines.

Existen páginas que publicitan, y ofertan, una gran cantidad de soportes con doble fondo habilitado, bajo la apariencia de estar destinados al ocultamiento de joyas, dinero, o cualquier tipo de documentos u objetos que interese proteger de terceras personas, todo ello como medida de seguridad. No obstante, no es casualidad que muchos enlaces a estas páginas estén disponibles desde foros, o sitios de la red, donde el contenido que se trata tiene relación directa con el mundo de las drogas.

A través de videos explicativos, del tipo "hágalo usted mismo", y a los que nos será muy fácil acceder, podremos confeccionarnos estos soportes de forma sencilla y económica.

En las diversas operaciones policiales que se realizan por los diferentes Cuerpos, y aún más, en controles portuarios y aeroportuarios, no son hechos aislados el encontrar estos soportes, confeccionados tanto industrial como artesanalmente, ideales para pequeñas cantidades de droga, pero también, susceptibles de ocultar cantidades que pueden superar los 10 kgrs. de alguna sustancia.



## "Smart drugs" Drogas inteligentes

Bajo esta denominación se agrupa una amplísima variedad de sustancias psicoactivas, muchas veces de difícil encaje legal, y otras, directamente prohibidas. La finalidad de estas sustancias era imitar los efectos de otros psicoactivos prohibidos como los derivados anfetamínicos, o de otras drogas como la cocaína o el hachís.

Los problemas derivados de la cobertura legal de esta venta se soslayan mediante el uso de sustancias no sometidas a control alguno, si bien, es frecuente encontrar etiquetados que difieren ampliamente del contenido real de lo que se está vendiendo. No es inusual hallar efedrina, entre otras sustancias fiscalizadas, que esto no aparezca consignado entre los componentes del

producto en cuestión, y que, en su lugar se afirme que posee, por ejemplo, cafeína, así como datos falsos sobre los porcentajes de cada uno de sus componentes.

Muchas de las páginas donde se ofertan estos productos, "smart shops", están localizadas, física y virtualmente, en los Países Bajos, y son, probablemente, unas de las más beneficiadas por el desarrollo de Internet, realizando ventas a prácticamente cualquier parte del mundo.

Son páginas, en bastantes casos, con una innegable buena presentación, de navegación muy intuitiva, con los contenidos bien estructurados y en varios idiomas. Suelen contener información relativa a los diferentes productos, los efectos que se les suponen y su aparente composición, su situación legal en los diferentes países, formas de envío, etc..

Estas sustancias tienen diferentes presentaciones, y su producción va desde los de origen sintético a los procedentes de hierbas. Uno de estos productos más conocidos es el "herbal ecstasy" hecho a base ma-huang, cuyo principio activo es la efedrina.

Otras sustancias habituales en estas denominadas drogas inteligentes son diversos fármacos como el piracepam o el centrophoxine, y nutrientes como aminoácidos, vitaminas y bebidas energéticas sin propiedades psicoactivas notables.

En estas mismas tiendas virtuales encontraremos los conocidos como "hongos mágicos", y consejos prácticos sobre su cultivo y consumo, así como los diferentes accesorios que se necesitan para ello. Se



ofertan desde sus esporas hasta plantas ya adultas.

La oferta es tan amplia que se incluyen desde librerías relacionadas hasta consejos sobre nutrición, camisetas y "gadgets" al uso, músicas ambientales, por citar algunos ejemplos.

Una de las últimas "modas" (aunque ya lleva algún tiempo circulando en la red), y a título de curiosidad, ya que no se infringe precepto legal alguno, es la de usar software, que, mediante diferentes archivos de audio, simples mp3 que usan ondas binaurales, de unos 30 minutos de duración, asegura que se conseguirán las sensaciones y efectos de las diferentes drogas que simulan (Hay tantos archivos como drogas). Las opiniones al respecto son para todos los gustos, pero, al margen de que sea efectivo o no, lo que rodea al intercambio de estos programas, la publicidad colateral, es una apología del consumo efectivo de drogas.

## Reflexiones finales:

A modo de conclusión, el frente abierto por Internet es un reto más que novedoso, en plena expansión.

En este artículo se ha efectuado un recorrido por diferentes aspectos del tráfico de drogas, pero, fenómenos como el tráfico de medicamentos (ilegales, falsificados, desviados del tráfico lícito), y el de sustancias como anabolizantes, esteroides y hormonas, muchos de ellos sin un control de calidad mínimo (No siempre contienen el principio activo que ofertan, y en caso de poseerlo, las dosificaciones oscilan entre unos comprimidos y otros, del mismo modo que no se conoce qué otras sustancias acompañan a estos principios activos y en que cantidades, que si bien no son consideradas como drogas o estupefacientes, son altamente nocivas para la salud, y, en muchos casos, las organizaciones que controlan este comercio, y los sistemas de trabajo de estas, similares a los del narcotráfico, se han visto particularmente favorecidos por las comunicaciones on line.

En los últimos años se ha detectado un aumento de problemas clínicos relacionados con jóvenes que han consumido drogas de síntesis y medicamentos destinados a corregir la disfunción eréctil (producida, precisamente, por el consumo de drogas). Estos medicamentos son obtenidos, en porcentajes altísimos, vía Internet y no son más que meras falsificaciones procedentes del continente asiático.

Las diferentes Administraciones e Instituciones, nacionales e internacionales, llevan tiempo alertadas sobre toda esta problemática, y se estudian las posibles soluciones, pero de momento parece que estas no llegan, al menos no de forma plenamente eficaz, quedando mucho por hacer, sobre todo en lo relativo a los "paraísos cibernéticos" y en la armonización de legislaciones internacionales.

Los Cuerpos Policiales han incrementado el número de especialistas, y se dotan de





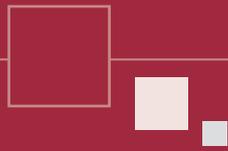
equipos cada vez más sofisticados para combatir este fenómeno.

No hay que olvidar el hecho, importante, de que si bien los intercambios de información y muchas de las actividades del tráfico de drogas se pueden realizar en la red, la droga y el dinero son elementos reales que se hacen tangibles en momentos concretos de estas operaciones, lo que les hace vulnerables.

Internet es un medio facilitador del delito, como quedó dicho al principio, pero también lo es para el investigador. Las investigaciones en la red vienen a ser un complemento a las diferentes actuaciones y operativos que se desarrollan en ámbito policial. La navegación cibernética no siempre es tan anónima como se pretende, y lo que en un momento puede parecer un refugio inexpugnable que favorece al delincuente, en otro se puede convertir en un elemento probatorio que se le vuelva en contra de forma irrefutable.

La lucha contra este fenómeno también implica a las familias. La prevención cobra un protagonismo especial en todo lo referente al tema que aquí se ha tratado, al mismo tiempo que se muestra como uno de los objetivos más complejos de lograr. Los filtros paternos no siempre son efectivos y se hace preciso conocerlos para elegir el más adecuado y utilizarlo de la forma más conveniente. La accesibilidad total a la diferente información que circula por la red requiere una formación en el uso de estas nuevas tecnologías, debiendo aprender a reconocer, y por tanto desechar, aquellas páginas o aquellos contenidos que favorecen el consumo de drogas o sustancias nocivas para la salud.

**En las páginas web de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad existen direcciones electrónicas donde denunciar las conductas delictivas que sean observadas por la red.**



COCAÍNA



# Jóvenes y cocaína: discursos desde los consumos en Castilla-La Mancha

*Ignacio Megías Quirós*

*Licenciado en Ciencias Económicas. Especialista en Sociología del Consumo. Miembro de Sociológica 3. Madrid.*

## Presentación

El presente artículo tiene como origen la publicación *Las drogas ilegales entre los jóvenes de Castilla-La Mancha: discursos desde los consumos de cannabis y cocaína*, publicada en 2008 a partir de la iniciativa del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha y de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). La misma recoge los resultados de una investigación cualitativa realizada a partir de siete grupos de discusión y dos entrevistas semiestructuradas, en las cuales se tuvieron en cuenta las variables edad (de 15 a 24 años, divididos en tres tramos etarios), sexo (cinco grupos mixtos y dos divididos por géneros, y una entrevista de cada sexo), localidad (Toledo, Talavera de

la Reina, Ciudad Real, Albacete y Cuenca) y, por supuesto, consumo de sustancias ilegales (reconocimiento explícito por parte de los asistentes de un consumo más o menos habitual). Por tanto, a continuación se desgranarán los principales análisis contenidos en tal investigación, pero centrándonos en los discursos desde los consumos de cocaína, y dejando los discursos diferenciales desde los consumos de cannabis para otra ocasión.

Conviene destacar que, pese a ser una investigación centrada en el territorio castellano-manchego, nada indica que el análisis que aquí se desarrolla contenga elementos diferenciales respecto a otras zonas de España.

## Tengamos la fiesta en paz

Lo primero que podemos observar respecto a la visión de las drogas desde los consumos de cocaína es que se posicionan a partir de un planteamiento endógeno sobre un cambio de paradigma en relación a esos consumos: "nos ha tocado" vivir una época en la que no sólo resulta imposible no tener contacto con las drogas (porque están pre-

sentes en los lugares que frecuentamos, porque es fácil conseguirlas), sino que prácticamente resulta inevitable consumirlas (porque encajan con los modelos de ocio que más divertidos resultan, porque encajan con el sistema de valores consumistas y hedonistas que priman en el conjunto de la sociedad). Desde lo que consideran como una "inevi-



table" asociación noche-fiesta-consumo de drogas, los jóvenes consumidores de cocaína tienden a generalizar y a ofrecer una visión, desde dentro de los consumos, que no deja de ser distorsionada: "todo el mundo" consume, se cansan de decir. Evidentemente, pues así los datos lo indican, la visión está muy lejana de ser verdad, por mucho que estacionalmente puedan crecer tales consumos.

Al hilo de este planteamiento endógeno, los propios consumidores de cocaína reconocen que determinados consumos (por sustancias, por frecuencia de consumo) tienden a provocar ambientes igualmente endogámicos y cerrados, en el sentido de que se pueden llegar a crear redes sociales y de amistad en base al consumo o no de cocaína (y la manera en que se realiza). Tal argumento tiene una traducción clara en una idea transversal que recorre los discursos sobre las drogas: la legitimidad para hablar, argumentar, casi dogmatizar, sobre drogas la tendrán quienes verdaderamente consuman, pues "para opinar hay que probar", y sólo si consumes estás en disposición de saber de lo que hablas. Lo interesante de tal idea es que tiende a ser aceptada tanto por consumidores como por no consumidores ("no es lo mismo hablar desde la teoría"), motivo por el cual se crea una situación de equilibrio o *status quo* por la que buena parte de los debates parecen perder sentido.

Como parte de la "fiesta", se recurre de nuevo al ya clásico argumento (aunque responda a un modelo de consumo surgido a partir de los años noventa) de consumo normalizado en base a la disociación entre los espacios de "responsabilidad" y

los de "no responsabilidad". Es decir, que mientras se atiende a las responsabilidades (estudios, trabajo), el resto del tiempo parece quedar en una suerte de limbo en el que tal responsabilidad se diluye, al tiempo que los riesgos parecen difuminarse en base a la difusa percepción del largo plazo, mientras el corto plazo no parece preocupar. Tal disociación entre espacios de responsabilidad tiende a asociarse, casi en exclusiva, con la diferenciación entre la semana lectiva/laboral y el fin de semana, como espacios simbólicos más que temporales.

La exigencia de normalización de la visión y la relación con las drogas que se realiza desde los consumos de cocaína parte de la necesidad de aprender a convivir con las drogas. En dos sentidos: desde la teoría, naturalizando la información al respecto (no ocultando la realidad de los consumos ni los efectos de los mismos, sin obviar los positivos: es imposible ocultar el lado bueno, por lo que no funciona el "no"); desde la práctica, procurando que tal información permita que quien quiera consumir pueda hacerlo minimizando al máximo los posibles riesgos. Es decir, que partiendo de la base (siempre desde los argumentos de quienes consumen cocaína habitualmente) de que van a consumir *sí o sí*, lo que demandan es contar con las armas suficientes para "tener la fiesta en paz", en el sentido de que sus consumos no les impidan divertirse y disfrutar al máximo en base a determinadas consecuencias negativas: saber cuándo una sustancia es "buena" o mala, saber cuándo parar (para poder seguir consumiendo al día siguiente, o al fin de semana siguiente), saber cómo alargar la noche sin riesgos.

## La noche sin fin: modo de empleo

Los consumidores de cocaína plantean dos escenarios distintos a la hora de contextualizar sus consumos, que además implican dos formas distintas de enfrentarse a una misma sustancia, e incluso dibujan la frontera a partir de la cual se diferencian unos y otros consumidores de esa misma sustancia.

Por un lado está el consumo que se asume más habitual y "normal", directamente relacionado e inmerso en la noche de "fiesta", y cuyo objetivo básico parece ser "aguantar" el mayor número de horas posibles para así poder prolongar la diversión (o la expectativa de diversión) y alimentar la fantasía de una noche sin fin. Consumo directamente inmerso en el simbolismo de la noche como espacio joven y de diversión, que sitúa a la cocaína como auténtico icono de la fiesta, y que obvia los elementos que tienen que ver con el componente más social y relacional de la sustancia. Evidentemente, aunque los argumentos rechacen (con la boca pequeña) el papel integrador o no integrador del consumo de cocaína (te sitúa en un espacio muy concreto respecto al grupo de pares), lo cierto es que la misma asunción de que ese mismo consumo tiende a crear espacios endogámicos supone un reconocimiento implícito de tal extremo. En cualquier caso, el argumento (perfectamente compatible, por otro lado) es que se consume simplemente para "aguantar" más. Y resulta significativo comprobar como esa misma visión del consumo de cocaína responde a la imagen que proyectan de la sustancia quienes no la consumen.

Por otro lado, existe un consumo de otras características, que tiene como contexto las casas particulares u otro tipo de lugares privados, que encuentra sentido en el propio acto de consumir (sin que el objetivo sea después salir de fiesta) y que los consumidores denominan "de encerrona". Los consumos de este tipo no son excluyentes, en el sentido de que también pueden alternarse con consumos de "fiesta", pero encarnan una manera distinta de entender el consumo de cocaína. Generalmente son propios de consumidores muy habituales, que representan la minoría de los consumidores de cocaína y, en cualquier caso, la minoría discursiva. Postura minoritaria que desarrolla un planteamiento del consumo bastante cercano al planteamiento que justifica el consumo de alcohol y cannabis para sus consumidores: consumo porque me gusta la sustancia, porque me gusta el efecto que me provoca, la sensación que me crea tanto personal como grupal, porque lo disfruto, al tiempo que rechazo el uso exclusivamente energizante de la sustancia (en el caso de la cocaína), que desvirtúa las "bondades" de la misma. Postura, por tanto, que sitúa a quienes la abanderan en un plano claramente diferencial (el de los auténticos "paladeadores" de la sustancia, como también ocurre con el alcohol y el cannabis), no ya del conjunto de la población, sino de los propios consumidores de esa sustancia. Mientras tanto, para la mayoría, incluso la mayoría de los consumidores de cocaína, tal escenario de consumo supone "cebarse" (frente a la "justificación" que supone la fiesta), y acercarse más a los riesgos de la sustancia.

En cualquier caso, ambos escenarios coinciden de pleno en la misma coartada justificatoria de los consumos propios frente a los considerados problemáticos: la ya mencionada diferenciación entre los consumos de fin de semana y los del resto de la semana. Y tal planteamiento desproblematizador actúa a partir de situarse ante el espejo del estereotipo, en el que nadie se verá reconocido: el perfil del consumidor problemático será el de alguien que consuma a diario, más cantidad de sustancias, arrastrando enormes deudas económicas por su consumo. Frente a tal estereotipo, el modelo de consumo "lúdico" que se acepta se despoja de toda apariencia de riesgo: puedo salir sin con-

sumir cocaína... aunque no lo haga ("no sabemos salir sin drogas", se llega a escuchar en algún grupo). Y es que ese mismo planteamiento va acompañado de otro tipo de reconocimiento, que destapa una de las muchas contradicciones a las que se enfrentan los consumidores: se consume "lo que apetezca", sin dejar para mañana lo que puedas tomar hoy... y mañana quieres más. Todo ello, además, ligado al reconocimiento explícito por parte de los consumidores de que el consumo de cocaína está mayoritariamente inmerso en una dinámica de policonsumo habitual (la cocaína se combina con otras sustancias, en esa estrategia de ir combinando efectos para alargar la noche de diversión).

## Jugando con el riesgo

La relativización, cuando no la trivialización y el desprecio de los riesgos asociados al consumo de cocaína, tiene como base, desde los argumentos de los consumidores, el hecho de que los efectos de la sustancia dependerán de las circunstancias biológicas y psicológicas de cada consumidor, de la forma de consumirla, y de las características de la sustancia. En definitiva, el argumento es que a cada cual le sienta de una manera la cocaína, por lo que no se puede generalizar "lo bueno", pero tampoco "lo malo": no tiene por qué pasarme a mí. Lo interesante es que este planteamiento en relación a lo imprevisible de la sustancia actúa en positivo (no tiene por qué ocurrirme lo malo que le ha ocurrido a otros), pero no en negativo (aunque a otros no le haya ocurrido nada malo, puede ocurrirme a mí). Además, el hecho de aceptar explícitamente que la sustancia que consumen está

mezclada con otro tipo de sustancias, y que el efecto de la misma puede variar de una vez a otra (depende de lo que "te pasen"), no parece incrementar el temor a la misma: "nunca sabes" si la cocaína que tomas es mejor o peor... pero sigues "jugando".

La perspectiva de la individualización de los efectos y los riesgos del consumo de cocaína pasa por el hecho de que, sobre todo los consumidores más habituales, plantean toda una variada paleta de efectos que provoca la sustancia, adaptados a cada consumidor en función de sus propias circunstancias: desde "desinhibirte" hasta "tranquilizarte". En cualquier caso, también se reconoce que el efecto tiende a ser incontrolable, no sólo por la mencionada adulteración de la sustancia, sino porque "mezclas", en la rueda de policonsumo en la que suele insertarse la cocaína.

Es entonces cuando los argumentos respecto al control de la sustancia cobran un sentido muy concreto, fundamentalmente en torno a la diferenciación entre el "buen uso" y el "mal uso" de la misma. Según tal diferenciación (además de la consabida disociación entre el consumo "lúdico" y el "problemático"), se asume que en la diversión está el control, en el sentido de que "saber consumir" es saber alargar la noche hasta el máximo de sus posibilidades, sin que los consumos de cocaína que lo posibilitan y dotan de sentido deriven en circunstancias problemáticas para el consumidor. Es decir, que el control no tendrá tanto que ver con dejar de consumir o parar de consumir en un momento dado, como con saber consumir de tal manera que no sea necesario parar para poder alargar la diversión lo máximo posible (dosificando las dosis, espaciando las tomas, alternando con otras sustancias, incluso sabiendo a quién "pillar").

A pesar de estos planteamientos, no es extraño escuchar como las mismas voces, desde los consumos, afirman que "no hay control", pues al final siempre te pasas. Es entonces cuando podemos entender que, en función de este discurso, el control no estará situado en el mismo plano que los riesgos, y sí en el del "límite", con diferentes implicaciones. Además, desde las posturas más esquivas con la propia responsabilidad se llega a decir que "el control no lo pones tú", en referencia a que han crecido en una sociedad que les ha educado en el descontrol, en base a un sistema de valores en el que el consumo desahogado encuentra justificación.

Respecto al mencionado concepto de "límite" en relación al consumo de cocaína, y en paralelo al "control", el planteamiento

descansa sobre argumentos similares a los expuestos: el límite será personal y exclusivo, será "mi límite", que nadie conoce mejor que yo, motivo por el cual nadie tiene derecho a cuestionar. Y el argumento se justifica en dos sentidos. Por un lado, que siempre serán otros los que marquen la referencia (habitualmente, como no podía ser de otra manera, del "mal consumo"), de tal forma que uno "sabe" que "controla" porque otros van peor (siempre habrá alguien que va peor, claro). Por otro lado, que el límite se establecerá en base a la experiencia que cada cual haya tenido con el consumo de cocaína, y que buena parte de ese aprendizaje que procura la experiencia tiene como referentes las ocasiones en que el consumidor se ha asomado al borde, se ha pasado, no ha controlado. Es decir, que ahora sé mi límite y "controlo" porque en otras ocasiones, en el pasado, no lo hice.

Como hemos apuntado, y en base también a la manera en que se concibe el "control" y los "límites", los riesgos asociados al consumo de cocaína parecen quedar diluidos en un limbo de confusa asimilación. Principalmente, porque los consumidores asumen que éstos se encuentran en el largo plazo, una situación que en el presente no es que no preocupe: es que no existe. El planteamiento es que como en el corto plazo ya "he salvado" los riesgos, sigo "jugando", sigo consumiendo. Claro que los riesgos que se plantean a corto plazo tampoco preocupan, pues están muy alejados del simbolismo y la iconografía de los consumos problemáticos, y sitúan al consumidor en un plano en el que resulta prácticamente imposible que se produzca un reconocimiento (yo sólo consumo por diversión).

Sin embargo, pese a no autopositionarse en situaciones de "auténtico" peligro, es fácil que los consumidores reconozcan los riesgos de la cocaína, una sustancia que tildan de peligrosa. El mayor riesgo sería que resulta "fácil vivir con ella", en el sentido de que se pueden desarrollar consumos habituales sin que aparentemente "se note", sin que tu entorno sienta preocupación, aprovechando los "beneficios" que en el corto plazo puede aportarte (actuar como energizante en momentos de cansancio, por ejemplo), e incluso siendo autoindulgente con determinados consumos abusivos en base a la aparente inocuidad que provoca en tu cuerpo.

Como señalan los propios consumidores, la cocaína es una sustancia muy "golosa", que crea una dependencia psicológica, frente a otras sustancias que provocan dependencia física. Tal afirmación, pese a que en origen tenga una base adecuada, plantea dos claros riesgos para los consumidores menos responsables. Por un lado, que las posturas más extremas pueden llegar a frivolar el hecho de que resulte "golosa", en el sentido de que se reconozca su adicción como se pueden reconocer

"adicciones" a sustancias de otro tipo, legales y menos peligrosas, como (aunque suene exagerado) el chocolate o el café, por señalar ejemplos paradigmáticos que surgieron en algún grupo. Por otro lado, que la diferenciación entre dependencia psicológica y dependencia física tiende a atribuir la gravedad de los riesgos casi en exclusiva a esta última, en base a la propia percepción del control sobre el cuerpo: si tu cuerpo "necesita" la sustancia no tienes nada que hacer, pero como yo consumo desde el "control" (tengo la cabeza "bien amueblada") la dependencia psicológica no llegará a desarrollarse, o no hasta extremos preocupantes.

En definitiva, el concepto "engancharse" parece quedar muy lejos del escenario en que los consumidores de cocaína se sitúan a sí mismos (pues no responden al perfil de consumidor problemático que sobrevuela el imaginario colectivo), a pesar de lo cual (o quizás por ello) participan de un juego de riesgo en el que nadie sale engañado en base a que las cartas están descubiertas: sé que es malo (porque no sabes "lo que te metes" y sabes que a otras personas les ha ocasionado problemas), pero sigo consumiendo.

## Los modelos de referencia

Los consumidores de cocaína suelen afirmar que comienzan por curiosidad, pero siempre a partir de una referencia grupal. Fundamentalmente cuando durante las noches de fiesta son conscientes de que personas de su entorno han consumido y, desde la perspectiva del entonces no consumidor, se considera imposible llegar a divertirse tanto como parecen hacerlo quienes han consumido. A partir de tal

planteamiento prototípico (que comentan los propios protagonistas), la mencionada curiosidad, cierto deseo de integración, y el acercamiento a algún amigo o conocido que consume, harán el resto.

Sea como fuere, lo cierto es que a edades tempranas, cuando aún no está hecha o asentada la personalidad, la importancia que adquiere el grupo resulta central; y

respecto a los consumos de sustancias ilegales, en este caso la cocaína, no iba a ser menos. El grupo “enseña” a consumir: desde cómo se hace una raya hasta dónde se compra la dosis. El grupo asienta y facilita los consumos: desde establecer el consumo “lúdico” como un patrón de comportamiento durante las noches de los fines de semana, hasta abaratar su coste (“pillar” entre varios) y naturalizar su consumo (drogarte con amigos). Pero el grupo también ayuda ante problemas puntuales y te apoya en los graves, en relación con el consumo de cocaína. Esto último es algo que se encargan de remarcar con claridad los consumidores, en un argumento que suma una nueva contradicción a un discurso plagado de ellas. Decimos tal cosa porque, al tiempo que señalan la importancia del grupo como referente y ayuda en relación a los consumos, lo cierto es que existe un acuerdo generalizado y abrumador respecto a la idea de que la droga (el consumo de drogas) ocasiona amistades falsas e interesadas, relaciones vacuas y lealtades quebradizas: en las noches de diversión todo es risa y camaradería, pero en otros contextos de la vida las amplias redes sociales desplegadas en torno a la cocaína pueden quedar en nada. De igual forma, la visión del grupo deja de ser tan romántica cuando en no pocos casos los consumidores reconocen haber asistido a situaciones por las que grupos de amigos se han roto como consecuencia de que una parte de ellos no entienden los consumos del resto, que a su vez no están dispuestos a plantearse alternativa a su consumo pese a que saben que determinadas amistades se resienten por ello.

El último de los aspectos señalados tiene que ver con la manera en que, en el

seno de esos grupos iniciáticos (en los que unas personas consumen y otras no) es interpretado, cuando menos desde los consumidores de cocaína, el término “respeto” en relación a los consumos: respetar será adoptar la distancia que evite los conflictos; es decir, obviar el tema. Por tanto, el respeto respecto a los consumos no significará aceptar que otras personas consuman o no, sino hacer como si nada para que las dinámicas internas del grupo sigan su rumbo sin que éste se resienta en exceso. En la génesis de planteamientos como estos encontramos una idea que los consumidores de cocaína (y probablemente también los no consumidores) reconocen implícitamente: somos “diferentes”; quizás en base a elementos (la manera de divertirse, el gusto por el riesgo...) considerados superfluos en un contexto social en el que nada parece importante (salvo la familia y el trabajo), y nada debe alejar a cada persona de la “normalidad” indiferenciadora, pero diferentes en definitiva.

Probablemente uno de los elementos que más interés suscita respecto a la importancia de los modelos de referencia en los consumos de cocaína, es el que atribuye un código de conducta no escrito a los consumidores, según enuncian ellos mismos. Código basado en el principio de no dar a probar la sustancia a otros, así como de no consumirla delante de menores de edad. Este código presenta tres implicaciones.

En primer lugar, que tal planteamiento reconoce, en sí mismo, que el consumo de cocaína, cuando menos, “no es bueno”: hay personas que pueden llegar a tener problemas con la cocaína (yo no) y, por ello, no quiero ser yo el responsable de



que nadie se inicie en el mismo. De igual manera, el no consumir delante de menores implica la asunción de que para enfrentarse a determinados consumos se requiere de un mínimo grado de madurez, y que su responsabilidad como consumidores es ser ejemplarizantes en ese sentido (en este caso, no ser ejemplarizantes en el sentido equivocado). En ambos casos, el acto de responsabilidad parece quedar en suspenso cuando el protagonista del consumo es uno mismo.

En segundo lugar, tal principio entra en contradicción con la propia historia vital, con los propios inicios en el consumo, en los cuales se manifiesta la preferencia por hacerlo con alguien de confianza que pueda indicar adecuadamente los efectos, los riesgos, las cantidades, la manera. Nos encontramos ante la complicada disyuntiva de, ante personas cercanas, negar la evidencia del consumo para dejar que sean otros quienes les introduzcan en el mismo (quizás de peor manera), o poner a su servicio la información que la experiencia de un consumidor puede aportar, para lo bueno y para lo malo, pero desde quien es aparentemente "consciente" de lo que hace. Ante tal dilema, la solución suele pasar por dejar que cada cual se tropiece con sus propias piedras, como parece que ocurrió con la mayoría de actuales consumidores, y que la rueda siga girando.

En tercer lugar, que no aceptar tal código de conducta (iniciando a otros, siendo

ejemplo y referencia permanente de consumo) conduciría a una normalización del consumo de cocaína que, veladamente, no parece agradar a buena parte de los propios consumidores (¿pero no consumía "todo el mundo"?): si así ocurriera, no sólo se reduciría notablemente la sensación de cierta exclusividad que aún sobrevuela este tipo de consumos, sino que además se perdería buena parte de la legitimidad para hablar de las drogas y sus implicaciones, que tienen ahora como consumidores frente a quienes no lo son (y que así lo aceptan).

