

GUÍA METODOLÓGICA
SOBRE PREVENCIÓN,
REDUCCIÓN DE DAÑOS,
DETECCIÓN, DERIVACIÓN Y
ACOMPañAMIENTO DE
SITUACIONES DE CONSUMOS
PROBLEMÁTICOS EN
CONTEXTOS DE
PROSTITUCIÓN

Fundación Cruz Blanca / Fundación Atenea

Documento técnico

© Fundación Cruz Blanca
© Fundación Atenea

Autoría:

Javier Martín Nieto, coordinación y redacción final

Fundación Cruz Blanca:

Martina Kaplún Asensio (Madrid)
M^a Dolores Maraver Molina (Madrid)
Javier Morillo-Velarde Serrano (Algeciras)
Esperanza Jorge Balbuzano (Algeciras)
Zaira Fernández López (Algeciras)
Beatriz Rubio Sevilla (Madrid)
Estefanía Bonilla Fernández (Madrid)
Delia Álvarez Nova (Madrid)
Anabel Gámez Gómez (Algeciras)
Helena Aguilera Martín (Madrid)

Fundación Atenea:

Yolanda Nieves Martín (Madrid)
Israel Fábregas Galán (Madrid)
Ignacio López Martín (Sevilla)
Inmaculada Martínez Cerrillo (Sevilla)
Gracia Algarrada Largo (Sevilla)
María López Tobar (Madrid)
Guadalupe Ariza López de Ceballos (Madrid)

Año 2016

Financiado por



Índice

- **Presentación.**
- **Datos sobre la prevalencia del consumo de drogas en España.**
- **El consumo de sustancias en contextos de ejercicio de prostitución: sustancias consumidas, motivaciones para el consumo, patrones de consumo y situaciones de riesgo**
 - **El tipo de sustancias y forma de consumo.**
 - **Estrategias de reducción de daño**
 - **Drogas: concepto y tipologías**
 - **El alcohol**
 - **El cannabis**
 - **La cocaína**
 - **Interacción de drogas y medicamentos**
- **Los programas de reducción de daños y riesgos**
 - **El caso español**
- **Los programas de reducción de daños y riesgos para mujeres vulneradas**
- **Perfil de las personas que consumen drogas, legales y/o ilegales, en contextos de prostitución**
- **Indicadores para la detección de consumos problemáticos en contextos de ejercicio de prostitución**
- **Derivación y acompañamiento en casos de consumos problemáticos**
- **Recomendaciones genéricas para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas en contextos de prostitución**
- **Elaboración de mapas de recursos**
- **Conclusiones**
- **Propuestas**
- **Webgrafía