Finalmente, no podemos terminar de hablar de los modelos de referencia sin hacer alusión, siquiera breve, a la influencia que tiene la variable género respecto a los consumos de cocaína. Si bien es común aceptar, desde los discursos de quienes consumen, que los niveles de consumo entre chicos y chicas son similares, y que la visión de unos y otras sobre los mismos no difieren significativamente, sí es cierto que existen determinados estereotipos que operan con frecuencia. Así, los chicos serían más exagerados y fanfarrones respecto a sus consumos (decir que consumen más de lo que consumen), mientras que las chicas tienden a aprovecharse de la debilidad de muchos chicos a la hora de querer consumir la sustancia (muchas no suelen pagar, porque las invitan). Y estos dos tópicos son refrendados por chicos y chicas, tanto para sí mismos como para el otro sexo.

## La imagen social de la cocaína

Como icono de la fiesta y la noche que es, sus consumidores (y quienes no lo hacen, también) asumen que la cocaína es la droga "de moda". Sin embargo, ello no impide que sea una droga "mal vista", en parte por las contradicciones y la doble moral que implica un consumo socialmente oculto pero públicamente censurado, además de por la imagen que arrastra desde hace dos o tres décadas, cuando comenzó a asociarse con ambientes de dinero, éxito fácil, poder y frivolidad. Por tanto, un consumo que, pese a aparentemente estar de moda, tiende a ser ocultado... pero cada vez menos. En este punto, en el que el discurso mayoritario de los consumidores coincide, se deja ver otro de los elementos que destapan las contradicciones a la hora de valorar unos u otros consumos y a la hora de considerar como unos consumos son más adecuados que otros: por lo menos yo "soy discreto", es el argumento. Argumento que hace equilibristas entre la moral privada y la virtud pública, y que de nuevo se apoya en el mencionado código de conducta que todo consumidor parece aceptar.

En esta disociación entre el aspecto más individual y el más colectivo del consumo de cocaína, la imagen general incide en que la cocaína es una droga individualista. Esta razón sirve de elemento que acentúa la crítica de su consumo desde quienes no lo hacen (aunque consuman otras sustancias, especialmente el cannabis), principalmente en torno a una concepción de las drogas como catalizador y potenciador de relaciones y sensaciones, frente a la imagen de cocainómano solitario en

busca de un baño libre en el que meterse una raya. En este punto conviene hacer un par de apreciaciones.

En primer lugar, que esa imagen del consumo "individual" de la cocaína frente a los consumos más "sociales" de otras sustancias, está fuertemente marcada por la iconografía que rodea a la forma en que se consume (de igual forma que pasa, aunque a otra escala y en torno a otros símbolos, con la heroína): mientras se hace un porro para compartirlo con otras personas, en un contexto prácticamente público y abierto, una raya de cocaína es consumida por una sola persona, a escondidas o en espacios privados.

En segundo lugar, resulta evidente que esta imagen deja de lado el componente más social y relacional del consumo de cocaína, y su fuerza como sustancia que ocasiona redes sociales y lazos simbólicos (más o menos ficticios, más o menos endebles), así como elemento que llega a constituirse en piedra angular de determinados (y minoritarios, eso sí) modelos de consumo, ocio y comportamiento. En cualquier caso, lo que no podemos negar, frente a esa imagen de consumo individual, es que los consumidores manifiestan cómo para consumir cocaína les gusta estar acompañados de gente con la que tengan (en sus propias palabras) "feeling" para drogarse, y entre las que se crea un ambiente de conexión que tiene como base el grupo, el colectivo, y no el individuo.

Resulta también interesante observar cómo lo discursos desde los consumos de cocaína ponen en seria duda la imagen social

de las drogas como "cosa de jóvenes". Por un lado, rompiendo la brecha de irresponsabilidad/responsabilidad asociada a la madurez (cuando eres una persona madura y tienes responsabilidades dejas de realizar determinados consumos, como el de cocaína): no sólo es que muchos adultos también consumen, sino que además el origen de la imagen social del consumidor de cocaína es alguien socialmente posicionado, con dinero... muy alejada del adolescente o joven estudiante. Por otro lado,

estableciendo el mismo baremo para jóvenes y adultos respecto a las situaciones de "excepcionalidad" en las que el consumo de cocaína no entra en el universo simbólico de los consumos problematizados: en noches de diversión, fiestas y celebraciones, jóvenes y no tan jóvenes comparten hábitos, "camellos" y colas en los baños. En tales contextos, las miradas cómplices e inquisitivas no tienen edad pues, según comentan, si consumes habitualmente sabes quién consume, pues "se nota".

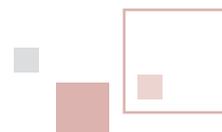
## En conclusión

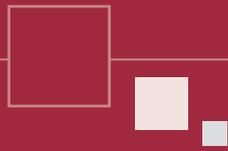
A continuación se desgranar, de forma resumida, las principales ideas y conclusiones que recorren el artículo, desarrolladas ampliamente (estas, y otras muchas) en la publicación en que se basa, convenientemente citada en la presentación.

- Asistimos a un modelo "lúdico" del consumo de drogas (con la cocaína a la cabeza de dicho modelo), completamente desproblematizado por parte de los consumidores
- Se asume vivir una época en la que a los jóvenes les "ha tocado" relacionarse con las drogas como parte indisoluble de "la fiesta" nocturna, y ello deriva en un planteamiento endógeno a partir del cual los consumidores de cocaína creen que "todo el mundo" lo hace
- La cocaína se constituye en el icono de las drogas "recreativas" y en referente del imaginario en torno a la "fiesta"
- El consumo que se asume problemático será aquel que traspase la frontera de las "responsabilidades" (estudio, trabajo)
- Funcionan los estereotipos relacionados con los consumidores problemáticos, por un lado en torno al contexto de las responsabilidades y por otro en torno a los más jóvenes (siempre "los que vienen detrás")
- La visión y la relación con las sustancias es completamente funcional, utilitaria y consumista:
  - consumo en cada momento lo que necesito para conseguir una "noche sin fin"
  - "controlar" será aprender a alargar la noche sin contratiempos, a "tener la fiesta en paz"
  - no existe apropiación ni recreación de valores o principios que vayan más allá de maximizar la diversión y minimizar los inconvenientes
- La percepción de los riesgos sólo adopta el corto plazo, y opera en

función de los efectos concretos de la sustancia

- El grupo de pares se constituye en referente esencial en los momentos iniciales del consumo, así como en la representación de los consumos habituales. A pesar de ello, el discurso desde los consumos prolongados desarrolla un código no escrito que apela a la
- responsabilidad individual frente al resto, y que todos parecen aceptar: no dar a probar cocaína a quien aún no la haya probado.
- Asistimos a cierta ruptura con la idea de que las drogas “son cosa de jóvenes”, aunque los principios que la sustentan siguen funcionando como coartada justificatoria de los consumos.





COCAÍNA



# Oferta y demanda de cocaína en Europa y España

Royuela, Luis\*; Laniel, Laurent\*\*; Vicente, Julian\*, Matias João\*; Carpentier, Chloé\*.

\* Unidad de Epidemiología, crimen y mercados; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT/EMCDDA)

\*\* Unidad de Intervenciones, leyes y políticas; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT/EMCDDA)

## Introducción

Este artículo pretende describir la situación de la “epidemia” de cocaína en España dentro del contexto europeo. Para la elaboración del mismo se ha utilizado, principalmente, los datos e información disponibles en el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) complementados con publicaciones científicas recientes sobre la oferta y demanda de cocaína en España y en Europa.

El OEDT (EMCDDA por sus siglas en inglés) fue creado en 1993 (C.E. 302/93)<sup>1</sup> y está operativo desde 1995. Su principal objetivo es monitorizar la situación de las drogas ilegales en Europa, proporcionando información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre las drogas, las drogodependencias y sus consecuencias. El OEDT recoge y analiza la información existente en los países miembros de la red REITOX (Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías). A ella pertenecen todos los Estados Miembros de la UE, además de Croacia, Turquía, Noruega y la Comisión Europea. En los últimos 15 años se ha desarrollado un sistema armonizado de recogida de información (definiciones y métodos comunes) basado en cinco

indicadores epidemiológicos<sup>2</sup>. Además, se recogen datos e información sobre oferta y reducción de la oferta: decomisos (número y cantidades), precio, pureza de distintas drogas y composición de pastillas, arrestos relacionados con el consumo y tráfico de drogas ilegales.

En los mercados de la droga europeos se puede encontrar cocaína en forma de sal (clorhidrato de cocaína) o de base (cocaína base o crack). El clorhidrato de cocaína o cocaína en polvo se vende en forma de polvo cristalino de color blanco y la base o crack en pequeñas rocas cristalinas de color blanco o amarillento. La vía más frecuente de consumo de la cocaína en polvo es por vía nasal, aspirando el polvo por la nariz, mientras el crack es consumido por vía pulmonar, inhalado o fumado. La cocaína está listada como sustancia con propiedades adictivas y que presenta serios riesgos de abuso en la Tabla I de la Convención Única sobre estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961<sup>3</sup>.

Si bien existen importantes variaciones entre los países en Europa, desde mediados

de los años 90 varios indicadores apuntan hacia un incremento paulatino del consumo de cocaína y de los problemas sanitarios asociados. La disponibilidad percibida se ha incrementado, registrándose, además, un descenso importante de los precios, acompañado con una desigual evolución de la pureza. Asimismo, la Península Ibérica parece ser actualmente la principal puerta de entrada en Europa de grandes cantidades de cocaína (decenas de toneladas al año), y los datos más recientes apuntan a España como uno de los países donde se decomisa y se consume más cocaína en el mundo, junto con los Estados Unidos y el Reino Unido<sup>4,5</sup>.

Por otra parte las encuestas de población general han registrado una marcada intensificación del consumo entre los jóvenes. La última estimación sobre prevalencia del consumo de cocaína realizada por el OEDT indica que aproximadamente 4 millones (2.3%) de los Europeos entre los 15 y los 35 años han consumido cocaína en los últimos 12 meses. Las admisiones a tratamiento para cocaína, que son un indicador de consumo problemático, han superado a las registradas por consumo de opiáceos (mayormente heroína)<sup>4</sup>.

El fuerte incremento del consumo de cocaína plantea nuevos desafíos a los servicios de tratamiento de las drogodependencias en Europa, que estaban fundamentalmente orientados al tratamiento de opiáceos. Además, a diferencia de lo que sucede con el consumo de opiáceos, actualmente no existe ningún tratamiento de sustitución de eficacia demostrada para la cocaína.

En la primera parte del artículo se presentan datos y análisis pertenecientes al abastecimiento de los mercados de cocaína europeos y al papel jugado por España: desde las estimaciones de producción de coca y cocaína disponibles para América del Sur, hasta las dinámicas del tráfico al interior de Europa, pasando por los principales itinerarios del tráfico internacional de la droga y de su precursor principal, el permanganato potásico. La segunda parte ahonda en el incremento del consumo de cocaína en Europa y España desde los años 90, y describe la epidemia de cocaína en función de las tendencias de distintos indicadores. En las conclusiones, se destacan los puntos fuertes y las debilidades del sistema actual de seguimiento de la información y se presentan una serie de propuestas para mejorarlo.

## 1. La oferta de cocaína en Europa

La cocaína es un producto natural que se extrae de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca Lamark* y *Erythroxylon novogranatense*). La coca es un arbusto muy ramificado, de corteza blanquecina, originario de las regiones húmedas de los Andes y de la región amazónica. La planta de coca se caracteriza por tener hojas alternas y simples de color verde brillante,

con forma elíptica. Su aspecto original permite identificarla de forma inequívoca<sup>6</sup>.

Históricamente, en el año 1860 Albert Niemann aisló el principal alcaloide de la hoja de coca, al que llamó cocaína. Cinco años más tarde, Wilhem Lossen determina su fórmula química. La popularidad de esta sustancia "milagrosa" crece con los

años y se multiplican los estudios y usos, especialmente como agente anestésico<sup>7</sup>. Entre finales del siglo XIX y principios del XX la mayoría de la cocaína era fabricada legalmente por compañías farmacéuticas alemanas, holandesas y japonesas, que se abastecían de hoja de coca producida en grandes plantaciones ubicadas en las colonias asiáticas de Holanda y Japón (Isla de Java y Formosa respectivamente). Antes de 1930 se cultivaba más hoja de coca en Asia que en América del Sur<sup>8,9</sup>.

Actualmente, este arbusto tropical se cultiva únicamente en la región andino-amazónica. Prácticamente toda la producción mundial de coca y de cocaína se concentra en tres países: Bolivia, Perú, y sobre todo Colombia que ha sido el mayor productor mundial de coca y de cocaína desde mediados de los noventa. Sin embargo, también hay cultivos de coca, a pequeña escala, en otros países como Brasil, Ecuador y Venezuela, aunque no necesariamente están ligados a la producción de cocaína.

La coca es una hoja sagrada para distintas comunidades indígenas de los Andes y la cuenca amazónica, que la vienen usando para distintos fines desde hace miles de años<sup>10,11</sup>. Por ello, el estatus legal de la coca puede a veces ser ambiguo en América del Sur. Las leyes bolivianas y peruanas autorizan la producción de determinadas cantidades de coca para abastecer legalmente los mercados locales de consumo de la hoja y sus productos derivados (principalmente, el mate de coca), de larga tradición<sup>12</sup>. Igualmente, limitadas cantidades de coca se cultivan legalmente en Perú y Bolivia para ser transformadas en agentes saporíferos vendidos a fabricantes internacionales de refrescos. Por último, el 'mas-

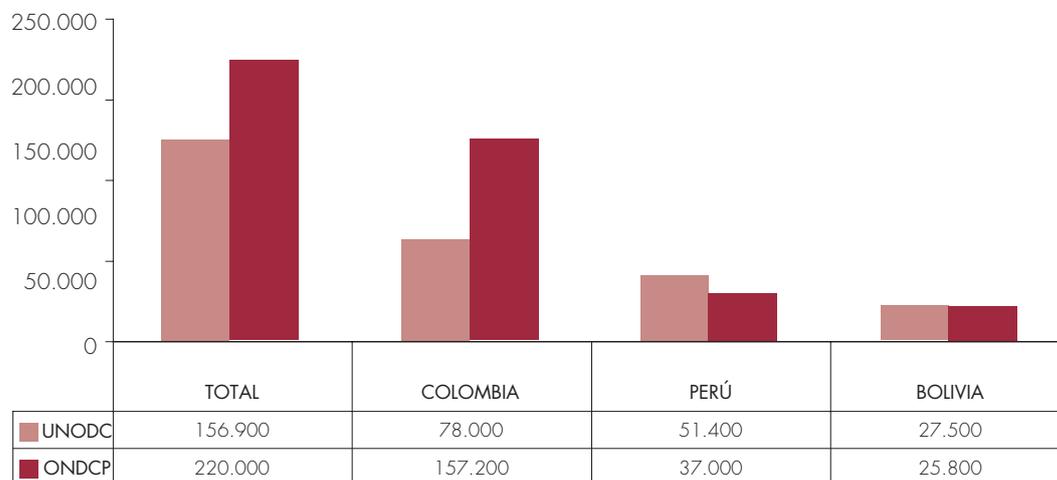
ticado' ('chaccheo', 'piccheo', 'mambeo') de la hoja de coca está tolerado para algunas comunidades o en algunas regiones de distintos países sudamericanos.

### 1.1. Estimaciones de la producción mundial

Existen dos organizaciones, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)<sup>13</sup> y el Centro Nacional de Inteligencia contra las Drogas de los Estados Unidos (NDIC)<sup>14</sup>, que publican anualmente los resultados de sus estimaciones de las áreas dedicadas al cultivo de hoja de coca en Sudamérica. La ONUDD estimó que en 2006 la superficie total dedicada a cultivos de coca en el mundo alcanzó 156.900 hectáreas mientras el NDIC publicó un total de 220.000 hectáreas. Aunque ambas organizaciones están de acuerdo en señalar a Colombia como el país con más hectáreas dedicadas a su cultivo, en segundo lugar a Perú y por último a Bolivia, las estimaciones difieren para cada país. Por ejemplo, en el caso del mayor productor, Colombia, la ONUDD estima que fueron cultivadas 78.000 hectáreas de coca, mientras que para NDIC fueron 157.200 hectáreas. En cuanto a las tendencias la ONUDD estima que se habría producido un descenso del 25% en la superficie total dedicada al cultivo de la coca entre 1990 y 2006, mientras que según las estimaciones estadounidenses la superficie cultivada se habría mantenido estable o se habría incrementado a lo largo de los últimos 20 años.

A pesar de la gran disparidad entre las estimaciones de la ONUDD y el NDIC sobre la superficie de coca cultivada, ambas organizaciones han publicado cifras

Figura 1. Estimación del área dedicada al cultivo de coca en los tres principales países productores de cocaína (Colombia, Bolivia y Perú).



Fuente: UNODC 2007<sup>9</sup>; WOLA, 2007 (Basado en informes de la ONDCO)

muy similares sobre la producción total de cocaína pura<sup>15</sup> en los tres principales países productores. La ONUDD<sup>13</sup> estima que la producción fue de 984 toneladas y la NDIC<sup>14</sup> de 970 toneladas. También coinciden en estimar para Colombia una producción total de 610 toneladas de cocaína pura el mismo año. Esta última cifra, idéntica para las dos organizaciones, debe resultar de métodos de cálculo diferentes ya que, como hemos dicho, la estimación estadounidense de la superficie dedicada a la coca en Colombia en 2006 es dos veces mayor que la de la ONU.

En 2006 la inmensa mayoría de los laboratorios clandestinos de producción de cocaína<sup>11</sup> desmantelados en el mundo estaban localizados en Colombia (201), seguida por Perú, (11) y Bolivia (5). Colombia también ocupa el primer lugar a nivel mundial en decomisos de cocaína (polvo y base), totalizando 167 toneladas en 2007<sup>16</sup>.

La presencia de laboratorios clandestinos en otros países de la zona, como Venezuela (18 laboratorios desmantelados en 2005), Argentina (9 laboratorios desmantelados en 2006), Chile (2 laboratorios en 2006)<sup>17</sup> y Ecuador (1 en 2006)<sup>18</sup>, pone de manifiesto la exportación de hoja, pasta de coca y/o cocaína base a otros países de la zona para la producción de clorhidrato de cocaína. Por lo tanto, es muy probable que también se refine clorhidrato en terceros países como Brasil, Panamá, Paraguay y posiblemente México. En los últimos años se han intervenido laboratorios clandestinos en Europa (España 10 laboratorios en 2006 y 1 en Francia en 2005), África (Sudáfrica 1 laboratorio en 2005), en Norteamérica (EEUU 4 laboratorios en 2006)<sup>17</sup>, en Oceanía (Australia 5 laboratorios en 2004) y Asia (Hong Kong 1 laboratorio en 2004)<sup>19</sup>. Aunque es probable que muchos de estos laboratorios sirvieran para recuperar cargamentos de clorhidrato disimulado en productos lícitos (por ejemplo, clorhi-

Figura 2. Número de laboratorios de producción de cocaína polvo, desmantelados en 2006.



Fuente: UNODC 2007<sup>a</sup>; WOLA, 2007 (Basado en informes de la ONDCO). (\*)2005

drato impregnado en textiles o fertilizante), algunos podían haberse dedicado a transformar cocaína base en clorhidrato. De ser así, esto significaría que tanto el clorhidrato como la base de cocaína se exportan de América del Sur. Sin embargo, esto es difícil de comprobar ya que fuera de América del Sur raras veces se diferencia entre decomisos de clorhidrato y decomisos de base.

## 1.2. El tráfico internacional hacia Europa

Es muy probable que Europa se haya convertido, después de los Estados Unidos, en el destino más importante para la cocaína manufacturada en América del Sur. Se estima que los 72.700 decomisos registrados en UE, Noruega, Croacia y Turquía permitieron incautar unas 121 toneladas de cocaína. Actualmente Europa ocuparía el tercer lugar a nivel mundial en cuanto a cantidad de cocaína decomisada, después de América del Sur y América del Norte.

Europol ha identificado los países sudamericanos desde donde se importan por vía marítima toneladas de cocaína en polvo hacia Europa. Los principales países exportadores son Colombia, Brasil, Ecuador, Chile, Argentina y Surinam. La cocaína en polvo viajaría hacia Europa por tres rutas: la norte, la central y la africana<sup>20</sup>.

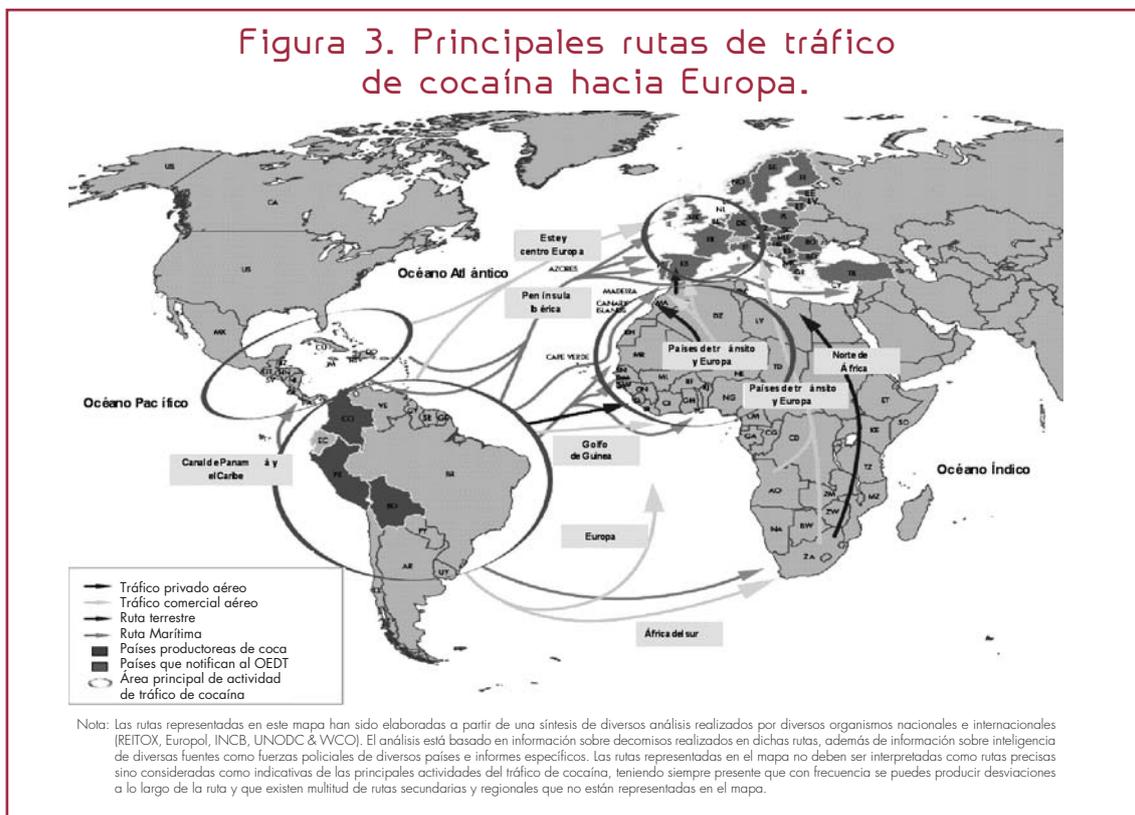
La ruta norte parte de Sudamérica y alcanza Europa pasando por el Caribe. Se estima que el 40% de la cocaína que llega a Europa seguiría esta vía<sup>21</sup>, también utilizada para el transporte de cocaína hacia los EEUU. La droga llega a las islas del Caribe transportada en avión o en barco desde las costas caribeñas de Colombia y Venezuela<sup>13</sup>. Desde allí es embarcada y, por vía marítima, llega a Europa. Los lazos históricos y el hecho de compartir el mismo idioma con los países de destino son algunos factores que podrían explicar el gran volumen de cocaína que transita por esta vía<sup>20</sup>.

Las islas de Cabo Verde, las Azores o las Canarias son posibles paradas para la cocaína en polvo que llega a la península Ibérica a través de la ruta central. Grandes buques de mercancías parten de Sudamérica (Venezuela, Brasil, por ejemplo) y transfieren la carga a barcos más pequeños o lanchas rápidas antes de alcanzar su destino en la Península<sup>22</sup>.

La ruta africana es la que, en los últimos años, ha dado lugar a mucha preocupación en círculos oficiales internacionales<sup>20,23,24</sup>. Numerosos países del Golfo de Guinea son utilizados por los traficantes para almacenar y preparar los alijos hacia Europa. Según su banco de datos sobre decomisos individuales la ONUDD estima que las cantidades de cocaína decomisadas en Europa (en los casos en que se pudo identificar el origen) provenientes de países de esta zona se han

incrementado progresivamente, siendo de un 5% en 2005, un 12% en 2006 y alcanzando el 22% en 2007<sup>13</sup>. Al mismo tiempo se ha registrado un aumento de los decomisos de permanganato potásico en estos países africanos<sup>18</sup>. La posición geográfica privilegiada, con una mayor proximidad a las costas sudamericanas y con buena comunicación con los países del norte de África y Europa y la gran vulnerabilidad económica, social, política y judicial son algunos de los factores que podrían haber favorecido el que esta región de África hubiese ganado protagonismo como zona de tránsito hacia Europa<sup>19</sup>. La probabilidad de que otras regiones del continente africano se hayan convertido en zonas de tránsito de la cocaína y de la heroína, son altísimas, ya que distintos países del centro, este y sur de África se caracterizan por condiciones de vulnerabilidad aún más elevadas.<sup>25,26,27</sup>

Figura 3. Principales rutas de tráfico de cocaína hacia Europa.



Es habitual la llegada de personas contratadas o "mulas", para transportar la droga a los números aeropuertos Europeos<sup>28,29</sup>, especialmente en España, Holanda y el Reino Unido, directamente desde América del Sur, o pasando por el Caribe. También es habitual la utilización de "mulas" para traficar cocaína desde numerosos aeropuertos de África occidental y oriental hacia aeropuertos europeos.

### 1.3. La puerta de entrada a Europa

La Península Ibérica es considerada la principal puerta de entrada de la cocaína en Europa. En 2006 se decomisaron 50 toneladas en España y 35 toneladas en Portugal, que equivalen al 70% de toda la cocaína decomisada en Europa<sup>4, 30</sup>. Este incremento de los decomisos de cocaína, principalmente en Portugal, puede estar relacionado con el

protagonismo creciente de la zona oeste de África como lugar de tránsito de esta droga procedente de Sudamérica, donde existen países de habla portuguesa: Cabo Verde y Guinea-Bissau<sup>20</sup>. Otra de las causas que se apuntan es la búsqueda por parte de los traficantes de otras zonas de entrada debido al incremento de la vigilancia sobre las áreas de entrada tradicionales como la costa gallega.

La cocaína en polvo no sólo llega a Europa a través de la Península Ibérica. Otros países europeos como Bélgica, Francia, Italia, Holanda y el Reino Unido decomisan todos los años toneladas de cocaína en polvo<sup>30</sup>. Además, según los datos proporcionados por las fuerzas de seguridad, el tráfico de cocaína se está extendiendo hacia los países del este de Europa, también se están incrementando los puntos de aterrizaje de pequeñas aeronaves priva-

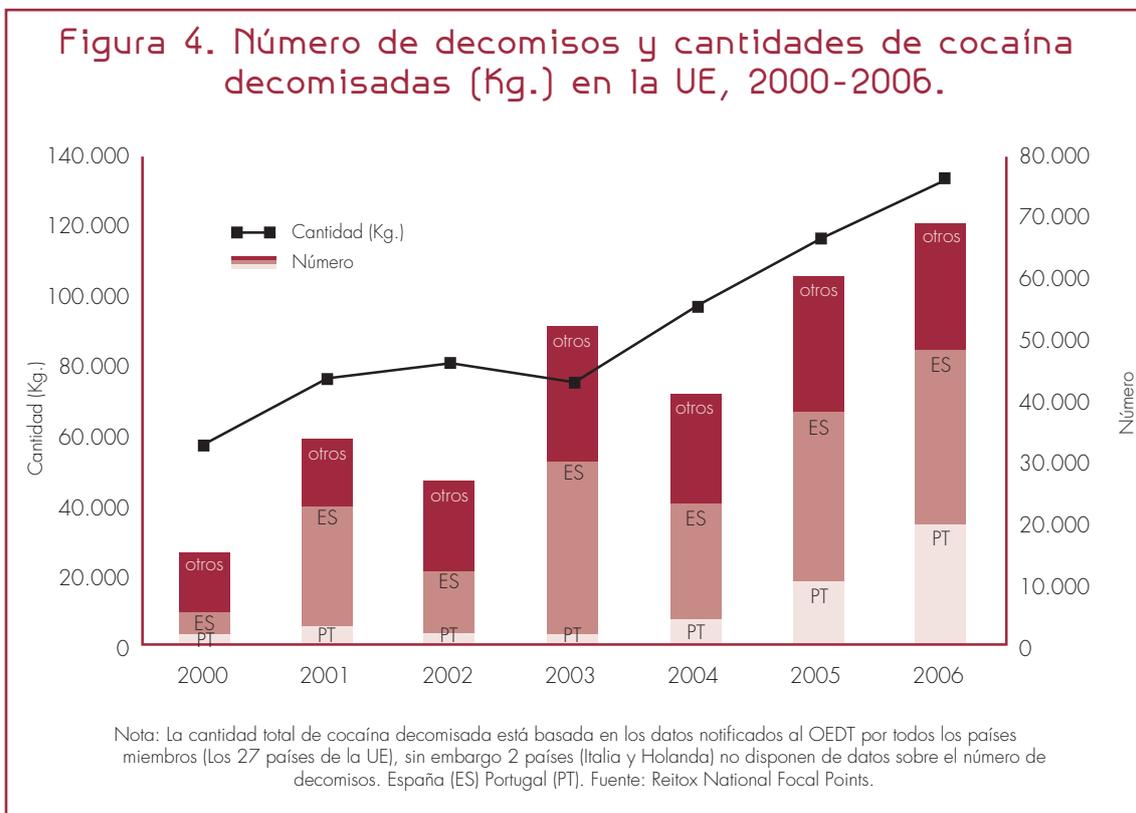
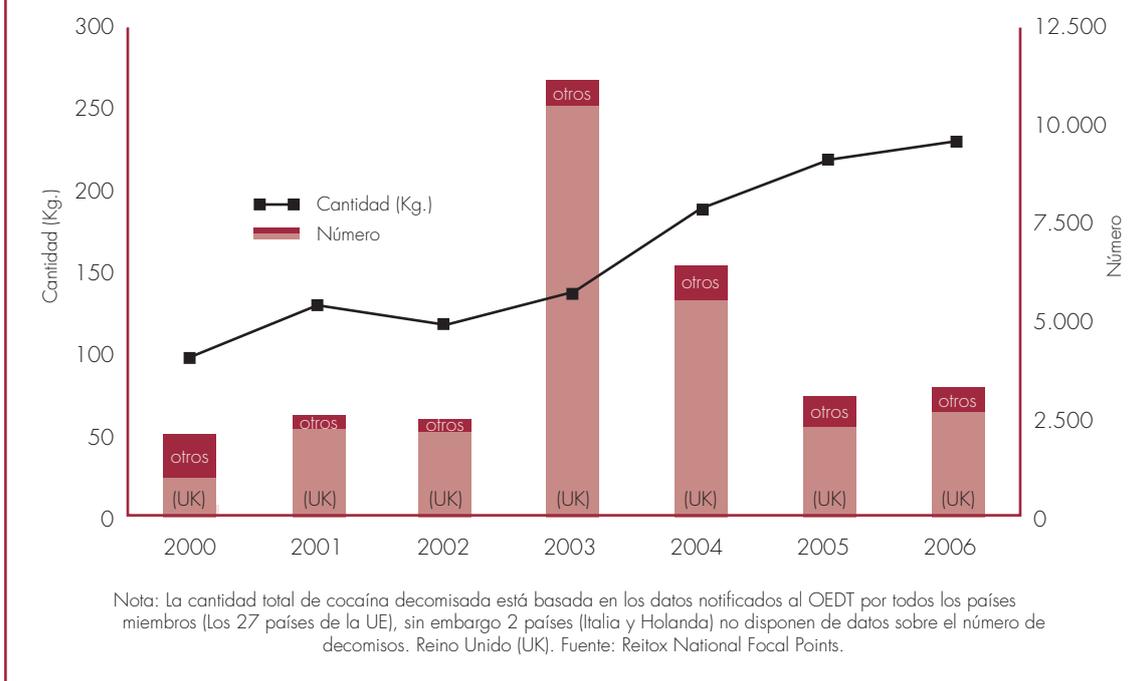


Figura 5. Número de decomisos y cantidades de base/crack decomisadas (Kg.) en la UE, 2000-2006.



das en las principales regiones de entrada de la drogas como la Península Ibérica y Francia<sup>19</sup>.

Todos los años aumentan las cantidades de cocaína en polvo aprehendidas por los países europeos, sin embargo no ocurre lo mismo con las cantidades de cocaína base/crack decomisadas. Sólo el Reino Unido informa de la confiscación de cantidades relevantes de esta droga. Ningún país ha notificado la aprehensión de un gran alijo de de crack, lo que podría confirmar que el crack está elaborado principalmente a partir de clorhidrato, cerca de los mercados donde es consumido y que no da lugar a un tráfico internacional. Al igual que en el resto de Europa, en España, no se decomisan grandes cantidades de cocaína base, estando su consumo limitado a ciertas áreas<sup>31,32</sup> donde la base es cocinada, con amoníaco o bicarbonato de

sodio, a partir de la cocaína en polvo por los propios consumidores. Aunque el número de intervenciones se ha incrementado a partir del año 2002, el de las cuantías decomisadas se ha reducido.

Aunque un número importante de las toneladas de cocaína en polvo que entra en España salgan hacia otros países, muchas otras se almacenan para abastecer el mercado nacional. Con toda probabilidad España sea, junto con el Reino Unido y los Países Bajos, uno de los mayores países importadores y consumidores de cocaína de Europa y se encuentra también entre los primeros a nivel mundial.

En España se han decomisado, desde el año 2001, entre el 40% y el 60% de toda la cocaína aprehendida en Europa. La cantidad de esta droga comenzó a incrementarse a mediados de los años noventa

y desde entonces no han dejado de crecer, superando máximos cada dos años. El incremento en las cantidades decomisadas ha estado acompañado de un aumento en el número de intervenciones realizadas por las fuerzas de seguridad. España, además de, posiblemente, ser la principal puerta de entrada en Europa, se encuentra situada en una de las más importantes rutas de tránsito de la cocaína hacia el resto del territorio de los Estados miembros de la Unión Europea.

La mayoría de la cocaína en polvo que se decomisa en España parte de puertos del Caribe y de la costa atlántica sudamericana y entra por la costa gallega, andaluza, levantina y catalana. Aunque se han decomisado grandes alijos, antes de alcanzar las costas, hay otros que logran burlar la vigilancia de las fuerzas de seguridad. Transportados por todo tipo de embarcaciones (cruceiros, buques mercantes, pesqueros, petroleros, yates, etc.) algunos alijos son transferidos a otras embarcaciones más pequeñas en aguas internacionales, en las proximidades de las islas Canarias, Azores o zona del Gran Sol, especialmente a lanchas rápidas de gran cilindrada. En Galicia las operaciones de desembarco se realizan en las rías. En Andalucía las redes de transporte de cannabis también desembarcan alijos de cocaína en numerosos lugares de la costa, en particular Algeciras, Cádiz, El Puerto de Santamaría, Huelva y Málaga o son transportados remontando el Guadalquivir para desembarcarlos en las localidades ribereñas. Además la Ruta del Hachís también es utilizada para el tráfico de cocaína y parece haber cobrado más fuerza desde la llegada de toneladas de cocaína al Golfo de Guinea que, posteriormente, son

transportadas hacia el Magreb. Desde las costas norteafricanas embarcaciones con motores de gran cilindrada llevan cocaína y otras drogas a puntos de la costa Andaluza, Levantina, Catalana y/o almacenan la droga en las Islas Baleares, antes de ser transportada a la Península o a otros países Europeos, como Francia e Italia. Los traficantes que operan desde Galicia, sur de Andalucía, el Magreb e Italia juegan un papel importante tanto en la organización para la importación de la cocaína como para su posterior distribución al resto del país y de Europa.

El transporte aéreo también es utilizado por los narcotraficantes para introducir la droga en España. Además de las ya mencionadas "mulas" que desembarcan en los grandes aeropuertos españoles con paquetes de cocaína adheridos o en el interior del cuerpo, llegan cientos de kilos de cocaína todos los años escondidos en maletas, envíos postales, oculto en ropa o en los más diversos objetos. La cocaína parte de aeropuertos comerciales de América Central, América del Sur y de África del Norte. Por otro lado, desde las costas magrebíes despegan avionetas con fardos de cocaína y otros estupefacientes que aterrizan en aeródromos clandestinos de Andalucía y de Castilla-La Mancha.

#### 1.4. Las plataformas de distribución europeas

Según Europol dos de los cuatro principales centros de actividad delictiva en Europa están relacionados con la importación y distribución de cocaína en polvo. La primera plataforma de distribución, llamada Suroccidental ("South-west hub"), está centrada en la península ibérica y tiene

a Francia como país de tránsito principal hacia el resto de Europa. La segunda, llamada Noroccidental ("North-west hub"), tiene como centro de actividad Holanda y Bélgica, y aprovecha las infraestructuras de transporte internacional existentes en la zona. La "Plataforma Noroccidental" realiza funciones como centro de redistribución a otros países de la región, principalmente Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Suecia y el Reino Unido<sup>33,34</sup>.

En los últimos años está ganando cierta importancia el tráfico de cocaína en países del sureste de Europa como Bulgaria, Rumania y Montenegro, además de los países Bálticos y Rusia. Aunque las cantidades decomisadas suponen sólo el 1% de las aprehensiones realizadas en Europa en 2006<sup>4, 30</sup>, existe cierta preocupación. Por otra parte, el Informe de Europol<sup>33</sup> señala a Albania como centro para el almacenamiento de cocaína. Se ha detectado el uso de las tradicionales Rutas de los Balcanes (habitualmente utilizadas para el tráfico de heroína), con una mayor participación de ciudadanos de estos países, como una nueva vía para la introducción de cocaína en Europa<sup>20</sup>.

### 1.5. Tráfico de permanganato potásico

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) efectúa un seguimiento del comercio mundial de precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación de drogas, entre éstos el permanganato potásico que se emplea para fabricar cocaína. Esta sustancia tiene un uso industrial muy amplio, en particular para depuración de agua potable; como ejemplo, entre noviembre de 2006 y octubre 2007 un total de 24 países declararon

haber exportado legalmente unas 29.000 toneladas de permanganato potásico<sup>18</sup>. Pero, como el permanganato potásico es además esencial para la fabricación de cocaína en polvo, está registrado en la Tabla I de la Convención de Viena de 1988 para el control de tráfico ilícito de narcóticos y sustancias psicotrópicas. Las exportaciones de permanganato potásico hacia los países sudamericanos están sometidas a medidas especiales de vigilancia por la JIFE. La mayoría de los cargamentos registrados que llegan a América del Sur son clasificados como legales, aunque con toda probabilidad una parte es desviada para la fabricación ilegal de cocaína. Sin embargo se desconoce esta cantidad debido a que las autoridades de estos países raramente realizan alguna investigación y cuando comunican la aprehensión de algún cargamento pocas veces proporcionan información sobre su origen<sup>35</sup>.

En 2006 se decomisaron un total de 101 toneladas de permanganato potásico en todo el mundo. En Colombia se realizaron el 98% de las aprehensiones y se dismantelaron un total de 15 laboratorios dedicados a la fabricación ilegal de este producto. En 2007 sólo en Colombia se decomisaron 144 toneladas y se evitó que cargamentos de permanganato potásico llegaran a países de África Central, Occidental y del Norte. Los numerosos decomisos de cocaína que, en los últimos años, se están realizando en algunos estados africanos pueden indicar su utilización como países de tránsito hacia Sudamérica en el comercio ilegal de permanganato potásico<sup>35</sup>. Aunque es factible que los traficantes de cocaína pretendan utilizar África para realizar las últimas etapas de proceso de producción de clorhidrato de cocaína<sup>20</sup>.

## 2. La demanda de cocaína en Europa

### 2.1. Antecedentes de la epidemia de cocaína

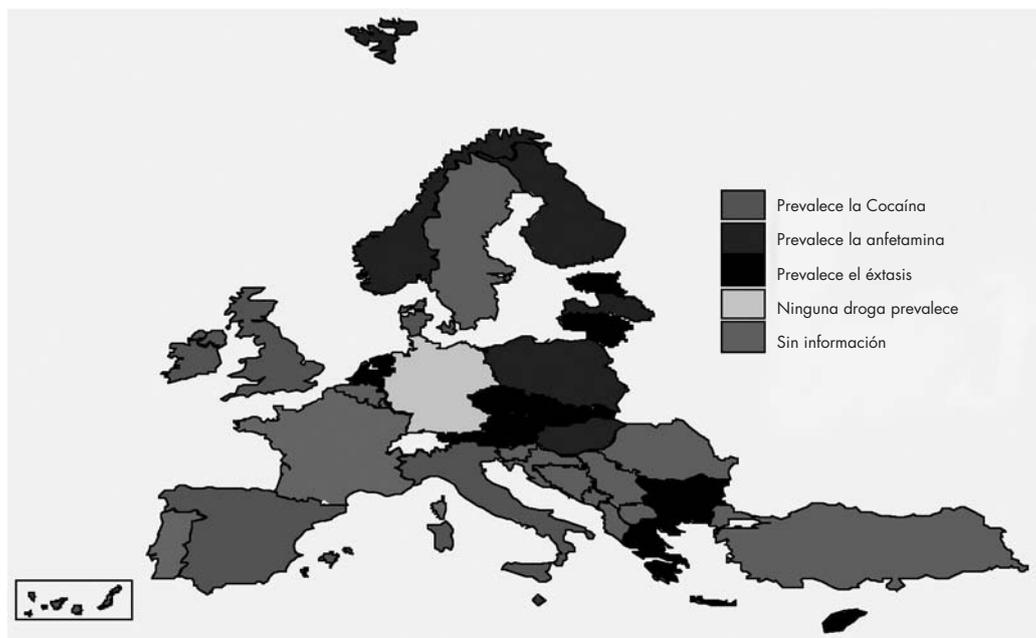
Desde principios del siglo XX los países occidentales han experimentado varias olas de consumo de cocaína, en particular en ciertos grupos sociales relacionados con el mundo de los espectáculos nocturnos (artistas, bailarinas, etc.) y el hampa. **36,37,38,39,40**

Las raíces de la actual epidemia de cocaína en Europa son difíciles de establecer con precisión. Todo parece indicar que EEUU sufrió una gran epidemia antes que en Europa. En Norteamérica, en la década

de los 70, la cocaína se utiliza como droga recreativa y su alto precio servía de alguna manera como freno para su consumo. Sin embargo la aparición del crack, mucho más barato, y su amplia disponibilidad en los mercados de la droga conduce a una epidemia de uso de dicha sustancia durante los años 80 y 90 que causó graves problemas sociales y sanitarios, así como una ola de delincuencia en los grandes centros urbanos.

En Europa, en la segunda mitad de los años 80, los datos disponibles mostraban un aumento de los indicadores de oferta con un incremento del consumo en grupos

Figura 6. Prevalencia de consumo de anfetamina, éxtasis y cocaína en los últimos 12 meses en población general (15-34 años).



Nota: Datos sobre prevalencia de consumo en encuestas de población general realizadas entre 2003-2007.  
Fuente: Reitox National Focal Points.

seleccionados de población, en concreto, aquellos con un estatus económico elevado y patrones de consumo esporádico, además de consumidores de heroína que alternaban con un consumo de cocaína de forma secuencial o conjunta en la misma dosis con la heroína. Sin embargo, aunque se temía que el consumo de cocaína desencadenaría una epidemia semejante a la estadounidense no se detectó un claro aumento de problemas relacionados con su consumo. Es posible que la inadecuación de los sistemas de información, cobertura incompleta y registro inexistente de casos en Europa, sea una de las explicaciones de esta divergencia.

Los datos aportados por las encuestas y estudios específicos muestran un incremento del consumo de cocaína entre los jóvenes europeos<sup>41,42</sup> a partir de 1990. En aquellos años es cuando la epidemia de heroína en España<sup>43,44,45,46,47</sup> y otros países europeos alcanzaba sus niveles máximos (entre 75-95% de las admisiones a tratamiento correspondían a heroína<sup>48</sup>). Pero no es sino desde la mitad de los noventa cuando los indicadores de oferta muestran un incremento de la disponibilidad en Europa Occidental, confiscándose toneladas de cocaína especialmente en España<sup>49,50</sup> y el Reino Unido<sup>30</sup> y también en Bélgica, Francia, Holanda, Italia y Portugal. A finales de los 90, en España, ya se registra la mayor prevalencia de consumo de cocaína de Europa<sup>51</sup>. Las admisiones, por primera vez, de personas a tratamiento por consumo o dependencia de cocaína crecen sustancialmente, superando a las admisiones por heroína en algunos países, regiones y ciudades europeas<sup>41, 52,53</sup>. Al mismo tiempo, el consumo de cocaína crece en una proporción significativa entre consumi-

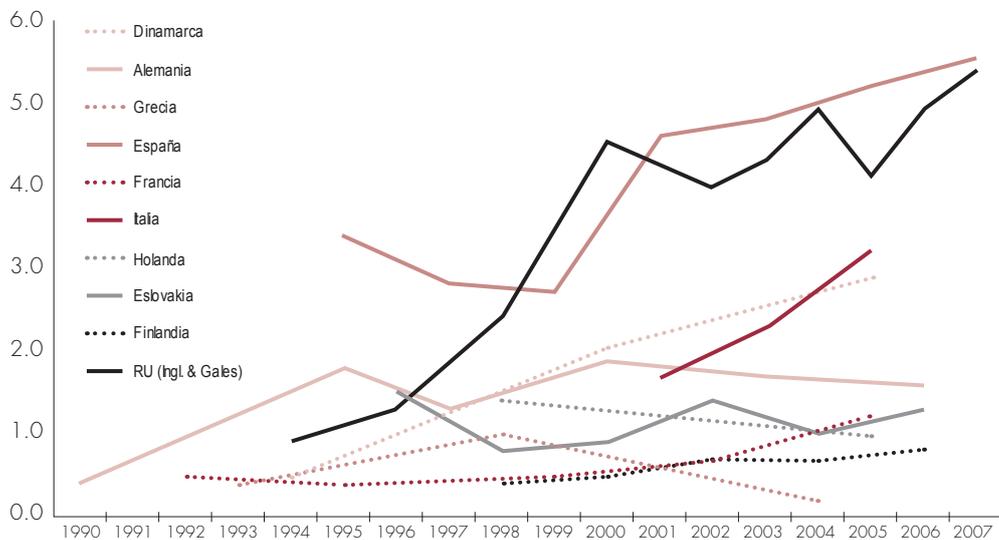
dores de heroína en tratamiento<sup>54,55</sup>. Asimismo se registra una proporción alta de menciones de cocaína, generalmente en combinación con otras sustancias en los informes toxicológicos sobre muertes relacionadas con el consumo de drogas<sup>49</sup>. En el caso de España todos los indicadores eran consistentes en mostrar el aumento del consumo y los problemas asociados al consumo de esta droga, aunque es cierto que existían diferencias geográficas<sup>56, 57</sup>.

## 2.2 Llegada de la epidemia

La cocaína es la segunda sustancia ilegal más consumida después de los productos derivados del cannabis. El aumento del consumo de cocaína en población general en Europa ha sido consistente desde finales de los años 90, aunque no con la misma intensidad en todos los países Europeos. La parte occidental del continente constituye el foco actual de la epidemia. España y el Reino Unido ya experimentan problemas considerables debidos a altos niveles de disponibilidad y consumo de cocaína. En otros países la situación está cambiando, los datos disponibles apuntan hacia una expansión del consumo en Francia, Italia, Irlanda, Alemania y Dinamarca. El resto de Europa, y en particular en las regiones del centro, oriente y sureste del continente parecen estar mucho menos afectados.

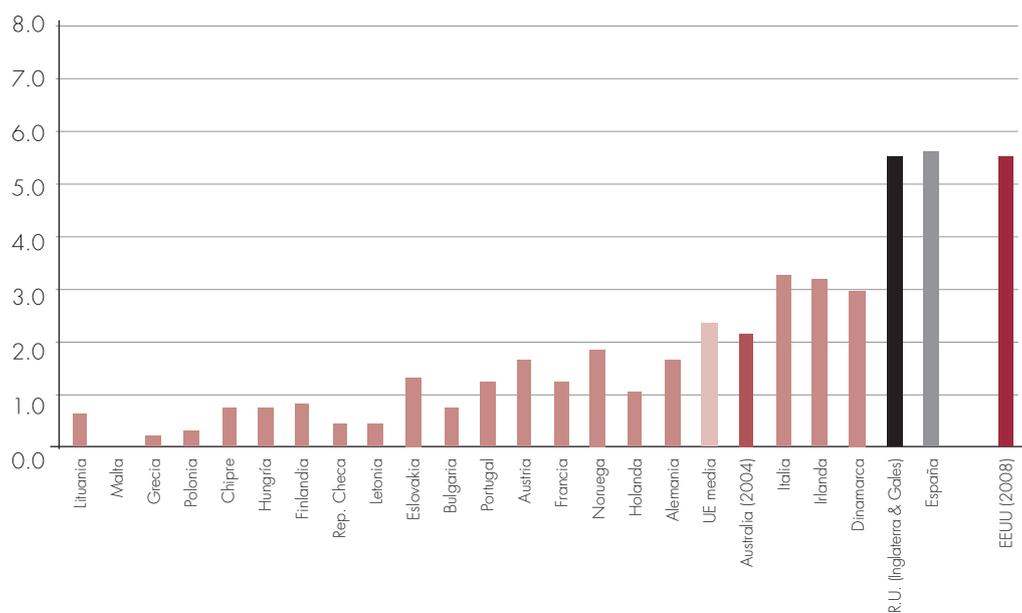
La prevalencia del consumo de cocaína en los últimos 12 meses en población general de 15-34 años ha seguido una tendencia ascendente especialmente en España y el Reino Unido. Actualmente, España puede estar, a nivel mundial, entre los países con mayor prevalencia de consumo de cocaína en población joven, según reflejan los datos de las últimas encuestas. En 2007,

Figura 7. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses en población general (15-34 años).



Fuente: Reitox National Focal Points.

Figura 8. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses en población general (15-34 años) en Europa, Australia y EEUU.



Fuente: Reitox National Focal Points.

USA: SAMHSA. Office of Applied Studies. National Survey on Drug Use and Health, 2006. ([http://oas.sam.hsa.gov/nhsda.htm#NHSDA info](http://oas.sam.hsa.gov/nhsda.htm#NHSDA%20info)).

Australian Institute of Health and Welfare: 2005-2004 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. AIHW cat.no. PHE 66. Canberra: AIHW (Drug Statistics Series N° 16).

un 5,5% de españoles entre los 15-34 años habían consumido cocaína recientemente (en los últimos 12 meses previos a la entrevista). Únicamente el Reino Unido y los EEUU, ambos con un 5,4%, registran prevalencias de consumo semejantes a las españolas, aunque en el caso del Reino Unido la prevalencia hace sólo referencia a Inglaterra y Gales. Algunos países europeos como Italia, Irlanda y Dinamarca presentan prevalencias entorno al 3%, mientras el resto de los países tienen prevalencias entre el 0,1% y 2%.

Hay que destacar que en todos los países europeos hay más hombres consumidores de cocaína que mujeres. Entre la población general de 15-34 años la prevalencia de consumo en los hombres es más del doble que en las mujeres en los países europeos con mayores prevalencias de consumo en este estrato de población. Los datos de las encuestas en población general muestran que España y el Reino Unido son los países europeos<sup>30</sup> con las mayores prevalencias, 7,7% y 7,4% respectivamente, en hombres entre los 15-34 años. Dinamarca (5,4%) es el tercer país europeo con una mayor prevalencia de consumo en hombres de esta edad, seguido de Irlanda e Italia con un 4,4% y 4,3% respectivamente. El resto de los países no supera el 2,5%, teniendo la mayoría prevalencias entre el 0,5% y el 2%.

En cuanto a las mujeres de la misma edad, en todos los países europeos presentan prevalencias mucho menores. De nuevo España y el Reino Unido encabezan la lista, aunque en esta ocasión el Reino Unido informa de una prevalencia más alta que la española, 3,5% y 3,2% respectivamente. En el resto de Europa únicamente Italia su-

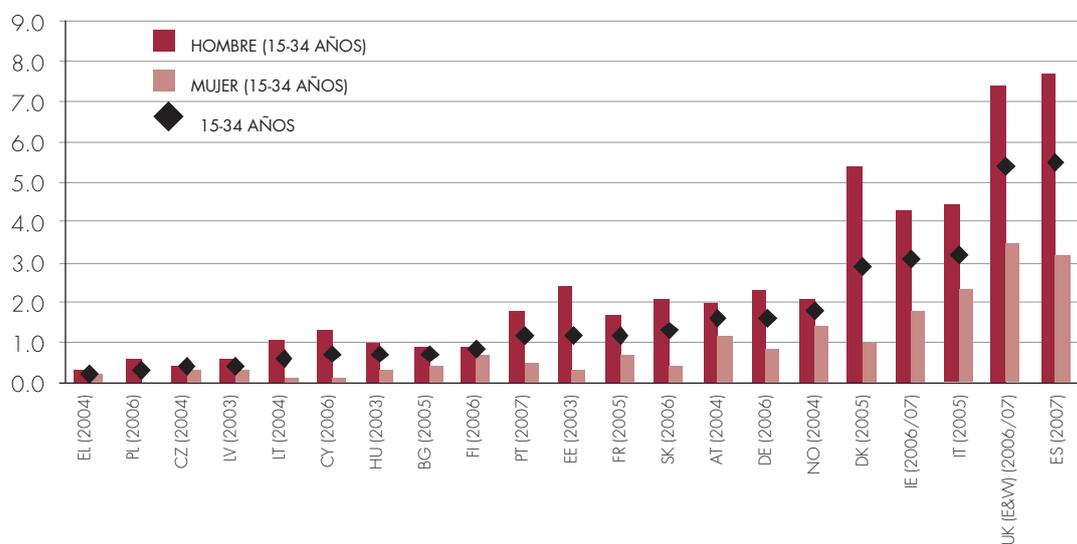
pera el 2%, mientras que la mayoría de los demás países tiene prevalencias inferiores al 1% en mujeres de 15-34 años.

La cocaína llega al consumidor europeo generalmente en forma de clorhidrato de cocaína mezclado con diversos adyuvantes (benzocaína, lidocaína, cafeína, etc.) y diluyentes (sacarosa, lactosa, etc.). Los usuarios de cocaína consumen con frecuencia otras sustancias tanto legales como ilegales. Al igual que una proporción muy elevada de población general, también consumen con bastante frecuencia alcohol y tabaco, cannabis y estimulantes ilegales<sup>58</sup>. Los consumidores de cocaína parecen tener consumos de alcohol particularmente altos, lo que puede llevar a aumentar los riesgos tanto respecto a toxicidad como a conductas de riesgo (accidentes, violencia, etc.). La prevalencia de consumo de cannabis reciente (en los últimos 12 meses) a nivel de población general entre 15-64 años tiene una correlación positiva con la prevalencia de consumo reciente de cocaína. Por tanto, los países con prevalencias altas de consumo reciente de cannabis tienden, de la misma manera, a tener prevalencias altas de consumo de cocaína<sup>39</sup>.

### 2.3 Tipología de consumidores europeos de cocaína

El descenso de los precios en algunos países europeos<sup>59</sup>, como España, y el aumento de la oferta podrían explicar el incremento del consumo de cocaína en todos los grupos de usuarios. El primer grupo lo componen consumidores "socialmente integrados". Consumen la cocaína sola o en combinación con alcohol (con frecuencia de forma intensa) y/o cannabis, no consumen opiáceos y el

Figura 9. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses en población general, grupo de edad 15-34 años, por sexo.



Fuente: Reitox National Focal Points.

uso de la vía inyectada es poco frecuente. Son principalmente varones con un perfil socioeconómico estable, que consumen cantidades moderadas por vía intranasal<sup>60,61,62</sup>. Algunos de estos consumidores después de algunos años de consumo (y dependiendo también de otros factores, tanto personales –características de la personalidad– como sociales) pueden verse sometidos a un uso compulsivo de la sustancia, pudiendo llegar a trastornos relacionados con su dependencia. Aparte de la posible dependencia, los problemas sanitarios son principalmente de índole psiquiátrica, neurológica y cardiovascular<sup>51, 63, 64</sup>. En efecto, el uso de cocaína supone un riesgo añadido a los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales<sup>65,66</sup>. Sin embargo, los problemas sociosanitarios relacionados con la cocaína (cardiovasculares, neurológicos, psiquiátricos, accidentes y violencia) posiblemente están infraestimados. Las razones pueden ser:

- 1) que algunos problemas son inespecíficos y/o crónicos por lo que no se identifica la relación causal con la cocaína,
- 2) en muchos casos el perfil social de los afectados puede hacer que no se piense o no se investigue la presencia de drogas (cocaína) –principalmente si el problema no es grave o fatal. Incluso en un número desconocido de muertes que se producen después de algunos días (por ejemplo. cardiovasculares), si no se sospecha inicialmente en el momento del fallecimiento, la toxicología puede ser negativa.

El segundo grupo lo integran jóvenes consumidores de cocaína con patrones de consumo intenso por vía intranasal, durante periodos cortos, en locales de fiestas o eventos musicales<sup>61, 67</sup>. Este grupo presenta problemas sociales, legales y médicos agu-

dos, especialmente entre los que además consumen cocaína base o se inyectan<sup>68, 69</sup>. Los riesgos de evolucionar hacia patrones de consumo crónicos y más problemáticos es considerable. En los últimos años, en algunos países europeos, se ha observado un efecto de sustitución de otros estimulantes (derivados de las anfetaminas y de las feniletilaminas) por el consumo de cocaína entre la población que frecuentan pubs, discotecas, macrofiestas y acontecimientos musicales. En España, determinados estudios recientes muestran la existencia de dos subpoblaciones con un perfil sociodemográfico y de consumo diferenciado en los jóvenes consumidores de cocaína. El consumo regular de cocaína base/crack es el factor diferenciador. Los consumidores de base presentan menor nivel educativo, mayor proporción de desempleo, más problemas con la justicia, un consumo de cocaína más intenso, mayor prevalencia de otras sustancias, mayor prevalencia de inyección y altísimas prevalencias de consumo de alcohol y tabaco<sup>70</sup>.

El tercer grupo lo integran consumidores y ex consumidores de heroína, entre los que se ha extendido el consumo de cocaína y los problemas de salud relacionados con su consumo<sup>51, 61, 62, 71</sup>. Muchos de ellos están en tratamiento con sustitutivos opiáceos. Dentro de este grupo existe un subgrupo menos numeroso que consume crack. Presentan un perfil más marginal y sólo se han identificado en algunas regiones y ciudades del oeste de Europa. El consumo de crack es especialmente prevalente en el Reino Unido<sup>72,73,74</sup>. En España se ha registrado un aumento del consumo en Canarias, Andalucía y Madrid<sup>31,32</sup>, donde tradicionalmente se consume heroína fumada. El crack se inhala ('chasing') mezclado

con heroína en la misma dosis. Entre esta población se da una exacerbación de los problemas de salud debido a una mayor frecuencia del uso de la vía inyectada que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas (HIV, HBC, HB) y de provocar sobredosis.

## 2.4 Percepción de las drogas como problema social

Según los datos del barómetro CIS sobre la percepción de los principales problemas de España, a finales de los 80 un 49% de los españoles opinaban que las drogas ilegales, especialmente la heroína, era uno de los tres principales problemas que tenía el país. Sin embargo, la situación ha ido cambiando a lo largo de los años. En la actualidad, a pesar de la epidemia de cocaína en el país, menos del 2% de los ciudadanos españoles considera que se trata de un problema realmente importante<sup>75</sup>. Por otro lado en la gran mayoría de los países europeos la proporción de personas que habían observado situaciones problemáticas relacionadas con las drogas creció entre 1996 y 2000, sin embargo en España, al igual que en Francia, esta proporción había bajado<sup>76</sup>. Es muy posible que a este cambio en la percepción de los ciudadanos haya contribuido la menor visibilidad del consumo de drogas, y el hecho de que ya no sea tan frecuentemente mencionado por los medios de comunicación. Los cambios en los mercados de la droga, como la sustitución de heroína blanca por marrón, la aparición de nuevas sustancias, el cambio de vía de administración de la heroína<sup>77</sup>, además de las actividades encaminadas a la reducción del daño, que han disminuido de forma importante los patrones

de consumo más problemáticos, han sido factores determinantes para que el consumo de drogas se torne menos visible. La heroína y las graves consecuencias socio-sanitarias causadas por su consumo corren el peligro de caer en el olvido<sup>78,79,80,81,82</sup>. A pesar que desde mediados de los 90 las admisiones a tratamiento por consumo o dependencia de cocaína han aumentado extraordinariamente, principalmente debido a los consumidores por vía intranasal que no consumen opiáceos y que tanto el consumo como los problemas asociados a la cocaína no han dejado de crecer entre los consumidores de heroína, la percepción del consumo de drogas como un problema importante ha seguido disminuyendo. Este hecho podría contribuir a disminuir la atención política sobre el problema de las drogas y a incurrir en los mismos errores que ya se cometieron en el pasado con la heroína (por ejemplo, instauración tardía de programas de reducción de daños)<sup>78</sup>.

## 2.5 Consumo problemático de cocaína

Actualmente se estima que en torno a un 20% de las admisiones a tratamiento por

uso de drogas en centros especializados que se realizan en Europa están relacionadas con el consumo problemático de cocaína en polvo. Este porcentaje es aún mayor entre las nuevas admisiones (25%). A nivel europeo no se registra un porcentaje importante de admisiones relacionadas con el uso de crack. Únicamente en el Reino Unido el porcentaje de admisiones por crack es de cierta importancia<sup>30</sup>.

En España, el porcentaje de urgencias por reacción aguda tras el uso de drogas con menciones de cocaína superó a las de heroína en 1998<sup>83</sup>. Las admisiones por abuso o dependencia de cocaína no han dejado de crecer desde entonces, siendo más acentuado este incremento entre los nuevos tratamientos. El número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína sobrepasó al de las admisiones por heroína en el 2002. La proporción de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detecta cocaína supera el 50% a partir de 1998. Todos los indicadores de consumo problemático disponibles en España muestran que los problemas de cocaína continúan creciendo<sup>84</sup>.

## Conclusiones

A pesar del escepticismo reinante entre algunos expertos europeos, hay que seguir avanzando en la armonización de los indicadores ya existentes a nivel europeo e iniciar el proceso de desarrollo de otros, sobre todo en materia de oferta. En efecto, el desarrollo de los sistemas de información sobre la demanda y oferta de drogas a nivel europeo<sup>85,86,87</sup> ha contribuido de

forma decisiva a mejorar la calidad de los datos epidemiológicos relacionados con el consumo de cocaína y también, aunque en menor medida, de los datos sobre oferta. A pesar de estos avances y del conocimiento acumulado aún persisten dificultades para estudiar el uso y problemas asociados a la cocaína, así como del abastecimiento de esta droga en Europa.

En el campo de la epidemiología habría que seguir armonizando los métodos de recogida para la obtención de datos comparables. Sería aconsejable mejorar las condiciones, en lo que se refiere a la estabilidad laboral, de los equipos de profesionales que coordinan y gestionan los sistemas de información. Debería avanzarse hacia una mayor profesionalización de los técnicos que contactan directamente con los consumidores para cubrir posibles deficiencias (preguntar sistemáticamente por el consumo de las sustancias, distinción entre crack/base y cocaína polvo, problemas asociados a la definición de droga principal y secundaria, etc.). Se debería, asimismo, formar a los profesionales de los servicios de urgencias para garantizar una correcta notificación de los episodios de urgencias provocados por consumo de cocaína, reduciendo las lagunas de información e infranotificación<sup>88</sup>. Además, debería seguir mejorándose la coordinación entre las diversas instituciones implicadas para mejorar las certificaciones de muertes provocadas por el consumo de drogas, en concreto por la cocaína<sup>89</sup>.

Las encuestas de población general son instrumentos que difícilmente permiten identificar los patrones de consumo más problemáticos ya que el uso intenso y los problemas se concentran en grupos pequeños y difíciles de alcanzar. Además, existen grandes variaciones locales en el nivel y naturaleza de los problemas de cocaína que no aparecen a nivel nacional. Por su parte, los estudios de grupos específicos (recreativos o marginales), presentan problemas para captar ciertos grupos de consumidores (poblaciones ocultas)<sup>77, 90, 91</sup>.

Si se pretende llevar a cabo un seguimiento efectivo de los indicadores sobre la

reducción de la oferta, fuera y dentro de Europa, sería vital mejorar el conocimiento sobre las dinámicas del tráfico ilegal de los productos derivados de la planta de coca y de las sustancias químicas necesarias para su fabricación. En concreto, debería profundizarse en los métodos que permitan alcanzar una estimación de la producción de cocaína, ya que hasta el momento existe cierta disparidad entre las distintas cifras disponibles a nivel internacional. Además, de momento, no existen datos ni información sobre la cantidad de cocaína que llega a los mercados europeos. El desarrollo de un método para estimar la magnitud del mercado sería un primer paso.

Para mejorar el conocimiento del comercio de cocaína dentro de Europa sería conveniente realizar estudios específicos sobre los diversos mercados de la cocaína existentes en Europa, especialmente orientados al conocimiento de su estructura, organización, elementos y modos de funcionamiento.

Resulta difícil hacerse una idea clara sobre las características del tráfico interior de cocaína en Europa, basándose, únicamente, en indicadores tales como los decomisos, el precio o la pureza. Es preciso continuar el desarrollo de éstos para mejorar la fiabilidad y comparabilidad de la información disponible y así avanzar hacia análisis más detallados (por ejemplo distinción entre el clorhidrato y la base de cocaína; la relación entre el precio y la pureza, etcétera). Pero sobre todo, sería muy importante desarrollar otros indicadores basados en fuentes no policiales, que permitirían complementar los datos cuantitativos con una adecuada información cualitativa, obteniendo una perspectiva mucho más amplia de la situación.

Resulta muy complicado determinar de manera precisa cuál pueda ser el nivel de consumo de cocaína, los problemas asociados con sus métodos de consumo más problemáticos y las dinámicas de los mercados desde la situación en los lugares de producción hasta la distribución al por menor. Las comparaciones geográficas y temporales e incluso la evaluación de las intervenciones también son difíciles de establecer.

Ahora bien, no puede exigirse a los sistemas de información epidemiológica que ofrezcan aquello que no pueden dar. En efecto, mientras que individualmente cada una de estas herramientas está limitada y no permite extraer conclusiones definitivas, cuando se analizan en conjunto sí proporcionan una imagen válida tanto sobre la situación como sobre la evolución del fenómeno de la cocaína.

La imagen que proyectan hoy en día los sistemas de información permite concluir que las conjeturas sobre el fenómeno de la cocaína en Europa (y en España) se han hecho realidad, aunque existen diferencias entre y dentro de los diferentes países en cuanto a la magnitud y los problemas relacionados. Sin embargo, esta situación podría cambiar en los próximos años, por ejemplo, si una mayor proporción de la cocaína que ya transita a través de los países de Europa del sureste comienza a ser distribuida en los mercados locales para su consumo.

En Europa occidental se observa un incremento del uso de cocaína entre segmentos de la población más integrada, favorecido por el aumento de la oferta, la disponibili-

dad y probablemente por el descenso de su precio. Por otra parte, el uso de cocaína está generalizado entre los consumidores de opiáceos de muchos países del occidente europeo, entre quienes existe el peligro de que surjan patrones de consumo más problemáticos como la inyección y/o el consumo de crack.

Por lo tanto todos los indicadores coinciden en señalar un aumento de la disponibilidad, del consumo y de los problemas de salud asociados al consumo de cocaína en Europa: mayores cantidades de cocaína decomisadas y mayor número de decomisos, descenso de los precios, incremento de la prevalencia registrado por las encuestas de población general y escolar, incremento del número de admisiones a tratamiento en los últimos años, principalmente de cocaína consumida por vía intranasal y un aumento como droga secundaria en usuarios de otras drogas, sobre todo de la heroína. En España el número de urgencias hospitalarias ha crecido superando a las registradas por opiáceos. La detección de cocaína, o sus metabolitos, en los informes forenses de fallecidos por consumo de drogas continúa aumentando, a pesar de la infranotificación existente tanto en las urgencias como en los fallecimientos. Aunque el consumo de cocaína no está generando consecuencias tan catastróficas como las provocadas por la heroína, los problemas sociosanitarios ya existentes son muy graves y podrían empeorar todavía más. Un cambio en los mercados de la droga, una mayor disponibilidad de crack, más barato, o un cambio en la vía de administración, de intranasal hacia intravenosa o pulmonar, puede dar un vuelco radical a la situación actual.

## Agradecimiento

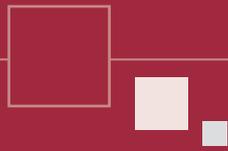
Los autores agradecen al doctor Ignacio Vázquez Moliní la lectura y las sugerencias aportadas al artículo, a Bruno Guarita, Marco Serafini y André Noor por sus sugerencias y colaboración en el análisis de datos.

- <sup>1</sup> Council Regulation (EEC) No 302/93 of 08 de February 1993 on the –establishment of a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Official Journal of the European Communities, No. L 36, 12 February 1993, pp. 1-8)
- <sup>2</sup> Los cinco indicadores epidemiológicos del OEDT son: Admisiones a Tratamiento por consumo o dependencia de drogas, Mortalidad relacionada con el consumo de drogas, Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en población general, Enfermedades infecciosas en consumidores de drogas y Estimación de la prevalencia de consumo problemático de drogas. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
- <sup>3</sup> EMCDDA, Cocaine and crack drug profile, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine>
- <sup>4</sup> EMCDDA (2008) Annual report 2008: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- <sup>5</sup> EMCDDA (2009) Annual report 2009: The state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- <sup>6</sup> Henman A. (1981), *Mama Coca*, El Áncora Editores, Bogotá.
- <sup>7</sup> Grzybowski A. The history of cocaine in medicine and its importance to the discovery of the different forms of anaesthesia, *Klin Oczna.* 2007; 109; 1-3:101-5.
- <sup>8</sup> Karch S. (1999), 'Japan and the cocaine industry of South-East Asia, 1864-1944', in Gootenberg, P. (ed.) (1999), *Cocaine: Global histories*, Routledge, London, pp. 147–161.
- <sup>9</sup> De Kort M. (1999), 'Doctors, diplomats, and businessmen. Conflicting interests in the Netherlands and Dutch East Indies, 1860-1950', in Gootenberg, P. (ed.) (1999), *Cocaine: Global histories*, Routledge, London, pp. 123-145.
- <sup>10</sup> Das G. Cocaine abuse in North America: a milestone in history. *J Clin Pharmacol.* 1993; 33:296-310.
- <sup>11</sup> Mortimer WG. (1974, original edition: 1901), *History of coca. 'The divine plant of the Incas'*, And/or Press, San Francisco.
- <sup>12</sup> Por ejemplo, la legislación boliviana (Ley 1008) permite el cultivo de hasta 12 000 hectáreas de coca para abastecer el mercado de consumo nacional.
- <sup>13</sup> UNODC (2008) *2008 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/WDR\\_2008\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf)
- <sup>14</sup> NDIC (2007), *National drug threat assessment 2008*, National Drug Intelligence Center, U.S. Department of Justice, Johnstown, October 2007. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25921/25921p.pdf>
- <sup>15</sup> Las cifras publicadas sobre la producción ilegal de cocaína son estimaciones de la "cocaína pura", según ONUDD, o del "alcaloide de cocaína puro", según NDIC, que contiene el clorhidrato de cocaína que potencialmente se puede obtener a partir de la producción total de hoja de coca en un año. Por ejemplo, dado que la ONUDD estima que la producción de "cocaína pura" en Colombia en 2006 fueron 610 toneladas y que se estima que el clorhidrato de cocaína Colombiano contiene un promedio de 85% de "cocaína pura" se puede calcular que en 2006 la cantidad potencial de clorhidrato de cocaína fabricada en Colombia pudo ascender a unas 702 toneladas (610 toneladas de "cocaína pura" +15%).
- <sup>16</sup> UNODC (2008) *Coca cultivation in the Andean region. A survey of Bolivia, Colombia, Ecuador and Peru*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, June. [http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Andean\\_report\\_2008.pdf](http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Andean_report_2008.pdf)
- <sup>17</sup> UNODC (2008), *2008 world drug report. Seizures of illicit drug laboratories*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/Seizures\\_lab.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/Seizures_lab.pdf)

- 18 INCB (2008), Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, United Nations, New York, 5 March.
- 19 UNODC (2007), 2007 world drug report. Seizures of illicit drug laboratories, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. Vienna. [http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/seizures\\_lab.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/seizures_lab.pdf)
- 20 Europol (2007), Project COLA – European Union cocaine situation report 2007, Europol, The Hague.
- 21 INCB (2008), Report of the International Narcotics Control Board for 2007, United Nations, New York, 5 March.
- 22 Zaitch, D. (2002), Trafficking cocaine: Colombian drug entrepreneurs in the Netherlands, Kluwer Law International, The Hague.
- 23 UNODC (2007), 2007 world drug report, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. [http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR\\_2007.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf)
- 24 US State Department (2008), International Narcotics Control Strategy Report 2008, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, Washington, March. <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2008/vol1/html/100776.htm>
- 25 ODCCP (1999), The Drug Nexus in Africa, OCDDP Studies on Drugs and Crime, United Nations Office of Drug Control and Crime Prevention Studies on Drugs and Crime, monograph series issue number 1, Vienna, March.
- 26 Laniel L. (2001), 'La droga en el África Meridional: todo sigue igual', Revista internacional de ciencias sociales, N° 169, septiembre.
- 27 Beckerleg S, Telfer M, Sadiq A. A Rapid Assessment of Heroin Use in Mombasa, Kenya, Substance Use & Misuse 2006; 41; No. 6-7.
- 28 Zaitch, Damian (2003), 'Recent trends in cocaine trafficking in the Netherlands and Spain.' From Global Organised Crime: Trends and Developments, Springer, Dordrecht, The Netherlands.
- 29 Caulkins JP, Burnett H, Leslie E. How illegal drugs enter an island country: insights from interviews with incarcerated smugglers. Global Crime 2009; 1744-0580, Vol 10, Issue 1.; 66 – 93.
- 30 EMCDDA (2008), Statistical bulletin 2008, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/statistical-bulletin>
- 31 Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L, Royuela L. Is crack consumption spreading in Spain into groups that do not consume heroin? (letter). Med Clin (Barc), 1999 Nov; 113:17, 676-7.
- 32 Barrio Anta G, Rodríguez Arenas MA, de la Fuente de Hoz L, Royuela L. Emergency room admissions in cocaine users in Spanish hospitals: first evidences of acute complications related to crack use. Work Group for the Study of Emergencies from Psychostimulants Med Clin (Barc), 1998; 111:2, 49-55
- 33 Europol (2007), OCTA – EU Organised crime threat assessment 2007, Europol, The Hague.
- 34 Zaitch, D. (2005), 'Cocaïne, conteneurs, contacts et contrôles. Le port de Rotterdam selon des trafiquants de drogues colombiens', Les Cahiers de la Sécurité, dossier «Drogues et antidrogue en Colombie», n° 59, quatrième trimestre, 107-145.
- 35 INCB (2008), Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, United Nations, New York, 5 March.
- 36 Spillane, J. (2000), Cocaine: From Medical Marvel to Modern Menace in the United States 1884-1920, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- 37 Musto DF: America's First Cocaine Epidemic. WQ 1989:Summer: 59-64
- 38 Cregler II. Mark H: Medical complications of cocaine abuse, N Engl J Med 1986; 315:1495-1500.
- 39 Kohn, M. Dope Girls: The Birth of the British Drug Underground. London, Granta, 2003.
- 40 Eyguesier, P. Comment Freud devint drogman : études sur la coca et la cocaïne à la Belle époque, Paris, Seuil, 1983.
- 41 EMCDDA (2007), Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44746EN.html>
- 42 Strang J, Griffiths P, Gossop M. Crack and cocaine use in South London addicts 1987-89. CBr J Addict 1990; 85: 193-196
- 43 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1993. Madrid: Madrid, Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
- 44 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1995. Madrid: Madrid, Ministerio del Interior, 1996.

- 45 Brugal MT, Villalbí JR, Torralba L, Valverde JL, Tortosa MT. Epidemiología de la reacción aguda adversa a drogas en Barcelona, 1983-1992: análisis de la mortalidad. *Med Clí (Barc)* 1995; 105:401-5.
- 46 Domingo A, Antó JM, Camí J. Epidemiological surveillance of opioid-related episodes in an emergency room of Barcelona, Spain (1979-1989). *Br J Addict* 1991; 86:1459-66.
- 47 Sánchez J, Rodríguez B, De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Roca J, et al. Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:54-60.
- 48 Hartnoll, R Développement de l'indicateur première demande de traitement et système de déclaration du traitement. Troisième rapport d'activité : Résultats de recensement des clients en traitement et situation en ce qui concerne la notification des premières demandes de traitement. Estrasburgo. Grupo Pompidou. Consejo de Europa 1991.
- 49 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 3. Observatorio Español sobre Drogas. Marzo 2000. Madrid: Ministerio del Interior, 2000.
- 50 Barrio G, de la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto Europeo. *Med Clin (Barc)*, 1993; 101: 344-355.
- 51 Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf Emerg*, 2000; 2: 88-102.
- 52 Camí J, Antó JM, Monteis J et al. Monitoring cocaine epidemics in Barcelona. *Lancet* 1987; II:450-51.
- 53 Camí J, Rodríguez ME. Cocaína: la epidemia que viene. *Med Clí (Barc)* 1988; 91:71-6.
- 54 Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Díaz A, Rodríguez-Artalejo F and the Spanish Group for the Study of the Route of Drug Administration. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998; 5:172-80.
- 55 Torrens M, San L, Peri JM, Ollé JM. Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1991; 27:29-34.
- 56 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 2. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 1999.
- 57 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 3. Observatorio Español sobre Drogas. Marzo 2000. Madrid: Ministerio del Interior, 2000.
- 58 EMCDDA (2006), Annual report: 2006 Annual report: the state of the drugs problem in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/statistical-bulletin>
- 59 Schifano F, Corkery J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). *J Psychopharmacol*. 2008 Jan; 22(1):71-9
- 60 Decorte, T. (2000). The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities. VUB University Press, Bruselas.
- 61 EMCDDA (2007). Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue EMCDDA, Lisbon, November 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44746EN.html>
- 62 EMCDDA (2007). Cocaine use in Europe: implications for service delivery. EMCDDA, Lisbon, January 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44778EN.html>.
- 63 Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989-93. *Addiction*. 1996 Mar; 91(3):419-26.
- 64 Hsue PY, McManus D, Selby V, Ren X, Pillutla P, Younes N, Goldschlager N, Waters DD. Cardiac arrest in patients who smoke crack cocaine. *Am J Cardiol*. 2007 Mar 15; 99(6):822-4.
- 65 Karlsson G, Rehman J, Kalaria V, Breall JA. Increased incidence of stent thrombosis in patients with cocaine use. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007 Jun 1; 69(7):955-8.
- 66 Egred M, Davis GK. Cocaine and the heart. *Postgrad Med J*. 2005 Sep; 81(959):568-71.
- 67 Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, Rehm J, Güttinger F, Fischer G, Jagsch R, Olsson B, Ekendahl M, Verster A, Camposeragna A, Pezous A-M, Gossop M, Manning V, Cox G, Ryder N, Gerevich J, Bacsikai E, Casas M, Matali JL, Krausz M: Cocaine Use in Europe - A Multi-Centre Study. *Eur Addict Res* 2004; 10:139-146.
- 68 Barrio G, Rodríguez MA, De la Fuente L, Royuela L, Grupo de trabajo para el estudio de urgencias por psicoestimulantes. Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack. *Med Clí (Barc)* 1998; 111:49-55.

- 69 Gutiérrez del Río C. Adicción a drogas: consumo y consecuencias en continuo cambio. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 501-503.
- 70 Pulido J, Brugal MT, de la Fuente L, Ballesta R, Barrio G, Bravo MJ, Domingo-Salvany A, Castellano Y, Fernández F, Grupo del Proyecto Itínere. Recruitment methodology and characteristics of a cohort of young regular cocaine users in three Spanish cities (the Itínere-cocaine Project). *Gac Sanit.* 2009 Feb 26. (en prensa)
- 71 De la Fuente L, et al. Metodología del estudio de cohortes del proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 475-491
- 72 Beswick T, Best D, Rees SJ, Coomber R, Gossop M, Rees S, Strang J. Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment. *Drug and Alcohol Review* 2001; 20: 201-204
- 73 Sumnall HR, Bellis M A, Cole JC and McVeigh, J. Crack-cocaine injection: A retrospective analysis of clients in Merseyside specialist drug treatment agencies. *Drugs: education, prevention and policy* (2005) 12:3, 213 – 221
- 74 Rhodes T, Briggs D, Kimber J, Jones S & Holloway G. Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: qualitative study. *Addiction* 2007; 102, 1782–1790.
- 75 Centro de Investigaciones Sociológicas. Los indicadores del barómetro: Percepción de los principales problemas de España (Tres problemas principales que existen actualmente en España). [http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblems.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblems.html)
- 76 European Commission (2000). Eurobarometer surveys Drugs and Security: Security and victimisation in the EU - Contact with drugs related problems Ref 145.Survey 11-12/00 Report 11/02. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_145\\_100.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_145_100.pdf)
- 77 De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo J and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The Transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. Implications for control of the HIV epidemic. *Addiction* 1997; 92(12):1749-1763.
- 78 De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. More than thirty years of illicit drugs in Spain: a bitter story with some messages for the future. *Rev Esp Salud Publica.* 2006 Sep-Oct; 80(5):505-20
- 79 Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A, and Itínere Project Group. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction.* 2009; 104(4):614-9.
- 80 Bravo Maria J, Royuela L, Brugal MT, Barrio G, Domingo A, De la Fuente L y Grupo del Proyecto Itínere. Modelos de acceso a jeringas estériles entre los jóvenes inyectores de drogas de Madrid y Barcelona y su asociación con las prácticas de riesgo. *Gac Sanit.* 2008 Mar-Apr; 22(2):128-32.
- 81 Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, De la Fuente L, Suárez M, Brugal MT. More free syringes, fewer drug injectors: the case of Spain. *Soc. Sci. Med.* 2007 (65); 1773-1778.
- 82 Wiessing L, Pirona A, Hedrich D. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy.* 2008; 15(6): 503-517.
- 83 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas indicador Tratamiento, Urgencias y Mortalidad. Informe año 1999. Ministerio del Interior. Madrid 2000.
- 84 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2007. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- 85 EMCDDA (2000), Treatment demand indicator, standard protocol 2.0 EMCDDA, Lisbon, July 2000. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>
- 86 EMCDDA (2002), Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA, Lisbon, August 2002. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html>
- 87 EMCDDA (2002). EMCDDA standard protocol to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths (DRD-Standard, version 3.0). EMCDDA, Lisbon, August 2002. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58091EN.html>
- 88 Pérez, K, Domingo Salvany A, Garcés, J.M, Hartnoll, R.L. Información sobre el consumo de opioides y cocaína en la anamnesis de urgencias : validez y fiabilidad. *Medicina clínica,* 1996; 107(18): 702-705.
- 89 Brugal MT, Barrio G, Regidor E, Mestres M, Caylà JA, de la Fuente L. Discrepancies in the number of deaths from an acute reaction to psychoactive substances recorded in Spain *Gac Sanit.* 1999 Mar-Apr; 13(2):82-7.
- 90 Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Royuela L, Domingo L, Silva T. Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic. *Addiction.* 2003 Jun; 98(6):749-60.
- 91 Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction* 1993; Vol 88, Issue 12: 1617 – 1626,.



COCAÍNA



# La cocaína y las drogas de síntesis en los medios de comunicación

*Alberto Gayo*

*Jefe de Sociedad del semanario Interviú y reportero experto en drogas*

Cuando los organizadores de estas jornadas me propusieron analizar cómo los medios de comunicación de masas tratan los asuntos relacionados con la cocaína y el resto de drogas de síntesis lo primero que hice fue una rápida, sencilla y poco científica comprobación. Coloqué en un buscador de Internet, en uno de los más utilizados, la palabra cocaína. Al instante aparecieron casi un millón de entradas a páginas Web españolas. Un repaso a las diez primeras dibujaba un panorama no sólo curioso sino clarificador del papel de la cocaína en nuestra realidad... cibernética

Por este orden había un portal médico que hablaba del clorhidrato de cocaína como la *coca del ejecutivo*; una bitácora liberal; la noticia de que la extensión del consumo había multiplicado las cirugías de reconstrucción nasal; una crónica de sucesos sobre el hallazgo de dos kilos de droga en la vía pública de una localidad valenciana; un monográfico elaborado por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD); una crónica humorística sobre Jaime de Marichalar, ex de la Infanta Elena; una reflexión sesuda de una fundación científica; el reclamo de una clínica de desintoxicación; una información sobre los infartos que provoca la coca y una infografía de la Fundación de Ayuda contra

la Drogadicción (FAD). El principal medio de comunicación social, el que ha revolucionado el conocimiento y la forma de entender lo que nos rodea no dejaba muchas dudas: la cocaína está ahí y causa problemas.

No hace mucho, el Plan Nacional sobre Drogas que dirige Carmen Moya hizo pública una guía de buenas prácticas para medios de comunicación en el tratamiento de las drogas. Allí se aseguraba que en España hay cerca de 400.000 personas con acceso a fuentes directas de información sobre drogodependencias. Entre ellos, trabajadores sociales, educadores, psicólogos, médicos, familiares de drogodependientes, terapeutas y afectados. En total, no serían más del 1 por ciento de la población del país. El 99 por ciento restante tienen como principal fuente de información a los medios de comunicación, siendo la televisión e Internet los de mayor influencia. Examinar en profundidad cómo se habla de la cocaína en la red ciberespacial es misión imposible; y valorar su presencia en la televisión —cuando casi siempre aparece en tertulias, debates y programas de escasa credibilidad— me llevaría a conclusiones poco esperanzadoras.

Prefiero exponer el trabajo realizado en *Interviú* en la última década, en una de las

publicaciones con más peso e historia del periodismo español de actualidad. *Interviú* lleva en los quioscos más de 32 años, en sus páginas se ha vivido la llegada de la heroína antes de los 80, el triunfo de la drogas de síntesis a mediados de los 90 y el ascenso imparable de dos sustancias muy distintas, el cannabis y la cocaína.

En 1976, pocos meses después de morir el dictador Francisco Franco y bajo el título '*Interviú* tomó LSD. Un viaje a la locura', el periodista Ángel Montoto daba testimonio de los efectos de un alucinógeno en efervescencia en España, los conocidos popularmente como *tripis*. En compañía de un médico, Montoto narraba lo que experimentaba. Estábamos ante un periodismo en primera persona, de testigo directo, que prefería acudir directamente a la originaria fuente de información: la sustancia en sí misma.

Veintisiete años después, en 2003, otro reportaje de *Interviú* anunciaba la presencia en el *mercado negro* de un medicamento usado para tratar la narcolepsia. Se llamaba modafinilo y formaba parte ya del catálogo de drogas recreativas. Con el título '*La pastilla del superhombre*' se exponía su potencial para mantener concentrado, despierto y lúcido durante día y medio a quien lo probaba. En este caso –y como cierto homenaje a ese periodismo en primera persona– el periodista que escribe estas líneas fue el *conejillo de Indias* de esta sustancia.

Blanco y negro o color, testigo directo o accediendo a otras fuentes... las diferencias pueden ser muchas, el fondo era el mismo, conocer de primera mano y bien asesorados el mundo de las drogas de abuso.

A pesar de la muy mala prensa, o quizás por eso, los reportajes sobre la cocaína interesan y son muy bien recibidos por los lectores. Entre los años 2000 y 2003 las encuestas internas realizadas a los lectores de *Interviú* mostraban que un reportaje sobre cocaína o drogas de síntesis en páginas interiores y sin referencia en la portada era muchas veces más valorado que otros temas que llevaban incorporada una *llamada* en la portada. Se leían más y mejor.

En los casi once años que llevo en este semanario, he puesto en marcha más de 60 reportajes –con una media de cuatro páginas cada trabajo–. Se ha producido monográficos de las principales sustancias ilegales (cocaína, ketamina, metildioximetanfetamina (MDMA), cannabis...), reportajes de investigación (pureza de la coca, nuevas tendencias de consumo...), se ha informado sobre los avances científicos más decisivos (posible utilización del principio activo del éxtasis para tratar el *shock* por estrés postraumático o las técnicas de neuroimagen para conocer los efectos de la cocaína en el cerebro), se han dado a conocer las drogas de última generación (desde las drogas de laboratorio al modafinilo) y sus efectos, se ha repasado la influencia de muchas de estas sustancias en otra disciplinas como el arte y la literatura, y hemos estado atentos a debates sociales como la legalización de algunas drogas, sus efectos terapéuticos o las nuevas pautas de consumo.

Si algo ha caracterizado a *Interviú* en esta última década –y eso lo saben bien tanto en el PNSD como en colectivos que trabajan a pie de obra como la FAD o Energy Control– es que ha huido del proselitismo y de la apología, del paternalismo y la

versión oficial, del sensacionalismo y del periodismo de encuesta o estadística.

Un vistazo rápido a la prensa demuestra que una gran parte de las informaciones publicadas sobre la cocaína están siempre relacionadas con la represión de la oferta, los espectaculares alijos de clorhidrato de cocaína, los métodos de introducción que usan las grandes mafias del narcotráfico o el aumento del consumo.

En *Interviú* hemos querido ir un poco más allá. Ver por qué la cocaína se había extendido tan rápidamente, pasando de una élite social a convertirse en una droga al alcance de cualquiera y que se puede encontrar en cualquier lugar. El análisis y la explicación de cuáles son los verdaderos efectos de un consumo prolongado en el organismo –sobre todo en el cerebro- y de cuáles son las motivaciones que llevan a un joven a *esnifar* su primera raya han guiado también nuestro trabajo.

Como ejemplo, un par de reportajes fechados entre 2001 y 2003. Casi cinco años antes de que las autoridades antidroga españolas alertaran de que el consumo de cocaína se había disparado y de que Naciones Unidas y otros observatorios internacionales situasen a España entre los países *más consumidores* del mundo, *Interviú* publicó '*La raya que no cesa*' y '*La epidemia blanca*', dos trabajos sobre la verdadera cara de la cocaína en nuestro país. Aunaban tres elementos prioritarios de lo que para las sucesivas direcciones del semanario debía ser un reportaje sobre sustancias ilegales: actualidad, información diferenciada y altura de miras.

Actualidad porque se había pasado del silencio clínico durante décadas a cientos

de urgencias hospitalarias y demandas de tratamiento provocadas por el consumo problemático de cocaína. Información diferente porque aportábamos al lector un análisis de laboratorio sobre la *mercancía* que se vendía en el *mercado negro* de las ciudades más pobladas (qué pureza y adulterantes se iban a encontrar los consumidores). Y una mirada hacia el futuro aportando los últimos datos sobre cómo afectaría ese consumo prolongado a nuestro cerebro y qué avances científicos se estaban logrando para controlar la adicción y para entender sus mecanismos de actuación.

Estamos hablando de *Interviú* y no de una publicación médica o antropológica. Los principios de informar, formar y entretener deberían convertirse en principios irrenunciables de los reportajes sobre cocaína y otras sustancias químicas de uso recreativo.

La información sin sesgos es clave. No es lo mismo hablar con un consumidor esporádico que *esnifa* una raya en una boda que hacerlo con un consumidor compulsivo que fuma cocaína base en un poblado marginal. No es lo mismo dar publicidad a unas frías cifras de una encuesta escolar que escudriñar a fondo las estadísticas comparadas de varios años o acercarse a un instituto para saber qué piensan los estudiantes. Con frecuencia los medios de comunicación utilizan el testimonio y las imágenes de cocainómanos con un consumo problemático –policonsumidores o personas en tratamiento- para ilustrar cualquier noticia sobre la cocaína. Lejos de situar a ras de suelo el problema lo que se consigue en una estigmatización gratuita que no llega a su objetivo: la prevención.

El segundo fundamento sería el de formar sin arrogarnos el papel de marcadores de

pautas, pero sí el de suministradores de una información veraz que fomente la responsabilidad tanto en el lector que consume como en el que no lo hace, siendo conscientes de que entre la audiencia habrá seguramente un padre preocupado, un joven hastiado o inquieto, o un adolescente ávido de experiencias.

Y por último, entretener. Las tesis doctorales corresponde hacerlas a otros, las tribunas sesudas están llenas de personal, por eso optamos por la descripción de ambientes, la incorporación de testimonios identificados y el uso de un lenguaje que se entienda en la calle.

En 1999 –la experiencia la repetiríamos en 2003 tras la entrada del euro– fuimos los primeros en utilizar los servicios de prestigiosos laboratorios para aportar algo más de luz. En algunas capitales europeas se habían analizado billetes de curso legal para comprobar si había trazas o restos de cocaína. Aquí lo hicimos y se repitieron los resultados de países de nuestro entorno: cerca de un 90 por ciento estaban contaminados. Por mucho que explicamos en el reportaje que los elevadísimo porcentaje de billetes con restos de cocaína no indicaban niveles de consumo –los billetes se contaminan unos a otros con el simple paso de una mano a otra, o con que estén pegados en la cartera–, hubo medios que hicieron sus propias interpretaciones. El más repetido hablaba de que como los billetes se usan para fabricar el cilindro con el que se *esnifa*, España estaba llena de cocainómanos.

El origen de la información es otro de los apartados esenciales en cualquier trabajo periodístico. Uno de los principales escollos es la limitación de las fuentes de infor-

mación a la hora de hablar de drogas, sobre todo si son ilegales. Estamos acostumbrados a observar que hay quien se conforma exclusivamente con la información procedente de las Fuerzas de Seguridad del Estado que luchan contra las organizaciones criminales del narcotráfico o con la suministrada por la autoridades políticas. Desde que *Interviú* se comprometió a aportar otra forma de ver el fenómeno, ningún sujeto activo se ha visto privado de plasmar su visión en las páginas de este semanario. Delegados del Plan Nacional, responsables de Comunidades Autónomas, de centros de atención a drogodependientes o de ONGs, científicos, médicos, psicólogos o psiquiatras, educadores, policías, narcotraficantes, *camellos* de menudeo y consumidores. La opinión de todos ellos se ha visto reflejada en *Interviú*.

Informar sobre la cocaína, una droga ilegal cuyo negocio mueve cantidades inimaginables y cuyo combate requiere multimillonarios presupuestos, no es tarea fácil y se presta a la tergiversación, al dato interesado, a la propaganda.

Este semanario ha optado por dos líneas, la investigación y el testimonio. En cuanto a la investigación, una de las facetas más interesantes ha sido el control periódico del precio, pureza, lugares de venta y hasta el *marketing* utilizado por los vendedores de cocaína en el *mercado negro*. Con ayuda de Energy Control, un colectivo que trabaja en la reducción de daños en el consumo, y de algunos *sondeadores* que colaboran con la revista, hemos acudido a los grandes *hipermercados* de la droga, hemos pateado las calles céntricas de las ciudades más conflictivas y hemos compartido momentos con consumidores y *camellos*.

Para los responsables de *Interviú*, analizar la pureza de la cocaína era aportar luz sobre los adulterantes, comprobar la fluctuación de su precio ayuda a entender el submundo de la cocaína, donde aun estando reservado el derecho de admisión cualquier ciudadano podía acceder con facilidad. Muy vinculados a las políticas de reducción de riesgos tan de moda hoy en día, los reportajes han ido retratando a lo largo de estos años los cambios en los hábitos de consumo de la cocaína, los cambios en el perfil del consumidor y los problemas que ocasiona un consumo prolongado.

En todos los análisis que hemos realizado –en colaboración con Energy Control, la Agencia Antidroga de Madrid, el Instituto Nacional de Toxicología o el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona– hemos procurado seguir sus pautas y protocolos en busca de una información solvente.

La cocaína es quizás la droga que más rápidamente se han *integrado* en todas las capas sociales. Antes siempre se hablaba de la droga del *yupi*, del glamour. Hoy, la cocaína se mueve por doquier, en el poblado marginal y en la alta empresa. Raros son los municipios de más de 5.000 habitantes donde no hay un *camello* de coca. A la vez que se le perdía el miedo y el respeto, se incrementaban los ingresos y tratamientos por problemas físicos y psíquicos. *Interviú* ha estado ahí, contando de forma amena sus efectos a corto y largo plazo, las secuelas sociales que conlleva. La vertiente científica nos ha preocupado sobremanera. No se puede tomar una decisión sobre una sustancia tan enigmática y atractiva, tan fácil de conseguir y a la vez tan dañina, sin acercarnos lo más posible a su realidad.

En el año 2006 dimos un pasito más. En Europa sólo dos instituciones públicas de prestigio –una vinculada a la investigación científica en Alemania y otra universitaria en Italia– habían aprovechado un nuevo método de análisis para cuantificar la extensión del consumo de cocaína: el análisis del agua de los ríos que atraviesan poblaciones importantes. Cuando alguien *esnifa* un raya de coca, ésta se metaboliza en el organismo y la orina la expulsa en forma de benzoilecgonina, un metabolito que acaba en los desagües, en las depuradoras y en los ríos.

Una extrapolación de las cantidades de esta molécula encontradas en el agua puede servir para calcular el consumo real de esta droga. Hasta ese momento tan sólo las encuestas anónimas servían para establecer parámetros de consumo. Si al ciudadano alemán o italiano dejó asombrado la cantidad de metabolitos de cocaína que llevaban sus ríos y por ende la cantidad de droga que se consumía en sus respectivos países, en España, el río Ebro a su paso por Zaragoza estableció un consumo de casi 130 kilos de cocaína al año.

En cuanto al periodismo de testimonio, los reportajes han servido para no caer en estereotipos, para sondear lo que realmente ocurría en las calles. Nos han contado sus experiencias consumidores abusivos y problemáticos de larga duración, policonsumidores jóvenes que han conformado su menú de drogas recreativas con *cannabis*, MDMA, cocaína e incluso sustancias alucinógenas de última generación, consumidores esporádicos vinculados a un ritual de fiesta, o adolescentes que se bautizan en el consumo de psicoactivos. Todos tuvieron y tienen la oportunidad de explicar en

las páginas de este semanario por qué y cómo empezaron, y cómo ha afectado el consumo a su vida diaria, a su trabajo, a sus relaciones sociales.

Suele ser común la búsqueda del testimonio en centros de deshabitación, donde en ocasiones la libertad para elegir al interlocutor está limitada y restringida. La cocaína causa estragos pero no todos los consumos son iguales.

Hace unos años, el grupo de Coalición Canaria en el Senado elaboró un proyecto sobre el tratamiento de las drogas ilegales en los medios de comunicación de masas. Distinguía dos tipos de noticias, los relatos periodísticos muy vinculados al resultado de encuestas e informes oficiales, y que suelen reforzar la preocupación social y paradójicamente dan idea de control. Y las noticias que abordan el consumo desde las acciones que llevan a cabo sanitarios, políticos y policías.

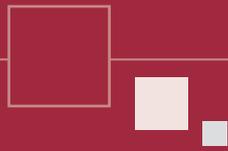
Sobre el lenguaje utilizado en los *mass media*, los senadores canarios recomendaban que se huyese de la demonización y el estereotipo. Tarea difícil donde las haya. La intención de los responsables de *Interviú* ha sido la de dirigirse a los auténticos protagonistas, los consumidores y su entorno (educadores y padres) y a los que profesionalmente se dedican a investigar sus efectos. Con ello hemos intentado com-

paginar rigor y complicidad. Los jóvenes siempre van a tender a la desconfianza, a no fiarse del poder o de la autoridad que personifican sus padres.

Con Internet a disposición de cualquiera no se puede confundir al lector, al espectador, con eslóganes o engorrosos estudios. Recientemente, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) ha reconocido que vivimos en una sociedad con drogas, que quizás la *intolerancia cero* no es la mejor de las políticas, e incluso ha pedido una revisión del papel del Plan Nacional sobre Drogas.

El antropólogo Juan F. Gamella explicaba muy bien en *'Las rutas del éxtasis'* (Ariel 1999) cómo el triunfo del éxtasis como objeto de consumo también fue un triunfo mediático. Las drogas de síntesis —decía Gamella— sirvieron para atraer lectores y vender más periódicos y revistas. Si en la década de los 90 una importante cantidad de noticias tenían como fuentes directas o indirectas las policiales, gubernamentales o judiciales, en la actualidad sigue ocurriendo lo mismo. Muchas veces, el interés por esos hechos poco tiene que ver con el interés que muestran afectados y expertos. *"Casi no existe investigación periodística real de los propios grupos e individuos implicados en el comercio, consumo o experimentación"*, concluía el antropólogo.





COCAÍNA



# El tratamiento ambulatorio de la adicción a la cocaína

*José Sainero García*

*Subdirector del programa ambulatorio para el tratamiento de la adicción a la cocaína y el alcohol de Proyecto Hombre*

Desde su creación Proyecto Hombre se ha dedicado a la rehabilitación de personas con adicción a sustancias.

En 1984 se puso en marcha el primer programa, como respuesta a los problemas derivados del consumo de heroína que se vivieron en España a partir de los años 80, utilizando para ello los métodos conocidos y probados en aquellos años, que provenían de Italia y de la tradición norteamericana, casi todos realizados desde un formato residencial durante la mayor parte del proceso terapéutico

Este tipo de terapia llevaba años de desarrollo y se adaptaba bien a las necesidades de aquella época, en pleno auge del consumo de heroína y cuyos usuarios, debido a esta situación, se encontraban en su mayoría con una gran desestructura personal y social

En los siguientes años, otras sustancias fueron haciéndose más presentes en los hábitos de consumo y surge un perfil distinto de adicto, que rompía con el anteriormente conocido: existe una cierta estructuración personal, la persona es capaz de mantener un cierto control de su vida, manifesta-

do a través de la posibilidad de mantener un trabajo y una mínima estructura social ajena al entorno de las drogas

Por esta razón surge la necesidad de ofrecerles un tratamiento más adaptado a sus características, ya que desde Proyecto Hombre se ha apostado desde el principio por realizar un permanente esfuerzo por individualizar los procesos de las personas en tratamiento y adaptar las estructuras de nuestros programas a la realidad cambiante.

De esta manera se pone en funcionamiento el primer programa de tratamiento para personas con problemas de cocaína en el año 1997 y desde ese momento hasta la actualidad se han abierto programas de similares características por todo el territorio español.

El programa de Castilla-La Mancha el año 2002, con sedes en Guadalajara y Daimiel (Ciudad Real)

Evidentemente, para profesionales acostumbrados trabajar desde una perspectiva residencial, este nuevo programa supone un reto profesional por la obligación de

realizar un cambio de perspectiva que permitiera adaptarse a las nuevas necesidades y conflictos derivados del tratamiento ambulatorio.

El programa de Proyecto Hombre tiene un enfoque biopsicosocial. Nuestra metodología integra elementos de la psicología humanista, sistémica, la terapia cognitivo-conductual y la logoterapia, utilizando para ello un equipo multidisciplinar en el que tiene cabida educadores sociales, psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos, entre otros.

Una persona que comienza un programa de Proyecto Hombre inicia un proceso terapéutico cuyo objetivo consiste recuperar su autonomía, su sentido de la responsabilidad, y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Todos los centros de la Asociación comparten la misma metodología aunque la estructura y duración de los programas varía según las demandas sociales, la problemática personal y la realidad sociocultural de la zona.

## Perfil del usuario

El usuario que acude a nuestros centros tiene como sustancia principal de consumo la cocaína o cocaína y alcohol consumidos a la par. También acuden a tratamiento casos de alcohol, pastillas, cannabis y otras sustancias. Los episodios de consumo de cannabis se dan casi siempre acompañados de alcohol.

Respecto al patrón de consumo, prácticamente se dividen todos entre los que consumen a diario y los que no mantienen un patrón fijo, siendo una minoría los consumidores únicamente en fin de semana (9% en los últimos datos obtenidos)

Un 5% presenta algún episodio de juego patológico, pero apenas aparecen otras adicciones sin sustancias en la actualidad.

El 91,6% son varones, y con una edad media de 31 años y medio. Las edades habituales suelen estar comprendidas entre los 18 y 35 años.

A pesar del consumo suelen mantener las estructuras sociales básicas:

- Más de la mitad de personas en tratamiento son solteros: 52%.
- El 32,7% está casado o tiene pareja de hecho, existiendo un pequeño porcentaje de separados.
- El 85% de personas en tratamiento están activos laboralmente:

Casi todos mantienen un grado significativo de autonomía personal. Presentan una desestructuración menor de lo habitual en comparación con otro tipo de dependencias, aunque es cierto que tienen un escaso manejo de habilidades sociales.

En general presentan poca conciencia del problema de adicción.

Es habitual, sobre todo en los primeros momentos de la adicción, que muchos usuarios trivialicen su problema porque pueden abstenerse de consumir durante ciertos periodos de tiempo (a diferencia de los adictos a otras sustancias) y tienden a pensar que su consumo es voluntario y no se asocia a ningún problema de adicción.

El reto inicial del tratamiento es evitar el abandono precoz. Los primeros contactos son críticos para establecer la alianza terapéutica a través de la cual se ha de motivar y alentar al usuario a llevar a cabo el tratamiento. Dada la naturaleza del cocainómano es normal que muchos usuarios se vean impulsados a tratarse por sus familiares o allegados o por situaciones laborales o sociales insostenibles y se muestran ambivalentes ante la necesidad de tratamiento. Además el carácter intermitente del consumo puede generar unos primeros encuentros clínicos muy característicos en los que prácticamente no aparecen efectos negativos del consumo y que refuerzan las dificultades del usuario para entender su problema de adicción.

Sobre todo al principio, es normal que el usuario experimente la necesidad de tratamiento como un fracaso o una humillación inaceptables, y en este sentido hay que crear un espacio motivador en el que se pueda plantear la abstinencia y la recuperación personal.

También son frecuentes las recaídas ya que los usuarios de un programa ambulatorio están expuestos de manera habitual a estímulos que disparan el craving y las oportunidades de consumo nunca pueden reducirse a cero a pesar del control ex-

terno. Los usuarios con periodos de abstinencia pueden mostrar una predisposición al consumo porque en muchas ocasiones presenta disforia lo cual hace más apetecible el recuerdo de la euforia cocainica. Además, en los inicios los pacientes no han aprendido aun habilidades de afrontamiento ni disponen de la experiencia necesaria para superar la alteración motivacional que comporta esta experiencia.

La alianza terapéutica obliga al conocimiento y a la aceptación de la naturaleza de la adicción a la cocaína y de las circunstancias personales y socioculturales del usuario. En cierta manera, hay que encontrar un modelo particular para cada persona que accede a tratamiento y eliminar malentendidos desde un principio.

La educación ocupa un lugar muy importante a lo largo de todo el tratamiento y la aplicación del conocimiento que los usuarios aprenden sobre su adicción contribuye críticamente al cumplimiento terapéutico y a la evolución favorable del trastorno.

En resumen, existen tres problemas típicos dentro del trabajo con adictos a la cocaína que deben tener en cuenta los profesionales que trabajan en este campo para introducir en la terapia estrategias preventivas que minimicen el riesgo de aparición de las mismas en la medida de lo posible:

- Interrupción prematura
- Recaídas
- Resistencia al tratamiento

## Estructura del programa. Objetivos terapéuticos

Características generales del programa:

- Programa en régimen ambulatorio, contemplando excepcionalmente la posibilidad de realizarlo de manera residencial siempre que el perfil o los apoyos sociales no se ajusten adecuadamente a las necesidades.
- El tiempo de tratamiento estimado de manera general se sitúa en torno a los dieciocho meses dividido en tres fases de seis meses
- Consumo de cocaína, cocaína y/o alcohol, cannabis...
- Edad: mayor de 18 años
- Perfil de usuario normalizado, es decir, su perfil es compatible con el trabajo y con sus responsabilidades familiares por lo que el horario de tratamiento está ajustado a sus necesidades (normalmente tarde-noche).
- Implicación del soporte socio-familiar del usuario en su proceso terapéutico
- Intervención grupal e individual. El grupo ofrece una estructura, una contención y una red de apoyo para el usuario. Se trata de ofrecer un espacio para la expresión de dificultades individuales y para la construcción de estrategias alternativas, así como para el afrontamiento de aspectos de la vida no resueltos.
- Personalización de los procesos. El usuario es el protagonista de su proceso terapéutico y él decide sus prioridades y necesidades a la vez plantea objetivos de trabajo.

## Objetivos generales del programa

- Lograr que el usuario conozca el efecto adictivo de la cocaína, así como ayudarle a controlar la conducta impulsiva que mantiene la dependencia e impide la abstinencia; aprendiendo a identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden prevenir o por el contrario, aproximarles al consumo.
- Posibilitar los procesos de cambio a nivel comportamental, emocional y cognitivo que sean necesarios para lograr la abstinencia con respecto a las drogas.
- Reequilibrio del estilo de vida. Promover cambios en el sujeto que progresivamente le acerquen a un mayor bienestar biopsicosocial y a un estilo de vida más saludable.

### Fase de diagnóstico

Constituye el proceso de acceso a la estructura. Se recibe a la persona y acompañantes, realizando una valoración del caso y decidiendo si le acepta en el programa ambulatorio o se le deriva a uno más ade-

cuado a su perfil. Se realiza mediante una serie de entrevistas individuales y familiares

### Los objetivos básicos:

- Acoger a la persona drogodependiente y a su familia
- Informar sobre nuestro recurso
- Realizar un estudio preeliminar de la persona-problema-entorno
- Establecer los primeros compromisos del pacto terapéutico
- Desdramatizar situaciones y rebajar ansiedad inicial

### Fase de integración

#### Objetivo general:

- Facilitar y promover el proceso personal para el cambio de los usuarios

Duración aproximada de 6 meses

Asistencia mínima: dos veces por semana

#### Area personal

- Lograr el distanciamiento de la cultura de las drogas, incorporando estrategias de afrontamiento que ayuden a superar la dependencia
- Conseguir una integración adecuada en la dinámica de tratamiento, y la consecuente asunción de las normas y compromisos que exigimos en esta primera fase (control de dinero, horarios, teléfono, seguimiento en la medida de lo posible...)

- Recobrar hábitos de vida saludables
- Promover la responsabilización del proceso personal
- Reestructuración personal: estilo de vida, autocuidado, desarrollo de responsabilidades, competencia social, uso del tiempo libre.

Además, el trabajo grupal permite proporcionar al usuario un grupo social significativo con el que se pueda identificar y en el que se requiere su participación activa.

### Historia personal

Se realiza un ejercicio de autoconocimiento en el que el usuario escribe las experiencias más significativas de su vida y, a ser posible, dentro de un orden cronológico, dentro de los siguientes apartados: Vivencias familiares, Relaciones de pareja, Relación con los iguales, Sexualidad, Escolaridad, Área Laboral, Experiencias relacionadas con la droga, Uso del tiempo libre...

### Fase de desarrollo personal

#### Objetivo general:

- Facilitar y promover el conocimiento y desarrollo personal

Duración aproximada: 6 meses

Asistencia: dos veces por semana

#### Area personal

- Promover un proceso de autoconocimiento, aumentando la capacidad de introspección.

- Conseguir mejoras personales en relación a la autoestima
- Manejo adecuado de las emociones
- Desarrollar estrategias específicas e inespecíficas de prevención de recaídas
- Aprender formas funcionales de resolución de conflictos y toma de decisiones
- Crear una red social favorable para su participación e integración social

Se busca lograr un cambio de los hábitos que puedan resultar nocivos para los usuarios, motivar para el cambio de vida personal a través del conocimiento de uno mismo, de sus limitaciones y potencialidades personales y adoptar compromisos de acción para resolver sus dificultades, limitaciones y necesidades identificadas.

### Convivencias

Se utilizan como complemento de la terapia, ya que crea un espacio temporal mayor que el diario y permite realizar actividades complementarias de trabajo personal y de cohesión grupal.

## Fase de autonomía

### Objetivo general:

- Conseguir la autorrealización personal y la integración autónoma en el ámbito familiar, social y laboral

Duración aproximada: 6 meses

Asistencia semanal y quincenal, según momento del proceso, con el objetivo de realizar una progresiva desvinculación del programa.

### Area personal

- Conseguir la autonomía personal
- Fundamentar y definir su Proyecto de vida personal desde una elección progresiva de metas y valores
- Consolidar la red social
- Integrarse plenamente en el ámbito formativo-laboral

Una vez logrados estos objetivos y verificado el mantenimiento de la abstinencia, se daría el alta terapéutica al usuario.

## Trabajo con familias

El trabajo con la familia o los acompañantes se extiende desde el primer día que llega la familia al centro. Esta labor continúa a lo largo de todas las fases del itinerario terapéutico del usuario y finaliza con el alta terapéutica del mismo.

Las familias realizan su propio trabajo terapéutico, en la aceptación y comprensión de la adicción, de sus causas y consecuencias, ejerciendo además el papel de co-terapeutas en la labor de rehabilitación ya que son los que conocen mejor los problemas y realidades del usuario.

Se tratará de tejer una red compuesta por familiares y amigos dispuestos a colaborar en el proceso de recuperación, de tal manera que sirva de contención alrededor del usuario y en la que éste pueda tener una nueva experiencia de relacional. De hecho, podríamos afirmar que la presencia estable de un apoyo familiar es un factor importante que ayuda al éxito terapéutico.

Respecto a la distribución respecto a los familiares que acuden con los usuarios, el 47% son padres y madres del usuario, siendo estas en mayor número, seguidas por las parejas con un 42 %, el resto se distribuyen entre amigos y otros familiares

La intervención con familias supone un objetivo transversal y paralelo durante todo el proceso del usuario.

### Los objetivos que perseguimos son:

- Informar a los familiares sobre los aspectos básicos del abuso-adicción a la cocaína y a otras sustancias, y sobre sus repercusiones y orientarles acerca del tratamiento. Se les proporciona toda la información necesaria para contribuir a reducir el malestar así como a manejar adecuadamente la carga emocional que genera la adicción.
- Posibilitar un espacio de reflexión y apoyo hacia la labor que realizan.
- Clarificar patrones de relación perjudiciales desde el punto de vista de la rehabilitación; descubrir comportamientos permisivos, codependientes y/o facilitadores del consumo.

- Potenciar la comunicación en el núcleo familiar.
- Favorecer la adquisición y creación de nuevos roles y nuevas relaciones, construyendo alternativas de relación positivas.
- Aprendizaje de técnicas de resolución de problemas, desarrollando estrategias y habilidades en el manejo de conflictos
- Aplicación de normas y superación de conflictos derivados de la aplicación de las mismas
- Manejar el posible sentimiento de culpa y canalizarlo de manera adecuada
- Refuerzo positivo y trabajo de autoestima

### Las actividades terapéuticas para familias:

- **Grupos de Apoyo:**
  - Mantener y aumentar el grado de motivación de las familias así como su implicación en el proceso terapéutico.
  - Proporcionar pautas de actuación frente a la drogodependencia y al tratamiento.
  - Dotarles de conocimientos básicos acerca de las sustancias y sus efectos.
  - Que los asistentes aprendan a participar en el trabajo grupal (escucha, comunicación, etc.), así como favorecer el aprendizaje por observación.
- **Grupos Individuales de Terapia de Familia:**
  - Conseguir una participación activa y adecuada de los familiares en el proceso terapéutico. Disminuir los niveles de angustia y culpa.

- Superar la visión individualista de la problemática.
  - Modificar hábitos y actitudes disfuncionales en el núcleo familiar.
  - Enseñar a los familiares a analizar sus reacciones ante el problema y el efecto de estas reacciones sobre el usuario y sobre la familia.
  - Analizar las pautas de convivencia, así como fomentar la comunicación y solución de problemas en la familia.
  - Ayudar a las familias a comprender las recaídas dentro del proceso de tratamiento, enseñarles a prevenirlas y actuar ante ellas.
  - Abordar alguna dificultad más constante en el proceso.
- Genograma
  - Convivencias
  - Seminarios formativos
    - La familia coterapeuta,
    - Fundamentos del programa
    - Normas
    - Autoestima
    - Prevención de recaídas,
    - Ansiedad,
    - Comunicación y alcohol
    - Mecanismos de defensa e ideas irracionales
    - Resolución de conflictos
    - Comunicación
    - Craving
    - Prevención de recaídas
    - Afectividad
    - Perfil del drogodependiente
    - Amor
    - Autoestima y asertividad
    - Habilidades sociales
    - El manejo del humor en la terapia

## Perspectivas de futuro

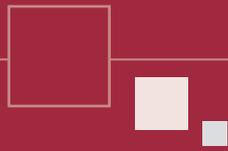
Como planteamiento de trabajo en el ámbito de las drogodependencias, los profesionales que se dedican a este apasionante campo deben considerar la formación continua como una parte más de su profesión. Por lo tanto, hace falta incidir en la investigación y el estudio como requisito para realizar una adaptación constante a las nuevas necesidades y perfiles de adicción que surgen en la sociedad. En este mismo sentido, sería conveniente incluir otras líneas terapéuticas provenientes de corrientes novedosas que puedan aportar un enfoque distinto.

Se debería analizar la falta de acceso de la mujer al tratamiento, cuando los datos

nos indican un aumento progresivo de consumo en mujeres.

Es importante establecer pautas adecuadas de evaluación e instrumentos eficaces para conseguirla, ya sea durante el programa y sobre todo, a largo plazo para comprobar la eficacia del tratamiento a la hora de conseguir una remisión estable, y una rehabilitación completa o, por el contrario, analizar las causas de las recaídas y establecer nuevas estrategias de prevención de las mismas.





COCAÍNA



# Reducción de riesgos en los consumos de cocaína

*Eduardo Hidalgo Downing*

En el presente artículo se revisa, someramente, el modo en que el enfoque de reducción de riesgos se aplica de forma concreta y específica al consumo recreativo de cocaína. Para ello, se toma como referencia el trabajo que, al respecto, viene realizando el grupo Energy Control desde hace más de una década.

## 1. Introducción

Tanto en Europa como en España la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida, calculándose que cerca de 7,5 millones de europeos de 15 a 64 años la ha tomado alguna vez en su vida, lo cual, en términos absolutos, equivale a una media del 5,3% de la población del Viejo Continente (el 7% en el caso concreto de España según los datos del año 2006).<sup>1</sup> Cabe destacar, por otra parte, que la prevalencia de consumo de cocaína ha experimentado un notable incremento a lo largo de la última década, de modo que, si, por ejemplo, en el año 1995, el 1,8% de la población general la había tomado en los últimos 12 meses y el 0,4% en el último mes; en el año 2005 dichas cifras ascendían, respectivamente, al 3% y al 1,6%.<sup>2</sup> A su vez, de forma paralela al aumento de los consumos se observa que, en los últimos años han ido creciendo, también, las solicitudes de tratamiento y las urgencias hospitalarias asociadas al uso de esta sustancia. Tanto que, de una parte, desde el año 1999 la cocaína es la droga ilegal más menciona-

da en los episodios de urgencias debidos al consumo de sustancias psicoactivas; y, de otra, en Europa, el uso problemático de la cocaína esta detrás del 62,1% de las primeras admisiones a tratamiento registradas en el año 2005.<sup>3</sup>

A la luz de estos datos no es de extrañar, por lo tanto, que la cocaína haya pasado a ocupar un lugar preferente entre las prioridades de las políticas sanitarias europeas y estatales, que hace algún tiempo están poniendo todo su empeño preventivo e interventivo para poner coto a los diversos problemas de salud asociados al consumo de esta sustancia. Y es, precisamente, de una de estas formas de intervención, que les venimos a hablar en este artículo. Concretamente, y como cualquiera habrá podido adivinar con sólo leer el título, nos ocuparemos de revisar, aunque sea someramente, el modo en que, el uso de cocaína, está siendo abordado, actualmente, desde el ámbito de la reducción de riesgos. Para ello, tomaremos como referencia el esquema de trabajo del grupo Energy Control.

## 2. El programa Energy Control

Energy Control es un programa y colectivo, perteneciente a la Asociación Bienestar y Desarrollo, que viene realizando sus labores de intervención preventiva desde el año 1997 con el apoyo del Plan Nacional Sobre Drogas y de aquellas administraciones municipales y autonómicas donde el grupo tiene sede: Barcelona, Madrid, Andalucía y Baleares.

La actividad básica del grupo consiste en ofrecer un servicio de información y asesoramiento sobre drogas dirigido a los usuarios de sustancias psicoactivas y a las personas en contacto con usuarios. El objetivo y la finalidad última de dicho servicio es la reducción de los problemas asociados al consumo. Para alcanzarlo, el grupo trabaja con un modelo de gestión de placeres y riesgos, según el cual, se entiende que el consumidor, en su uso de sustancias psicoactivas, se rige, de una parte, por la búsqueda de los efectos positivos o gratificantes que considera que le aportan las drogas, y, de otra, por la preservación de su seguridad, integridad y bienestar físico y psíquico. De lo cual se deriva que, en términos prácticos, el usuario jamás acomete el uso de drogas con una intencionalidad única destinada bien a obtener los placeres del consumo bien a reducir sus riesgos. Es decir, en la práctica, el usuario ni reduciría riesgos ni potenciaría placeres de forma exclusiva sino que manejaría ambos parámetros –seguridad y búsqueda de gratificación– de forma simultánea, tratando de encontrar un equilibrio idóneo entre ambos, dándose el caso de que la idoneidad de ese equilibrio siempre dependerá, de una parte, de factores asociados a la

idiosincrasia personal, y, de otra, de factores contextuales. De tal manera que, el equilibrio idóneo cambiará según cuáles sean los placeres que cada usuario desee experimentar, según cuáles sean los riesgos que cada cual esté dispuesto a correr para obtenerlos, y según cuál sea el margen con que, en cada momento, las circunstancias externas permitan al usuario intervenir y maniobrar sobre los diversos factores asociados a la gratificación y al riesgo en el consumo. En razón de este modelo, Energy Control entiende que la intervención preventiva dirigida a usuarios y potenciales usuarios de sustancias psicoactivas debe enfocarse desde una perspectiva de gestión de placeres y riesgos<sup>4,5</sup> pues, realmente, esta perspectiva es la única que realmente atiende a los intereses, necesidades y requerimientos del consumidor (ya que, desde la óptica del usuario, remitirse únicamente a la reducción de los riesgos resulta tan sesgado e incompleto como lo sería remitirse únicamente a la potenciación de los placeres), y resulta evidente que la única forma de resultar preventivamente eficaces y efectivos es atendiendo y dando respuesta a las demandas de la población diana.

Sobre la base de estos planteamientos, el grupo ofrece un servicio de prevención de riesgos que cuenta con una serie de peculiaridades que lo diferencian de los programas preventivos tradicionales y que, someramente, podrían resumirse en los siguientes puntos:

- **Trabajo comunitario sobre el terreno:** Además de ofrecer información y ases-

ramiento preventivo por las vías y métodos tradicionales, (atención telefónica, centros de asistencia, talleres en el medio escolar, etc.), que, generalmente, requieren que sea el interesado quien de el primer paso para acceder a la información, Energy Control opta por ofertar ese asesoramiento en el propio momento y lugar donde se producen los consumos de drogas y donde están presentes los consumidores. Se gana, así, en accesibilidad mutua y se facilita, por lo tanto, el contacto con una población que, muchas veces con razón, se muestra reticente a acudir a un Centro de Atención al Drogodependiente para despejar sus dudas.

- **Implicación activa de la población diana:** Energy Control es un programa preventivo hecho por y para los consumidores de drogas, en el cual es la propia población destinataria de la actividad preventiva quien se hace cargo de ella, evidentemente, con el apoyo y el respaldo de la administración y de la propia industria del ocio. Por lo tanto, en Energy Control tienen cabida tanto los profesionales de la prevención como otras personas ajenas al ámbito profesional de las drogodependencias pero integradas o interesadas de alguna manera en el ámbito recreativo del uso de drogas y/o el ocio nocturno.
- **Acción preventiva dirigida específicamente a consumidores pero que toma en cuenta también al no consumidor:** La población mayoritariamente destinataria de la acción preventiva es la población potencialmente consumidora, aquella que acude a los espacios de ocio nocturno y que consume unas u otras drogas (legales o no). No obstante, los objetivos toman también

en consideración al no consumidor con la intención de afianzarle en su postura de no consumo y de ofrecerle información útil y práctica que pueda servirle en un futuro ya sea para él mismo o para atender y ayudar a sus amistades consumidoras.

- **Adaptación a las necesidades, intereses y estilos comunicativos de la población diana:** Energy Control realiza su actividad preventiva partiendo del respeto y la aceptación de la persona y el consumo, de la autonomía y legitimidad de las decisiones y opciones personales. Transmite sus mensajes sin imposiciones ni paternalismos, sin moralina ni prejuicios. Con rigor y objetividad. Con empatía y comprensión. Adaptándolos a los intereses y objetivos de quien los solicita. Actuando ante la demanda y, cuando resulte necesario, adelantándose a ésta pero sin sermonear, acosar ni aburrir. Adaptando los contenidos y la exposición a los parámetros del joven (léxicos, estéticos, etc.). Mediante el contacto directo y el asesoramiento personalizado, así como mediante el uso de materiales escritos (flyers) o en formato digital (CD-Rom), haciendo uso de las nuevas tecnologías (Internet, bluetooth). Integrando el servicio informativo-preventivo dentro de la propia fiesta, (videos, chill-outs, espectáculos, Djs), de manera tal que no se convierta en algo externo que invade con seriedad el lugar y el momento de la diversión sino que se convierte simplemente en eso: un servicio más que aporta la fiesta y que forma parte de ella para que los asistentes sufran los menos percances posibles asociados al consumo de unas u otras drogas.
- **Información objetiva, veraz y desprejuiciada sobre drogas:** Energy Control infor-

ma sobre las características propias de la sustancia, de su farmacología, su dosificación, sus efectos agudos y a medio y largo plazo. De lo positivo y lo negativo, de cómo potenciar lo primero y reducir lo segundo. De cuales son las pautas de consumo más sensatas y razonables y cuales las más peligrosas y problemáticas. De cómo aprender a identificar las primeras señales de alarma y como reaccionar ante la aparición de dificultades y reacciones adversas. Energy Control informa sobre los placeres y los riesgos asociados al consumo de drogas, enfatizando que ambos factores son sólo una posibilidad y que de la conducta de la persona depende, en gran medida, que el resultado sea uno u otro. Se incide, además, en la noción de que los efectos de una droga no sólo dependen de la

sustancia en sí misma sino que están mediados por las características del propio individuo (set), por el contexto (setting), por el patrón de consumo (cantidad, frecuencia y duración) y por los cuidados complementarios previos y posteriores al consumo. Energy Control hace hincapié, por lo tanto, en la necesidad de cuidar todos estos factores de manera tal que se reduzca la posibilidad de aparición de problemas, pues esto, en última instancia, es lo que busca la mayoría (por no decir todos) de los consumidores. Además, Energy Control complementa el acceso a información con un continuo llamamiento a la reflexión, tratando de fomentar y favorecer actitudes y conductas prudentes y responsables hacia uno mismo y hacia los demás en todo lo que atañe al consumo de drogas.

### 3. Bases de la intervención de reducción de riesgos asociados al consumo de cocaína

El consumo de cocaína puede dar lugar a una variada gama de problemas sanitarios, entre los que podríamos destacar los siguientes: complicaciones cardíacas (arritmias, infartos...), complicaciones neurológicas (crisis convulsivas, cefaleas, accidentes cerebrovasculares...), complicaciones respiratorias de vías aéreas superiores (perforación del tabique nasal) o inferiores (hemorragias, infiltraciones, neumotorax...), alteraciones endocrinas (ginecomastia, impotencia, amenorrea, alteraciones de la libido), complicaciones gastrointestinales (perforaciones, dolor agudo...), anorexia, problemas renales, alteraciones y trastornos psiquiátricos de tipo depresivo, ansioso o psicótico, o pro-

blemas de dependencia (con sus correlativas consecuencias negativas en las más variadas áreas vitales del usuario).

De tal manera que, partiendo de una perspectiva de reducción de riesgos y trabajando con un enfoque de gestión de placeres y riesgos, en primer lugar será fundamental que el usuario y el potencial usuario estén debidamente informados de la existencia de tales problemas y de su relación con el consumo de cocaína. Ya que, de lo contrario, es decir, si no los conocen, difícilmente podrán tomar sus decisiones con pleno conocimiento de causa y difícilmente podrán gestionar sus consumos de forma fiable y eficaz.

En cualquier caso, desde una perspectiva de gestión de placeres y riesgos, la información sobre las posibles complicaciones asociadas al consumo jamás podrá quedarse en eso, es decir, en una mera enumeración de problemas, sino que, en la medida de lo posible, deberá complementarse con otros datos que contextualicen y delimiten la medida y las condiciones en que tales complicaciones suelen producirse. De tal manera que el consumidor, aparte de llegar a conocer la existencia del problema y su gravedad, pueda conocer la probabilidad o la frecuencia estimada con la que, realmente, suele afectar a los usuarios, así como las causas que lo generan o los condicionantes y conductas con los que esté relacionado. En este sentido, resulta conveniente que al informar y asesorar no sólo se aluda a la cocaína, a sus riesgos y a sus placeres, así, a secas, sino que, siempre que el caso lo permita y lo requiera, se haga también mención a posibles variables individuales relativas al consumidor (edad, género, vulnerabilidades...); a posibles variables referentes a la sustancia (pureza y adulteración); a los distintos métodos de consumo y a las distintas vías de administración; a los patrones de consumo: dosificación, frecuencia, duración y mantenimiento del uso a lo largo del tiempo, uso combinado con otras sustancias; a los contextos de consumo; a otros hábitos y cuestiones no directamente relacionados con el uso de cocaína pero que pueden influir en éste o verse influidos por él: patrones de sueño y vigilia, hábitos de alimentación, intereses y relaciones personales, etc.

De este modo, el usuario contará con algunos criterios que, aunque sea tan sólo de forma orientativa, le permitirán guiar su particular gestión del consumo de una

forma más acorde y consecuente con sus intereses y motivaciones. Ya que, en la medida en que pueda asociar los distintos placeres y riesgos con las distintas formas de tomar la sustancia (vía, frecuencia, contexto, etc.) estará en mejores condiciones para elegir, con pleno conocimiento de causa, qué camino tomar, qué cosas desea hacer y qué cosas prefiere no hacer, de qué forma le conviene más consumir y en qué punto y bajo qué condiciones no le interesa en absoluto...

Por otra parte, es importante que esta información sobre los riesgos sea perfectamente comprensible para el destinatario final, de modo que, una vez más, en lugar de ametrallarle con una interminable sucesión de incomprensibles términos médicos como los que hemos empleado aquí (produce accidentes cerebrovasculares, hemorragias, infiltraciones, neumotorax, ginecomastia...) resulta conveniente traducir dicha terminología a un lenguaje normal que todo el mundo pueda comprender. Es más, lo aconsejable, realmente, es que, en lugar de limitarse a transmitir la denominación del trastorno o del cuadro clínico, se aluda, también, al modo en que dicho trastorno se manifiesta, y, sobre todo, a los síntomas que primero suelen aparecer y que deben ser interpretados como una señal de alarma, como un indicador de que algo no marcha bien. De este modo, el usuario estará en condiciones de poder auto-observarse en razón de criterios y parámetros útiles; podrá valorar y calibrar la importancia o trascendencia de las posibles reacciones desagradables o molestas que en algún momento pudiera experimentar en relación al uso de cocaína; lo cual, en última instancia, le permitirá estar en mejores condiciones para corregir los rum-

bos torcidos del consumo o de identificar y abordar los problemas en sus primeras fases de desarrollo.

Por último, además de dotar al usuario con la información y con los criterios necesarios para conocer los posibles problemas, las condiciones en que suelen producirse, y la

forma en que se manifiestan, resulta necesario que, desde una perspectiva de reducción de riesgos, se ofrezcan, también y en caso de que las haya, indicaciones y alternativas claras y viables para evitarlos, e, incluso, cuando sea posible, que se faciliten los medios e instrumentos físicos para hacerlo.

#### 4. Actividades, estrategias e instrumentos empleados por Energy Control en la reducción de riesgos asociados al consumo de cocaína

Energy Control, en su labor específica de reducción de riesgos asociados al consumo de cocaína, trata de atenerse y de dar respuesta al modo de proceder expuesto en el apartado anterior. Es por ello que, en primer lugar, se ocupa de realizar una actividad de información y asesoramiento a usuarios y personas en contacto con usuarios, ofreciendo su servicio, como ya apuntáramos en su momento, en los propios espacios y en el propio momento en que los consumidores acostumbran a tomar la sustancia. Para ello, se procede a instalar stands en los más diversos espacios de fiesta, y, en ellos, se da acceso directo a materiales impresos y multimedia (folletos, postales, flyers, CDs, etc.) en los que se ofrece información sobre la cocaína en los términos anteriormente descritos. A su vez, el acceso a los materiales se complementa con la presencia de varios miembros del grupo que ofrecen asesoramiento personalizado, en primer lugar, orientando al usuario interesado sobre el tipo de material informativo más indicado para su caso, ya que, el grupo, tratando de adaptarse a los distintos perfiles de consumidores y a los diferentes requerimientos informativos de cada uno, dispone

de varios materiales sobre cada sustancia: unos más exhaustivos que otros, unos destinados al público general consumidor de drogas, otros dirigidos más específicamente a los usuarios habituales de cocaína... En segundo lugar, el mencionado asesoramiento personalizado se ofrece sobre cualquier cuestión relacionada con el consumo, siempre, eso sí, que haya habido una demanda al respecto. Es decir, no se trata de acosar al consumidor con información que no ha solicitado sino que, como en el caso de cualquier otro servicio, se trata de satisfacer sus necesidades y requerimientos, de modo que quede satisfecho y, en caso de que en el futuro tenga nuevas dudas, se remita a nosotros para despejarlas.

En relación a este punto, y a modo de ejemplo ilustrativo, a continuación transcribiremos algunos mensajes empleados habitualmente en los materiales de prevención de riesgos que elabora y distribuye el grupo:

- **Riesgos relacionados con la dosis:**
  - Comenzar con una dosis test de unos 25 mg (o una raya) para poder valorar y decidir la pauta de dosificación.

- Espaciar las tomas.
  - Marcarse un límite de dosis a tomar.
  - No tomar más si se experimentan más síntomas negativos (excesiva estimulación, dolor en el pecho, calambres, dificultad para respirar, dolor abdominal) que positivos.
  - Controlar la dosis. Estar pendiente cuando no es uno mismo quien las prepara.
  - No consumir lo mismo que los demás. La cocaína afecta de manera diferente a las personas y lo que toma uno puede resultar excesivo para otro.
  - No tomar cocaína en solitario. En caso de complicaciones, puede no haber nadie para auxiliar al consumidor. Esto es importante sobre todo con las vías más arriesgadas, como la fumada o la inyectada en las que el riesgo de sobredosis es mayor.
- **Riesgos relacionados con la vía de administración esnifada:**
    - Evitar compartir el turulo;
    - Limpiar bien las fosas nasales antes y después de la aspiración, preferentemente con agua bidestilada o tibia;
    - Usar material limpio y que no presente filos cortantes que puedan causar heridas;
    - No aspirar ni demasiado fuerte ni demasiado flojo. En el primer caso, la velocidad con la que se introduce la cocaína puede lesionar las membranas y, en el segundo, pueden quedar depositados restos en las fosas nasales que provoquen lesiones en las mismas.
  - **Riesgos relacionados con factores de vulnerabilidad individual:**  
 Abstenerse o extremar las precauciones:
    - Si se tienen problemas mentales como ansiedad, trastorno bipolar, depresión, psicosis o esquizofrenia;
    - Si se padece glaucoma;
  - Si se padece alguna enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica (angina o infarto), aneurismas arteriales, trastornos del ritmo (arritmias), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular grave y/o en la juventud;
  - Si se ha tenido problemas de abuso con otras drogas;
  - Si se padece hipertiroidismo;
  - Si se padece epilepsia, síndrome de Tourette u otro trastorno convulsivo;
  - Si se está bajo medicación con IMAO's (inhibidores de la monoaminooxidasa);
  - Si se desea o se está embarazada y/o en periodo de lactancia. También deberían extremar las precauciones aquellas chicas que no hayan utilizado ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales al existir la posibilidad de que la chica esté embarazada sin saberlo;
  - Si se ha de conducir o realizar actividades que haciéndolas bajo los efectos de la cocaína aumenten el riesgo de sufrir daños para sí mismo o para otros (por ejemplo, trabajando);
  - Si se está aún en fase de crecimiento el abuso de cocaína puede acarrear mayores riesgos para las personas de más edad.
- **Riesgos relacionados con la pureza y adulteración del producto así como con su combinación con otras drogas:**
    - Preocuparse por la calidad de la cocaína que se adquiera. Tratar de obtener el máximo de información posible sobre ella;
    - Ser prudente con muestras desconocidas o de dudosa procedencia;
    - Ser cuidadoso y cuidadosa con la mezcla con alcohol. Vigilar cualquier posible incremento en las cantidades de ambas;

- Evitar la combinación con otros estimulantes. Aumenta el riesgo de sobre-estimulación a costa de perder parte de los efectos deseados (por ejemplo, los mimosistas en el caso de la MDMA). También incrementa el riesgo de hipertermia.
  - **Riesgo de abuso y dependencia:**  
Señales de alarma:
    - Aumentar el número de ocasiones en las que se toma cocaína;
    - Tomar cocaína o estar con consumidores se convierte en el centro de las actividades a costa de desplazar aquellas en las que la cocaína no está presente;
    - Destinar mucho tiempo a tomar cocaína o a actividades relacionadas: emplear grandes cantidades de tiempo en buscar cocaína o estar pendiente tan solo de tomarla, etc.;
    - Gastar mucho dinero o adquirir deudas para poder pagarla;
    - Vender cocaína;
    - Volver a tomarla para aliviar o eliminar los efectos negativos producidos por la abstinencia o bajón tras el consumo;
    - Hacerse el propósito de no tomar y no ser capaz de cumplirlo;
    - Continuar tomando cocaína a pesar de estar teniendo problemas con o por ella.
  - **Como estrategias para reducir estos riesgos se plantean las siguientes:**
    - Espaciar lo más posible los episodios de consumo, con objeto de permanecer siempre dentro de un patrón de uso esporádico;
    - Mantener actividades o entornos en los que no haya cocaína ni consumidores de cocaína;
    - Marcarse un límite de dinero a gastar en cocaína;
  - Mantener patrones de uso moderado con objeto de reducir los bajones;
  - Si aparecen problemas con o por la cocaína, intentar solucionarlos. Si la persona no va a ser capaz, que busque ayuda profesional.
  - **Riesgos relacionados con la conducción de vehículos y las relaciones sexuales:**
    - Abstenerse de consumir si se ha de conducir vehículos, manejar instrumentos o maquinaria y/o realizar actividades que requieran de plenas facultades para hacerlas. O no hacerlas si ya se ha consumido. En este caso, esperar un tiempo prudencial para asegurarse de que no quedan efectos residuales (cansancio, sueño, etc.);
    - Utilizar siempre el preservativo en las relaciones sexuales de riesgo (con desconocidos, con penetración, etc.).
  - **Riesgos legales:**
    - Prácticamente todo lo que no sea autoconsumo están penado por tráfico o promoción del consumo;
    - Llevar sólo cantidades pequeñas de coca; cuanto más cantidad se lleve encima, más difícil será demostrar que es para consumo propio;
    - La información de los riesgos legales es orientativa.<sup>6</sup>
- A su vez, este tipo de información, aparte de ofrecerse en los espacios de ocio nocturno y en formato impreso, se ofrece y difunde, también, vía online, mediante información y documentos estáticos disponibles en la Web<sup>7</sup>, así como a través de un foro público de discusión e, incluso, en un portal específico que el grupo tiene destinado a esta sustancia y en el que los textos

informativos vienen acompañados por un par de videos de corta duración que abordan, en clave de humor, distintos aspectos relacionados con la reducción de riesgos asociados a esta sustancia.<sup>8</sup>

Por lo demás, el servicio de información y asesoramiento se complementa con un servicio de análisis de drogas, destinado a que el consumidor esté en disposición de conocer la composición y pureza aproximada de aquello que va a consumir, lo cual, indudablemente, le ayudará a gestionar más eficazmente los placeres y los riesgos relacionados con el consumo, y le permitirá, si se diera el caso, abstenerse de tomar aquellas drogas que demuestren ser fraudulentas o estar clara y peligrosamente adulteradas. El mencionado servicio de análisis se ofrece, de una parte, en los propios stands situados en los espacios festivos, empleándose, para ello, una técnica de testado rápida y que ofrece resultados cualitativos y semi-cuantitativos (da rangos de pureza). De otra parte, el servicio de análisis se ofrece, también, todos los viernes en horario de tarde en la sede del grupo en Barcelona, empleándose, en este caso, la cromatografía en capa fina (TLC).

Por su parte, en lo referente a la facilitación de medios e instrumentos que posibiliten y favorezcan la realización de un uso menos arriesgado y problemático por parte de los usuarios, Energy Control da acceso, en sus stands, a kits de consumo para esnifadores, que incluyen un texto explicativo, una base donde preparar las dosis, una tarjeta para hacer las rallas, unos "turulos" desechables para esnifar, suero salino para la limpieza de las fosas nasales, y un par de preservativos. En el *Cuadro 1* puede verse una reproducción del texto explicativo in-

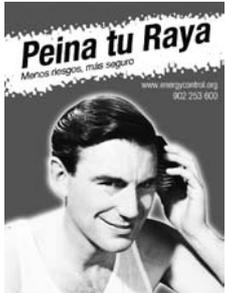
cluido en el kit, en el que se explica, sintéticamente, la razón de ser de cada uno de estos utensilios desde una perspectiva de reducción de riesgos.

Por último, y en la misma línea de facilitar medios e instrumentos que favorezcan y faciliten el uso no problemático de cocaína, Energy Control llevó a cabo, durante el verano y el otoño del año 2007, un proyecto experimental consistente en la instauración de salas de consumo higiénico (esnifado, fumado y oral) en espacios recreativos asociados al uso de drogas. Partiendo de la convicción de que los principios sobre los que se sustenta la instalación de las salas de consumo tradicionales son perfectamente aplicables y exportables a los entornos recreativos, durante dicho período se procedió a montar tres *narcosalas* en sendas fiestas *raves* celebradas en la Comunidad de Madrid con la intención de comprobar, por la vía de los hechos, si la iniciativa tenía o no sentido, si era bien recibida por los usuarios y si, en términos de reducción de riesgos, resultaba o no beneficiosa y operativa. Finalmente, la práctica vino a confirmar lo que predecía la teoría, y las respuestas a los mencionados interrogantes se resolvieron positivamente en todos y cada uno de los casos. Es decir, los usuarios recibieron con interés y agradecimiento el nuevo dispositivo, que fue ampliamente usado por los mismos sin que se generase ningún tipo de problema, es más, redundando muy positivamente en el funcionamiento y la utilización del servicio general de información, asesoramiento y análisis de drogas. A su vez, dicho proyecto fue presentado en dos encuentros internacionales sobre reducción de riesgos (IHRA – Barcelona, 2008; y CLAT – Milán, 2007), en los que fue recibido con gran

interés, e, incluso, podría decirse que, en el caso de la CLAT, con auténtico entusiasmo.<sup>9</sup> Sin embargo, superada la exitosa fase experimental, finalmente el proyecto no tuvo más continuidad. A pesar de ello, cabría decir que, con él, se abrió una vía y se dejó testimonio de que las estrategias de reducción de riesgos aplicadas al ámbito recreativo del consumo de dro-

gas todavía pueden seguir evolucionando, yendo más allá del mero reparto de folletos y del asesoramiento personalizado, y ofreciendo recursos, medios e instrumentos que sigan redundando muy positivamente en la reducción de los problemas asociados al consumo de drogas, ya sean éstas la cocaína o cualquier otra sustancia.

### Cuadro I: Texto explicativo del Safer Sniffing Kit.

¿Qué es?	¿Por qué?	¿Recomendación?
	<p>Se suelen utilizar billetes y otros utensilios poco limpios.</p> <p>Es casi un ritual compartir el rulo para esnifar entre colegas</p>	<p>Para evitar infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza un rulo limpio</li> <li>- Evita compartir el rulo</li> </ul>
	<p>Con las prisas, algunos se olvidan de machacar bien la sustancia.</p> <p>Es frecuente utilizar el DNI, la tarjeta de crédito u otra documentación personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para evitar dañar más las fosas nasales, pica bien la sustancia</li> <li>- ¡No pierdas los papeles!</li> </ul>
	<p>A menudo, se utilizan superficies para hacer las rayas en condiciones poco higiénicas (lavabos públicos, cajeros automáticos,...) que facilitan el contacto con hongos y bacterias.</p>	<p>Intenta evitar utilizar superficies sucias y, en cualquier caso, preocúpate de que esté lo más limpia posible.</p>

## Continuación: Cuadro I

¿Qué es?	¿Por qué?	¿Recomendación?
	<p>Pocos son los que se paran a pensar en la importancia de la nariz como órgano sensitivo. Tras una noche de fiesta, los restos de sustancia quedan en las paredes de las fosas nasales, pudiendo llegar a crear llagas o heridas.</p>	<p>Para evitar las molestias nasales y conservar el sentido del olfato, limpia las fosas con agua tibia, suero salino o con preparados farmacéuticos de agua de mar isotónica y cuidarlas con pomadas a base de vitamina E.</p>
	<p>Consumir drogas puede disminuir la capacidad para escoger el cómo, cuándo y con quién uno desea relacionarse sexualmente y se puede perder el cuidado de uno mismo y hacia los demás.</p>	<p>¡Mejor con condón!</p>

## 5. Evaluación

Una evaluación adecuada de las intervenciones de reducción de riesgos como las que acabamos de describir debería aportar información concluyente al respecto de si tales estrategias producen o no producen los resultados esperados. Es decir, si, en términos prácticos y cuantificables, reducen o no reducen los problemas asociados al consumo recreativo de cocaína. Ahora bien, con los medios y en las condiciones en que, actualmente, deben trabajar los colectivos como Energy Control, pretender que estos mismos colectivos asuman la realización de evaluaciones de este tipo resulta completamente iluso, ya que, sencillamente, ni cuentan con los medios humanos y materiales para hacerlo, ni disponen del tiempo necesario para realizar dicha labor, de tal manera que, en la práctica, este tipo

de investigaciones no se realizan, como, en última instancia, tampoco se realizan en el ámbito general de la prevención.

En cualquier caso, se realizan otras evaluaciones, más sencillitas y pedestres, pero que, aun con todo, ofrecen algunas pistas sobre la posible repercusión que tendrían los programas de reducción de riesgos en el ámbito del consumo de drogas. Al efecto, por lo tanto, les ofreceremos unos apuntes extraídos de un par de tales evaluaciones realizadas por Energy Control sobre dos de sus materiales dedicados a la cocaína.

La primera de ellas se refiere a una evaluación realizada a través de la Web del grupo en el año 2008. Concretamente lo

que se trataba de evaluar era la valoración que el público destinatario hacía de la calidad y utilidad del folleto "Cocaína", así como se intentaba obtener algún indicador orientativo de las estrategias de reducción de riesgos que conocen y usan los usuarios

y valorar la incidencia que la lectura del folleto pudiera tener respecto al conocimiento de nuevas estrategias y respecto a la intencionalidad de aplicarlas. Los resultados referentes a unas cuestiones y otras se resumen en los Cuadros II y III.<sup>10</sup>

## Cuadro II: Valoración del folleto "Cocaína".

### Valoración del material

- Respecto a la información ofrecida por el material:
  - Posee una buena o muy buena **cantidad** de información
  - la misma tiene una buena o muy buena **calidad**
  - Es **útil** o muy útil.
  - Las recomendaciones son de fácil o muy fácil **aplicación**
  - El **lenguaje** es adecuado o muy adecuado para la población destinataria.
  - El **diseño** es bueno o muy bueno.
  - Respecto a Energy Control
- Posee una alta o muy alta **credibilidad** como fuente de información sobre drogas en general y sobre cocaína en particular.

## Cuadro III: valoración de la incidencia del folleto "Cocaína".

### Incidencia

- Recomendaciones que conocía:
  - En promedio conocen 16 de las recomendaciones expuestas en el folleto.
  - Las más conocidas refieren a la búsqueda activa de información sobre la sustancia y las relativas a la reducción de riesgos legales.
  - La menos conocida se relaciona con el modo en que es recomendable esnifar la sustancia.
- Recomendaciones que utiliza:
  - En promedio utilizan 12 de las recomendaciones expuestas en el folleto.
  - Las más utilizadas refieren a la preparación de la sustancia para esnifarla y las relativas a la reducción de riesgos legales.
  - Las menos utilizadas se relacionan con la reducción de riesgos cuando se produce el consumo en solitario y el autocontrol en la cantidad de sustancia a esnifar.
- Recomendaciones que aplicará:
  - En promedio aplicará 3 que las que utiliza actualmente.
  - Las más mencionadas para aplicar en el futuro refieren al modo en que es recomendable esnifar la sustancia (ni muy flojo ni muy fuerte), 'Limpiar las fosas nasales antes y después de tomar cocaína' y 'No compartir el turulo'.
  - Las menos seleccionadas para ser aplicadas de aquí en adelante son aquellas que la mayoría ya aplica.

En la segunda de las evaluaciones realizadas por Energy Control se trató de determinar la incidencia que la lectura del folleto "A ambos lados de la raya" tenía sobre la percepción de los riesgos asociados al consumo de cocaína. Para valorarlo se procedió a pasar un cuestionario a una muestra aleatoria de personas asistentes a espacios de ocio nocturno donde intervenía el grupo, distinguiéndose entre sujetos consumidores y no consumidores, y entre sujetos que habían leído el folleto y sujetos que no lo habían leído. En el cuestionario, básicamente, se preguntaba al entrevistado por los riesgos que, en su opinión, podía acarrear el uso de cocaína, así como sobre las posibles estrategias que podían emplearse para reducir tales riesgos. Dicho esto, a continuación reproducimos las conclusiones de la evaluación:

- En lo que respecta a la percepción de riesgo (medida en razón del número de complicaciones y problemas que el entrevistado consideraba que podía acarrear el consumo de cocaína), se constata que es más alta entre los no consumidores que entre los consumidores. En ambos casos, no obstante, dicha percepción de riesgo aumenta entre quienes han leído el folleto.
- Se da el caso de que dicho aumento es más marcado entre los consumidores que entre los no consumidores, aunque, aún tras haber aumentado la percepción de riesgo después de leer el folleto, la percepción de riesgo de los consumidores sigue siendo más baja que la de los no consumidores.
- Sin embargo, los consumidores, aún manteniendo una percepción de riesgo más baja que los no consumidores, muestran un mayor grado de recuerdo de los mensajes encaminados a reducir esos riesgos.
- De este modo, puede afirmarse que el material *A ambos lados de la raya* tendría una demostrada eficacia preventiva al venir a afianzar en su postura de no consumo a quienes no toman cocaína (pues aumenta ligeramente su percepción de riesgo) a la vez que tendría una demostrada eficacia como instrumento de reducción de riesgos, en cuanto que los usuarios que lo leen parecen ser más conscientes de algunos riesgos y, paralelamente, retienen los mensajes encaminados a reducirlos.

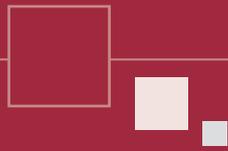


## Referencias

- ENERGY CONTROL. Estrategias de prevención dirigidas a jóvenes en el ámbito del ocio nocturno. 2008, 49 pp.
- HIDALGO, E. 2003. "I Choose: Droguin". Interzona \_Revista de Cultura y Drogas. Nº 3.
- HIDALGO, E. Narkosala Ravera. *Cáñamo*. 2008.
- Disponible en: [www.energycontrol.org/Narkosala%20Ravera.doc](http://www.energycontrol.org/Narkosala%20Ravera.doc)
- HIDALGO, E. *Salas de consumo higiénico en entornos recreativos*. 19 th International Conference of the International Harm Reduction Association, Barcelona, 2008.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cocaína. Informes de la Comisión Clínica*. Secretaría General de Sanidad del Plan Nacional Sobre Drogas. 2007, 124 pp.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cocaína. Informes de la Comisión Clínica*. Secretaría General de Sanidad del Plan Nacional Sobre Drogas. 2007, 124 pp.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PrincipalesResultados\\_EDADES2007-08.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PrincipalesResultados_EDADES2007-08.pdf)
- ROVIRA & HIDALGO. 2003. Gestión del Placer y del Riesgo o Como Enseñar a Disfrutar la Noche y No Morir en el Intento. VIII Jornadas Sobre Prevención de Drogodependencias de Alcorcón.

- 
- <sup>1</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cocaína. Informes de la Comisión Clínica*. Secretaría General de Sanidad del Plan Nacional Sobre Drogas. 2007, 124 pp.
  - <sup>2</sup> PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PrincipalesResultados\\_EDADES2007-08.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PrincipalesResultados_EDADES2007-08.pdf)
  - <sup>3</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cocaína. Informes de la Comisión Clínica*. Secretaría General de Sanidad del Plan Nacional Sobre Drogas. 2007, 124 pp.
  - <sup>4</sup> HIDALGO, E. 2003. "I Choose: Droguin". Interzona \_Revista de Cultura y Drogas. Nº 3.
  - <sup>5</sup> ROVIRA & HIDALGO. 2003. Gestión del Placer y del Riesgo o Como Enseñar a Disfrutar la Noche y No Morir en el Intento. VIII Jornadas Sobre Prevención de Drogodependencias de Alcorcón.
  - <sup>6</sup> ENERGY CONTROL. Estrategias de prevención dirigidas a jóvenes en el ámbito del ocio nocturno. 2008, 49 pp.
  - <sup>7</sup> [www.energycontrol.org](http://www.energycontrol.org)
  - <sup>8</sup> [www.elangeldeladroga.com](http://www.elangeldeladroga.com)
  - <sup>9</sup> Los detalles sobre el planteamiento y el funcionamiento del proyecto de las salas de consumo en entornos recreativos pueden consultarse en estos dos documentos disponibles en Internet: [http://www.ihra.net/Assets/278/1/2008\\_Wednesday\\_Concurrent\\_Spain\\_Hidalgo.pdf](http://www.ihra.net/Assets/278/1/2008_Wednesday_Concurrent_Spain_Hidalgo.pdf) [www.energycontrol.org/Narkosala%20Ravera.doc](http://www.energycontrol.org/Narkosala%20Ravera.doc)
  - <sup>10</sup> ENERGY CONTROL. Estrategias de prevención dirigidas a jóvenes en el ámbito del ocio nocturno. 2008, 49 pp.





COCAÍNA



# Datos e indicadores

## sobre consumo de drogas

Análisis de la Segunda Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en Castilla-La Mancha: Comparativa 2004-2008, evolución y tendencias

*Carmen de Pedro Martín*

*Ángela Cámara*

*Amós Uásquez*

*Pilar Peces*

*Natalia Magariños*

*(Equipo del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha)*

## Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas Psicoactivas

### Ficha técnica

Transcurridos cuatro años desde la publicación de la primera encuesta de drogas en población general en Castilla-La Mancha llevada a cabo por el Observatorio de Drogodependencias regional, se presenta en este artículo resultados de la segunda investigación específica sobre el consumo de drogas realizada en 2008, así como aspectos comparativos respecto a la de 2004.

En la presente encuesta se ha seguido, en lo esencial, la metodología de la anteriormente realizada en 2004, si bien se han introducido algunas modificaciones metodológicas como el cambio en la toma de datos del consumo de bebidas alcohólicas. Con él se ha pretendido homogeneizar los criterios que viene aplicando en sus encuestas el Plan Nacional sobre drogas (PNSD), así como establecer criterios más afinados relativos al tipo de bebida y su equivalencia en gramos de alcohol puro por vaso o copa. Estas modificaciones han

afectado los resultados, que no son directamente comparables a los obtenidos en 2004 en lo que se refiere a la tipología de bebedores.

La encuesta ha tenido como **universo** a la población residente en Castilla-La Mancha de 15 a 64 años de edad, que supone un total de 1.275.996 personas según datos del padrón municipal de enero de 2006.

Respecto al **tamaño y diseño muestral**, se han realizado 3.000 entrevistas personales en el domicilio de las personas seleccionadas. En la distribución de la muestra se han utilizado cuatro variables de estratificación: provincia, hábitat, grupo de edad y sexo, distribuyéndose de manera desproporcional la provincia, tamaño de hábitat y grupos de edad para optimizar la muestra. **El trabajo de campo** se llevó a cabo en los meses de febrero y marzo de 2008.

**El cuestionario** es muy similar al aplicado en el año 2004, a excepción del bloque

referido a las actividades de ocio, no incluidas en esta nueva encuesta. Se realizaron los cambios ya indicados respecto al alcohol y se incluyeron nuevas preguntas para detectar conductas de riesgo como violencia, borracheras o accidentes.

Los objetivos previstos en la encuesta 2008, al igual que la de 2004, se pueden englobar en dos grandes bloques: de un lado estimar las prevalencias de consumo de sustancias tales como alcohol, tranquilizantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como los perfiles sociodemográficos de las personas consumidoras. De otro lado aspectos cualitativos referidos a la percepción del riesgo, motivaciones y actitudes ante determinados aspectos de las drogodependencias.

### Consumos: prevalencias generales

Respecto a la encuesta de Castilla-La Mancha 2004, se ha producido un descenso o estancamiento en el consumo de casi todas las sustancias analizadas, especialmente en el consumo de alcohol y cannabis, datos que confirman las tendencias detectadas por las últimas encuestas del PND y otras CCAA. Excepciones a esta tendencia es el ligerísimo aumento (0,1) de crack y heroína respecto a la primera encuesta.

El alcohol continúa siendo la droga mayoritariamente consumida por la población de Castilla-La Mancha, y ha sido la sustancia cuya tasa de consumo ha experimentado un mayor descenso respecto a los datos 2004.

Siguiendo con las drogas de carácter legal, tiene relevancia el consumo de tranquilizantes e hipnóticos (sedantes, ansiolíticos, somníferos), que se suelen agrupar

bajo la denominación de hipnosedantes o **psicofármacos**. Se trata de sustancias normalmente prescritas médicamente y de uso bastante generalizado, especialmente los tranquilizantes. Según los resultados de la encuesta las han probado un 14,4% de la población y en los últimos 30 días han sido consumidas por un 8,6%. Las personas que mayor uso hacen de tranquilizantes son mujeres (9,4% frente al 3% de hombres) mayores de 50 años (11,6%).

Con respecto a los datos obtenidos en la encuesta de 2004, la tasa a nivel probatorio ha subido ligeramente (un punto porcentual) mientras en el indicador del último mes se mantienen e incluso desciende ligeramente.

La **cocaína** y especialmente el **cannabis** constituyen las drogas ilegales con mayor tasa de consumo en Castilla-La Mancha, tal como sucede en el resto de España. Mientras el consumo de cannabis ha experimentado un descenso considerable, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes, la tasa de consumo de cocaína permanece estabilizada con un 7,3% de consumo probatorio y 1,7% en el último mes. No obstante, el consumo ha descendido desde 2004 en los indicadores de los últimos 12 meses y últimos 30 días, mientras sube un punto el indicador probatorio.

Psicoestimulantes como el **éxtasis** o las **anfetaminas**, también han experimentado un ligero descenso, si bien cuando se trata de consumos tan minoritarios, hay que ser prudentes a la hora de valorar las posibles variaciones. En el caso del éxtasis lo han probado alguna vez en la vida el 3,4% de la población, cifra que se mantiene respecto a 2004. No obstante, descienden ligeramente los indicadores de los úl-

	PRINCIPALES INDICADORES DE CONSUMO DE DROGAS C.L.M					
	2008			2004		
	Alguna vez en la vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 30 días	Alguna vez en la vida	Alguna vez en los últimos 12 meses	Alguna vez en los últimos 30 días
Alcohol	84.8	71.8	61.5	88.0	80	76.1
Cannabis	21.7	8.1	6.4	22.6	11.9	9.1
Tranquilizantes	10.6	6.1	6.1	9.5	6.9	6.0
Cocaína	7.3	2.9	1.7	6.1	3.2	2.3
Éxtasis	3.4	1.4	0.9	3.2	1.7	1.3
Alucinógenos	1.9	0.4	0.1	2.5	0.9	0.7
Anfetaminas	1.4	0.3	0.1	2.0	0.5	0.5
Hipnóticos	3.8	2.7	2.5	4.3	3.1	2.9
Crack	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.0
Analgésicos Morfínicos	0.4	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2
Inhalables	0.5	0.1	0.0	0.6	0.2	0.1
Heroína	0.5	0.2	0.2	0.4	0.1	0.0

timos doce meses (1,4%) y últimos 30 días (0,9%). Las anfetaminas han sido probadas alguna vez en la vida por un 1,4% de la población, y las han consumido en los últimos 12 meses y últimos 30 días un 0,3% y 0,1% respectivamente. En este último caso todos los indicadores descienden respecto a los resultados de 2004.

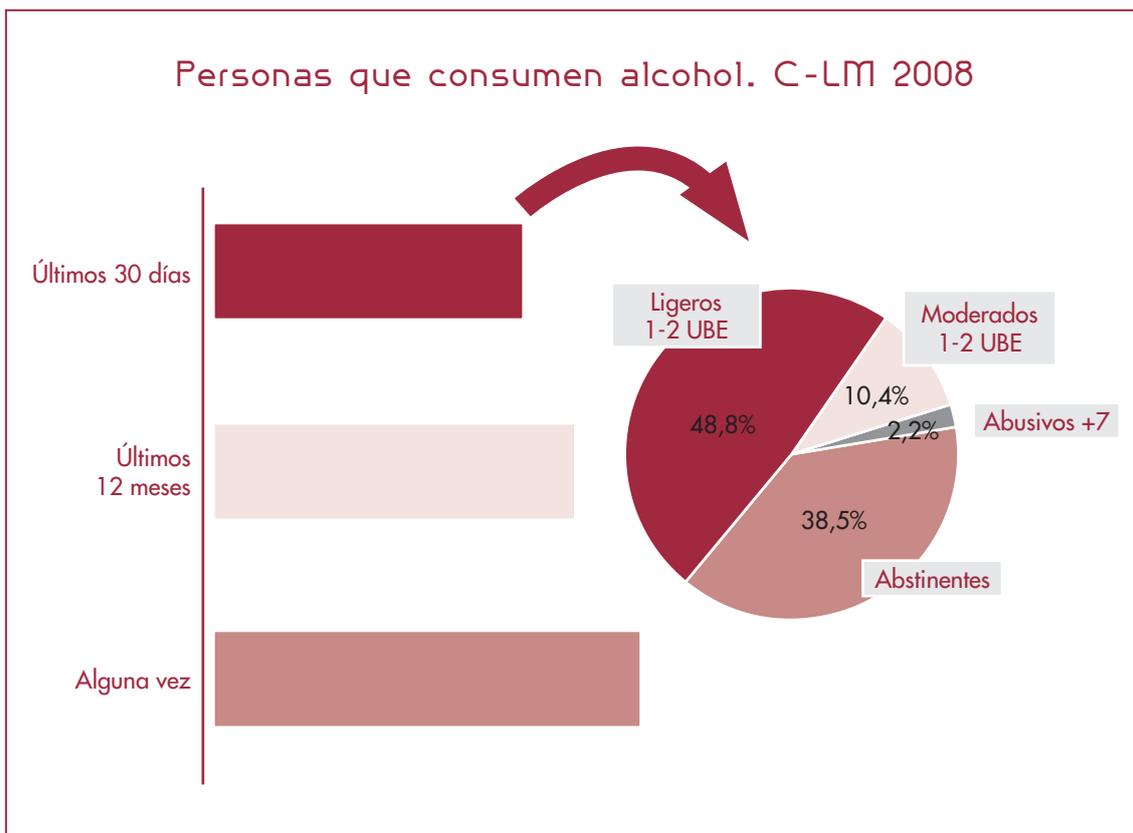
Otra sustancia cuya tasa de consumo también ha descendido son los **alucinógenos**, probados alguna vez en la vida por cerca del 2% de la población, medio punto porcentual menos que en la primera encuesta (2,5%). En los indicadores de los últimos 12 meses y últimos 30 días también se aprecia esta tendencia a la baja.

Por debajo del 1% de prevalencia en los consumos probatorios nos encontramos

con los **inhalables** (0,5%) y **analgésicos morfínicos** (0,4%) en ambos casos, y con la prudencia antes mencionada, también parece haber una tendencia al descenso respecto a los datos de 2004. No sucede así con otras dos sustancias igualmente minoritarias como la **heroína** y el **crack**, la primera con una tasa del 0,5% de consumo probatorio en la que se ha detectado un ligerísimo aumento que parece corroborar la tendencia de estudios realizados específicamente por el Plan Nacional. El consumo de crack (0,3%) también se ha elevado ligeramente.

### Alcohol

Las prevalencias de consumo de alcohol han descendido en Castilla-La Mancha entre los años 2004 y 2008. Así actual-



mente 84,9% de la población ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida (88,0% en 2004), el 71,8% lo ha hecho en los últimos 12 meses (80,7% en 2004), y un 61,5% en los últimos 30 días (76,1% en 2004).

De ese 61,5% de consumidores habituales, el 48,8% son bebedores ligeros, 10,4% moderados y 2,2% abusivos en relación a los gramos de alcohol ingeridos.

Pero las cifras varían notablemente en función de la edad y el sexo, siendo los varones y el grupo de edad de 20 a 29 años quienes ostentan las mayores tasas de consumo. Mientras que el 80,4% de los varones han consumido alcohol en el último año, y el 73,4% en el último mes, para las mujeres estas cifras descienden al 62,5% y 48,8% respectivamente. Por

su parte, la tasa del último año para los jóvenes de 20 a 24 años es de un 82% y un 79,9% para los que tienen entre 25 y 29 años.

Entre las bebidas más consumidas destaca la cerveza, seguida de los combinados y el vino. Los tipos de bebida consumida difieren entre días laborables y festivos, siendo precisamente en los festivos cuando aumenta el consumo de bebidas combinadas y disminuye el de vino en relación al consumo en días laborables. Otro dato a destacar es que casi la mitad de los que consumieron en los últimos 30 días no tomaron alcohol en días laborables, lo cual quiere decir que el 50% de consumidores habituales lo son sólo de fin de semana y además estos corresponden a los grupos de población más joven.

La utilización del “botellón” como evento social para el consumo de alcohol entre los jóvenes, ha descendido en los últimos cuatro años, así en la actual encuesta un 45% de los menores de 30 años afirma haber participado en algún “botellón” frente a un 61,6% que lo hacía en el año 2004.

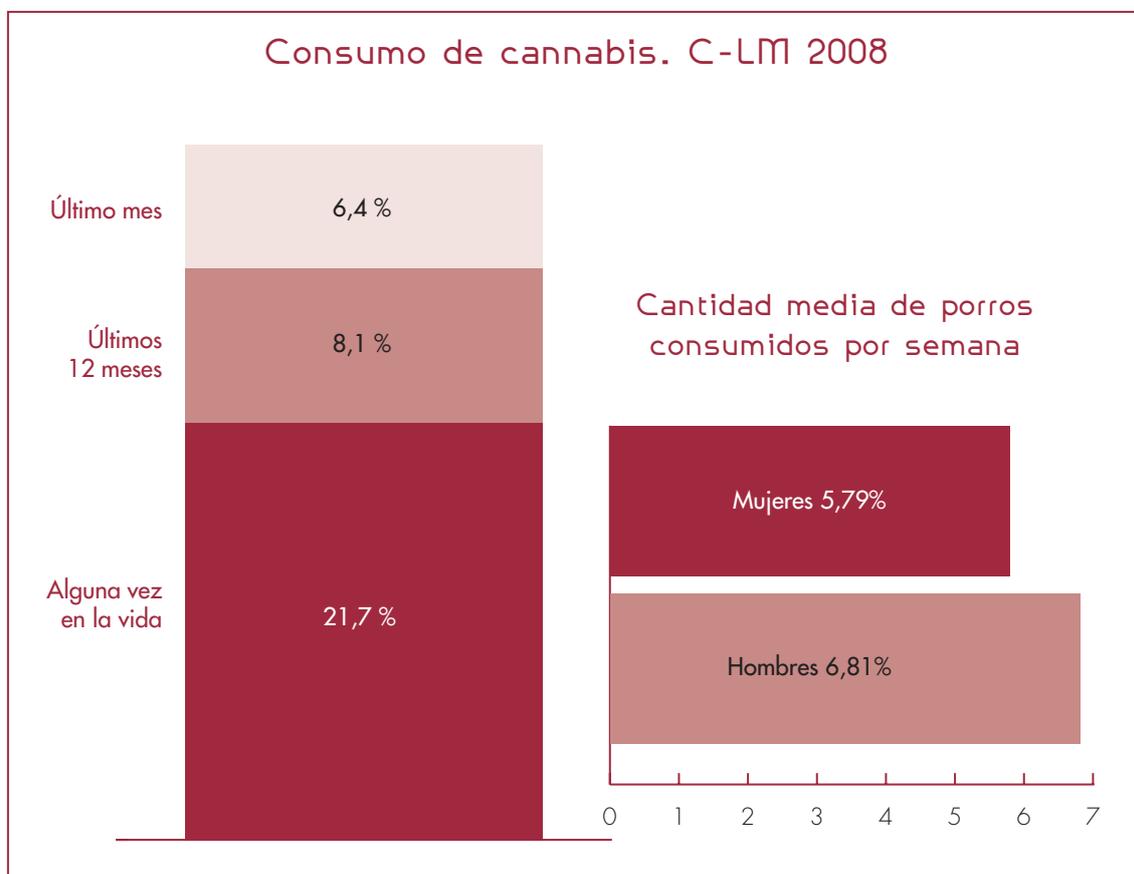
Otro aspecto novedoso que se ha abordado en esta encuesta de 2008 han sido determinadas conductas de riesgo relacionadas con el alcohol, como las borracheras. A los que bebieron en el último mes se les preguntó si en dicho período se habían emborrachado y, en caso afirmativo cuántas veces. El 8,9% respondieron afirmativamente. La edad media de estos se situó en los 27,3, diez años más jóvenes que los que dijeron que no. Además se han emborrachado 2,11 veces de media en el mes y en

mayor proporción los varones (11,2%) que las mujeres (5,7%).

### Cannabis y cocaína

El uso de **cannabis** como droga psicoactiva está ampliamente difundido entre la población de Castilla-La Mancha, como sucede en otros ámbitos territoriales, siendo la droga ilegal con mayor prevalencia. Un 21,7% de la población de 15-64 años ha consumido cannabis alguna vez en la vida, un 8,1 % en los últimos 12 meses y el 6,4% consumió durante el último mes.

Es la sustancia, junto con el alcohol, que ha experimentado un mayor descenso respecto a la encuesta anterior, pasando de una tasa de 9,1% en 2004 a 6,4% en 2008, en el indicador de los últimos 30 días. El descen-



so se ha producido especialmente entre el grupo más joven (de 15 a 19 años) que ha pasado del 32% al 17,9% (-14 puntos). El grupo etario de 20-24 es el de mayor prevalencia (19,9%), y el que realiza consumos más intensivos, con una media de 9,76 porros en la última semana.

Existen también diferencias de género entre estos consumidores, así para el indicador de los últimos 12 meses, el conjunto del grupo de varones se sitúa en el 12,3% de prevalencia de consumo, mientras que las mujeres en el 3,6%; es decir, 8,7 puntos por debajo. Constatamos además que las mujeres consumen de media menor cantidad de porros a la semana (5,79) que los hombres (6,81) y suelen compartir los porros en mayor proporción, (8 de cada 10) que los varones (casi 6 de cada 10).

Por detrás del cannabis, **la cocaína** es la droga ilegal de mayor consumo. Según los resultados obtenidos en la presente encuesta, el 7,3% de la población ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,9% la tomaron en los últimos 12 meses y el 1,7% en los últimos 30 días. Respecto a 2004, el consumo probatorio se ha incrementado en algo más de un punto mientras los indicadores anual y mensual han experimentado un ligero descenso.

Igualmente en este caso son claras las diferencias por género: mientras los hombres tienen una prevalencia del 4,8%, en las mujeres es bastante menor, del 0,8%. En cuanto a la edad es el grupo de jóvenes de 20 a 24 años el que presenta la prevalencia más alta (6,2%) y los que realizan un consumo más intensivo de la sustancia, pues dicen haber tomado de media 1,34 gramos en la última semana, cuando la

media general de los consumidores de cocaína está en 0,68 gramos/semana.

La vía más frecuente de consumo de cocaína, entre quienes consumieron alguna vez en la vida, es la esnifada (92,0%). La vía inyectada sigue siendo muy poco frecuentada (1,6%) en 2008, prácticamente no ha variado respecto al año 2004 que fue de (1,4%).

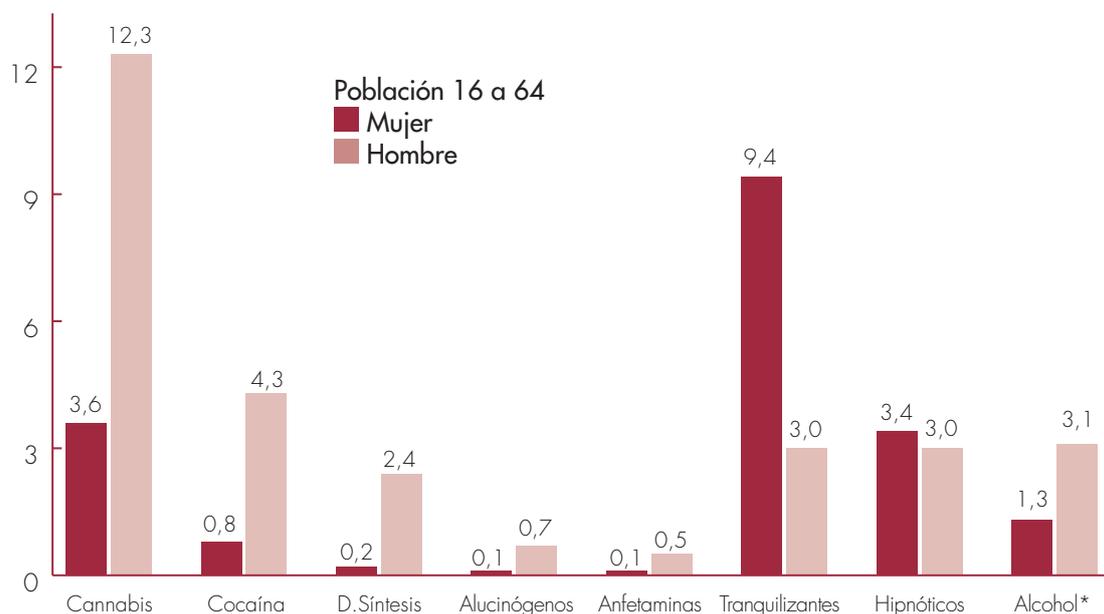
### Variaciones por género y edad

De acuerdo con lo que llevamos diciendo hasta ahora y como se puede comprobar en el siguiente gráfico la tasa de consumo es mayor en los varones en todas las sustancias, a excepción de los hipnóticos y los tranquilizantes donde los consumos femeninos superan a los masculinos.

Junto a estas brechas de género, también es interesante observar las diferencias detectadas según la variable edad. En cuanto al consumo de alcohol, es en el grupo de 20 y 24 años, así como los comprendidos en el grupo de edad de 40-49 años, donde encontramos el mayor porcentaje de personas que abusan del alcohol.

En esta misma tabla se puede observar además la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para otras drogas. En ella podemos destacar la mayor proporción de personas consumidoras en los grupos de edad jóvenes (15 a 29 años) en éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, crack, inhalables, cannabis y cocaína, es decir en la mayor parte de los consumos ilegales a excepción de los opiáceos. En este último caso, la heroína y también los analgésicos morfínicos, alcanzan su máximo indicador en la población comprendida entre los 30 y 39 años.

### Prevalencias en consumo de drogas según sexo en los últimos 12 meses. C-LM 2008



\* Prevalencias de alcohol abusivo.  
Por abuso, entendemos la suma de altos + excesivos + gran riesgo

### Prevalencias de las distintas sustancias según grupos de edad (%)

	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-39 años	40-49 años	50-64 años
<b>Alcohol</b>						
Alcohol abusivo semana	1,9	<b>3,6</b>	3,0	1,5	<b>3,4</b>	1,1
Alcohol abusivo laborales	0,7	1,6	2,2	2,0	<b>6,1</b>	2,6
Alcohol abusivo fines de semana	<b>7,1</b>	<b>9,5</b>	<b>5,2</b>	2,2	1,8	1,2
<b>Otras drogas (12 meses)</b>						
Éxtasis	2,6	2,9	<b>3,0</b>	1,5	0,7	0,0
Alucinógenos	0,4	<b>1,6</b>	1,4	0,3	0,0	0,0
Anfetaminas	0,4	0,7	<b>0,8</b>	0,1	0,0	0,2
Hipnóticos	0,4	0,7	0,8	2,0	3,9	<b>5,6</b>
Crack	0,0	<b>0,7</b>	0,0	0,4	0,0	0,0
Otros opiáceos	0,0	0,0	0,0	<b>0,5</b>	0,0	0,0
Inhalables	0,0	<b>0,3</b>	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,4	0,3	0,3	<b>0,5</b>	0,0	0,0
Tranquilizantes	0,7	2,6	2,5	4,3	8,4	<b>11,6</b>
Cannabis	<b>17,9</b>	19,9	14,0	7,6	3,3	0,9
Cocaína	4,1	<b>6,2</b>	4,9	3,0	2,5	0,0

Por último, los hipnóticos y tranquilizantes cuentan con las tasas de consumo más elevadas en la población de 40 a 64 años, especialmente en el último tramo de 50 a 64 años.

### Prevalencias de las distintas sustancias según grupos de edad (%)

En lo que se refiere a las **edades medias de inicio en el consumo**, el alcohol tiene la edad media más baja de inicio con 16,92 años, seguida de los inhalables (17,52) y el cannabis (18,7). Las personas que se inician en el consumo de cocaína tienen una edad media de 20,66, curiosamente mayor que la heroína (este hecho difiere de los resultados obtenidos en 2004, donde la edad de inicio en la heroína estaba 4 años por encima de la cocaína). Las edades más altas se refieren a los tranquilizantes e hipnóticos con 35,84 y 37,83 respectivamente.

En estos últimos cuatro años y respecto a la encuesta de 2004, se ha producido un hecho

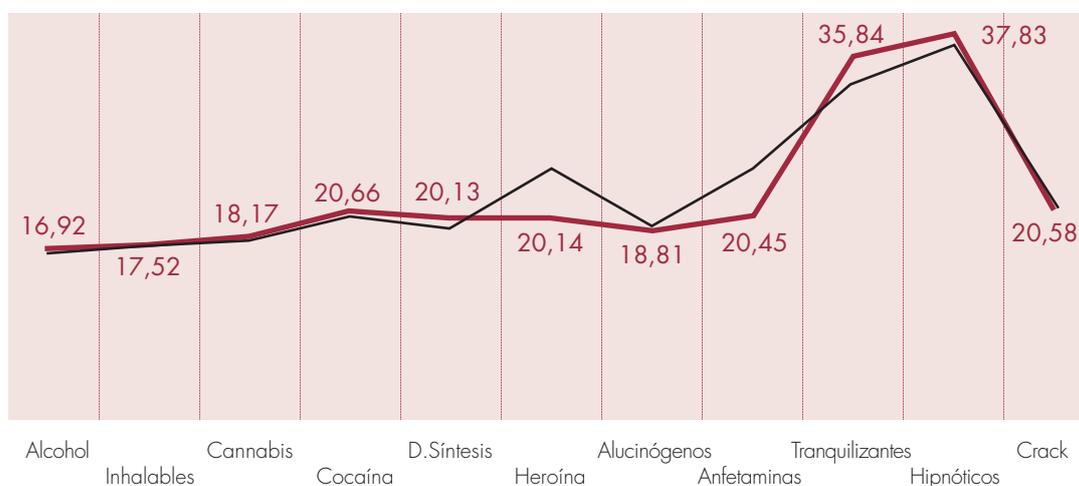
positivo, y es un aumento general en la edad media de inicio en prácticamente todas las sustancias, especialmente en tranquilizantes. Excepciones a esta tendencia general son el caso de la heroína, que como hemos comentado ha bajado notablemente la edad media de inicio y el de las anfetaminas, que igualmente ha descendido en torno a 4 años.

### El policonsumo

Tomando en consideración las personas que han consumido alcohol abusivo, así como otras drogas en los últimos doce meses, podemos afirmar que el 77% de los consumidores lo son de una sola sustancia, mientras que el 23% restante son policonsumidores.

Se han elaborado 4 modelos de policonsumo mediante el análisis factorial de los datos de la encuesta. Se trata de grupos de personas en los que el consumo de determinadas sustancias está asociado a una serie de características sociodemográficas comu-

Edad media de inicio en el consumo de drogas. CLM 2004-2008



nes. Estos modelos han variado respecto a los obtenidos en el año 2004. El cambio sustancial se produce en la integración del consumo de alcohol con otras sustancias ubicadas en 2004 entre los psicoestimulantes, a saber: éxtasis, cannabis y cocaína. Pero incluso en aquel estudio se vislumbraba un modelo de transición al actualmente abordado, puesto que junto con el alcohol ya aparecían una influencia del cannabis y la cocaína, aunque en un segundo plano.

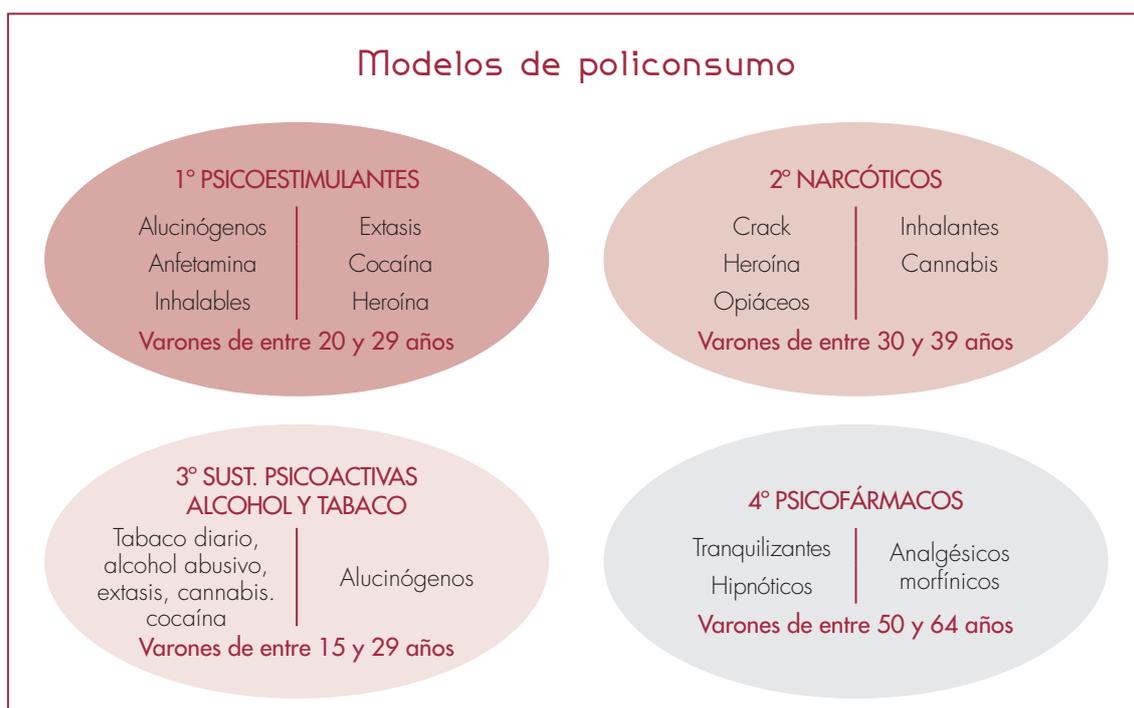
El primer modelo sería el de los **Psicoestimulantes**, configurado por consumidores de alucinógenos, anfetaminas, e inhalables. Modelo minoritario integrado por varones entre 20 y 29 años, con estudios medios o superiores, autopositionados como de clase social alta, ideología extremista (de izquierda o derecha), agnósticos y no creyentes.

El segundo **Narcóticos-crack**, donde encontramos a los opiáceos, el crack y la heroína. También en este modelo la mayoría son varones, pero de mayor edad que los

anteriores (30-39 años), residentes en poblaciones rurales; bajo nivel de estudios, de ideología moderada pero especialmente de derecha; agnósticos y no creyentes.

**Psicoactivas, alcohol y tabaco:** Se trata del modelo mayoritario. En esta dimensión de policonsumo se encuadran al éxtasis, cannabis, cocaína, tabaco diario y alcohol abusivo, así como en menor medida los alucinógenos. Los perfiles sociológicos lo componen varones jóvenes de entre 15 y 29 años; nivel de estudios de secundaria, bachiller o FP; de clase social alta; ideología extremista (tanto derecha como izquierda); agnósticos y no creyentes.

Por último en el modelo de los **Psicofármacos** se incluyen los hipnóticos y los tranquilizantes. Se trata mayoritariamente de mujeres entre 50 y 64 años, residentes en poblaciones rurales o municipios de hasta 5.000 habitantes, nivel de estudios bajo, desempleados o amas de casa y católicos practicantes.



## Percepción y motivación

### Motivaciones para el consumo y no consumo de drogas

Con objeto de analizar los motivos relacionados con el consumo de drogas, se solicitó a los entrevistados que señalaran las dos razones principales por las que habían decidido consumir estas sustancias. Agrupando las respuestas en cinco grandes argumentos o motivos, los resultados han sido los siguientes: Un 73% dicen

consumir drogas por placer o experimentación; los motivos lúdicos son los que indudablemente tienen mayor peso. El 25% de los consumidores alegan motivos relacionados con la adaptación e integración a las normas sociales establecidas. Muy por detrás (6%) exponen motivos sintomatológicos, es decir de tipo médico, así como el deseo de libertad y transgresión (5,2%) y por último un 2,4% estímulos de pasividad o huida ante la realidad.

#### MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO

	% sobre respuestas
Porque me gusta	50,4
Por pasar el rato	23,0
Por placer, por animarme	22,4
Porque es una costumbre	21,6
Para calmar los nervios	4,5
Por sentirme libre	3,2
Por dormir mejor	2,7
Para facilitarme la conversación y el contacto social	2,2
Por experimentar algo prohibido	1,5
Por sentirme aceptado por el grupo de amigos	1,2
Por enfermedad o dolor	1,1

#### MOTIVACIONES PARA EL NO CONSUMO

	% sobre respuestas
Perjudican la salud	35,2
Me siento bien / no me hacen falta	25,7
Convicciones personales tipo moral	25,5
Crean problemas personales / familiares	3,9
Por miedo	1,0
Son ilegales	0,4
Perjudiciales para la sociedad	0,4
Por otras razones	0,6

Frente a estos, también se preguntó a las personas que no habían tomado drogas ilegales la razón principal por las que no las consumían. Los resultados hacen referencia a tres motivos básicos, en primer lugar "porque perjudican la salud", así lo han declarado el 35% de los no consumidores, el 26% aseguran que se sienten bien y no las necesitan y un porcentaje similar (26%) apelan a convicciones personales de tipo moral para no hacerlo. Este motivo se ha argumentado en mucha mayor proporción en esta última encuesta que en la de 2004, donde tan sólo el 8,6% de las respuestas consideraban razones morales para no consumir drogas.

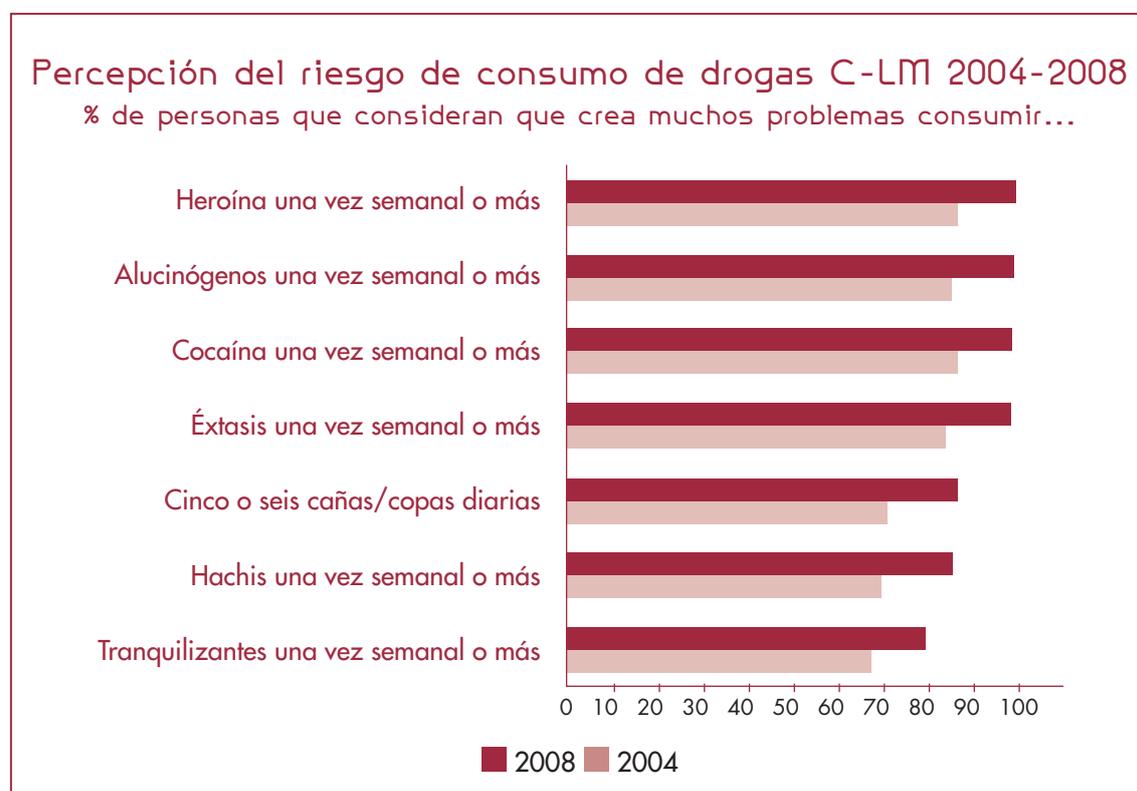
### Percepción del riesgo ante las drogas

Respecto a la percepción que tienen los entrevistados de los riesgos que asumidos

en el consumo de drogas, se les presentó una escala en la que debían valorar como ninguno, pocos, bastantes o muchos los problemas asociados a cada consumo.

Como se puede observar en el gráfico de resultados, todos los consumos representan para la población castellano manchega una problemática elevada, especialmente las drogas ilegales como la heroína, alucinógenos y cocaína, mientras los consumos abusivos de alcohol diario, y los semanales de tranquilizantes y el cannabis son percibidos como menos problemáticos.

Comparando estos resultados con los obtenidos en 2004, tal y como se aprecia en el gráfico, la población entrevistada tiene una percepción más grave de la problemática que generan todos y cada uno de los consumos considerados, que la que tenía hace cuatro años.



## Actitudes ante las drogas

Igualmente interesaba conocer las actitudes de la población de Castilla-La Mancha ante las drogas. Para ello, se ha utilizado un modelo abordado en investigaciones de similares características por la Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) en los años 1998 y 2004<sup>1</sup>. Este modelo se fundamenta en la construcción de una batería de enunciados que determinan distintas posiciones valorativas. Se preguntaron concretamente 16 cuestiones a valorar a través de una escala de 1 a 7 donde 1 es "nada de acuerdo" y 7 es "totalmente de acuerdo".

A partir de las respuestas emitidas, y mediante un análisis factorial, se han obtenido los siguientes **modelos actitudinales**:

### **Pragmatismo desproblemizador:**

Tal denominación engloba un conjunto de opiniones y actitudes donde se asumen las drogas con normalidad. Se ha de convivir con ellas, puesto que es evidente su existencia presente y futura, minimizando los problemas que se generan a su alrededor y apelando a las políticas sociales para gestionar la problemática a nivel colectivo.

El perfil sociológico asociado a esta posición es el de varones jóvenes, de entre 15 y 29 años; nivel de estudios secundarios (bachiller, secundaria, FP); clase social autopercebida baja; ideología de extrema izquierda; no creyentes y agnósticos.

### **Mitificación existencialista:**

Las personas que mayoritariamente se englobarían en este modelo son varones, de edades más jóvenes que los anteriores (15-24 años) y con las mismas características en cuanto a la clase social autopercebida, ideología y creencias religiosas, que comparten una visión mítica y mística de las drogas, con sentimientos ligados al enriquecimiento de la vida y a la ayuda para superar los problemas.

### **Consumismo normalizador:**

En este caso se apuesta por la asunción normalizada de su consumo, puesto que es algo inevitable de la sociedad en la que vivimos. Las drogas constituyen un objeto de consumo como otro cualquiera, y son algo que deberíamos probar.

Incluimos dentro del consumismo normalizador el siguiente perfil sociológico: jóvenes de 15 a 24 años con nivel de estudios medio o bajos (analfabetos, primaria o ESO); estudiantes y desempleados, autoubicados como de clase social baja; ideología de extrema izquierda y no creyentes de ninguna religión.

### **Problemática confabuladora:**

Esta posición problematiza el fenómeno de las drogas, y lo enmarca además en una confabulación exterior. Consideran que son sustancias muy peligrosas que no deben ni

<sup>1</sup> Eusebio Megías y otros (2000) *La percepción social de los problemas de drogas en España*. FAD. Eusebio Megías y otros (2000) *La percepción social de los problemas de drogas en España*. 2004 FADY Obra Social Caja-Madrid.

probarse, así como que las han triado de fuera para buscar ganancias y destruirnos.

Al contrario que en los modelos anteriores, en este caso la mayoría de las personas que comparten tales opiniones, son mujeres, de edad avanzada, de 50 a 64 años, con estudios medios o bajos (analfabetos, primaria, secundaria); amas de casa o pensionistas; de clase social autopercebida como baja; ideología de derecha y especialmente de extrema derecha; así como católicos no practicantes.

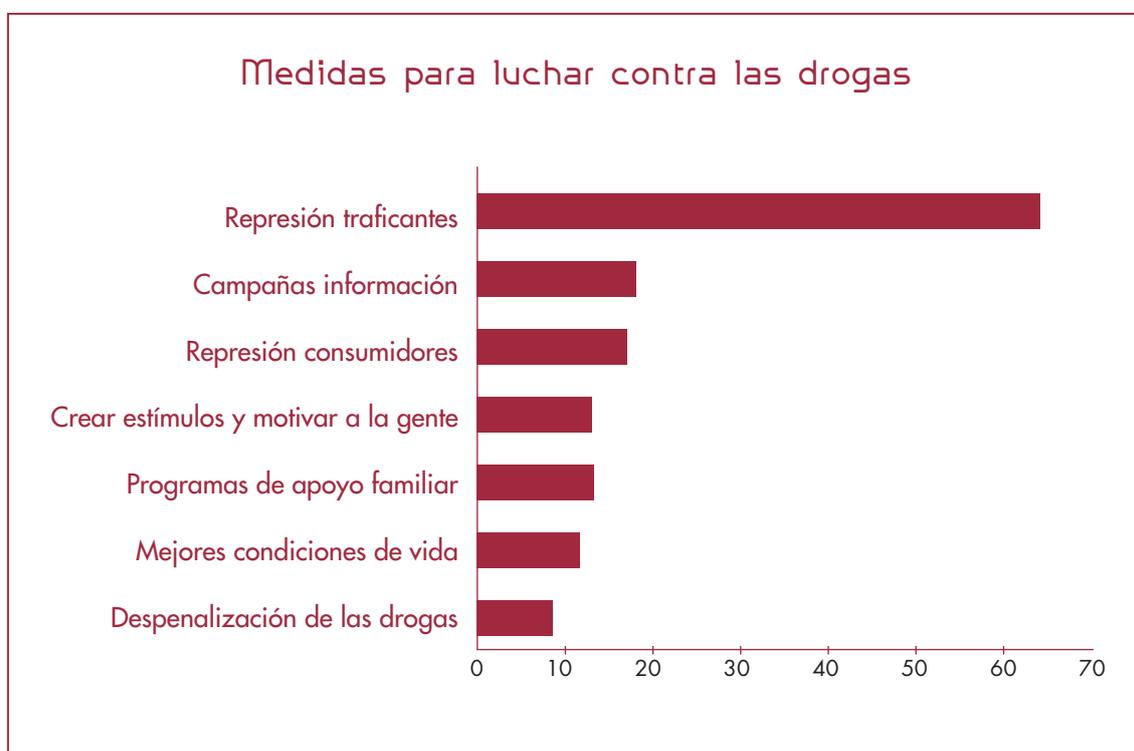
### Evitabilidad supresora:

Las personas que conforman este modelo actitudinal creen en la posibilidad de una sociedad sin drogas, a la vez que admiten la existencia de soluciones a tal efecto. Se trata de mujeres, más jóvenes que las que conformaban el modelo anterior, de entre de 40 a 64 años; amas de casa; clase

media; ideología de izquierda o extrema derecha y católicos practicantes.

### Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas

En cuanto a las medidas más eficaces para luchar contra las drogas, la mayoría de los entrevistados preguntados al efecto consideran como las más eficaces y adecuadas las medidas de carácter represivo. Así, siete de cada diez castellano-manchegos se inclina por la represión, principalmente dirigida hacia los traficantes. En segundo término, así considerado por un 30% de las respuestas, están las medidas relacionadas con la educación sobre drogas en la escuela. Respecto a los resultados de 2004, se ha producido un cambio, puesto que en aquel momento se apostaba en primer lugar y de manera mayoritaria por medidas de carácter educativo.



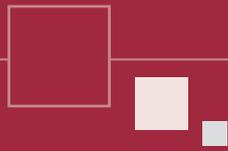
## Conocimiento y valoración de las actuaciones ante las drogas en Castilla-La Mancha

Finalizamos este capítulo de conclusiones aportando las cifras más destacadas sobre el conocimiento y valoración que tiene la población de Castilla-La Mancha, de las diferentes actuaciones que se están poniendo en marcha desde la administración pública. Concretamente, se aportan índices de notoriedad genérica de las actuaciones, y concretamente de algunas de las realizadas recientemente, así como la valoración general que aportan los ciudadanos sobre la labor que está realizando la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

- La mitad de la población (46%) conoce los programas preventivos de la comunidad, frente al 31% que dice no conocerlos. A este respecto se observa que a mayor nivel de estudios alcanzado, mayor proporción de población conoce los programas preventivos.
- Preguntando por programas preventivos concretos, "Esta noche toca", "Comunidad escuela de salud", "Alcazul", "Coca on-line" y "Prevenir para vivir", **cabe destacar que la mayor parte de la población refiere no conocerlos.** Los de Guadalajara son los que menos conocen las actuaciones







COCAÍNA



# Nuevas publicaciones

del Observatorio de Drogodependencias  
de Castilla-La Mancha

## Publicaciones

### Encuesta Domiciliaria Sobre Consumo de Drogas Psicoactivas en Castilla-La Mancha 2008

Transcurridos cuatro años desde la realización de la primera encuesta presentamos los resultados obtenidos que en esta ocasión empiezan a conformar la serie estadística específica en Castilla-La Mancha.

El objetivo principal de esta encuesta, común a otros estudios sobre el consumo de drogas de carácter nacional e internacional, ha sido estimar las prevalencias y patrones de consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal.

### Las drogas ilegales entre los jóvenes de Castilla-La Mancha: discursos desde los consumos de cannabis y cocaína 2008 Ignacio Megías Queirós

Planteamos la presente investigación a los y las jóvenes de castilla-La Mancha que representan los referentes, las expectativas, las motivaciones, los temores y los riesgos de los consumos de sustancias ilegales. Para ello, y como la realidad de los consumos es múltiple y compleja, centramos nuestro acercamiento en dos sustancias que protagonizan, de diferente manera, los consumos juveniles (y no juveniles): el cannabis y la cocaína. Uno por representar la aparente 'normalización' o creciente aceptación social de un consumo considerado ilegal; la otra por encarnar lo que socialmente se interpreta como consumos emergentes, en alza o de moda, en torno a los cuales se plantean toda una serie de nuevos riesgos.

Estas, y anteriores publicaciones, están accesibles y descargables  
en internet desde nuestra página web:  
[www.od.jccm.es](http://www.od.jccm.es)



- Los artículos de esta revista y números anteriores, así como otras investigaciones desarrolladas y publicadas por el Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha pueden ser consultados y descargados desde nuestra página web.

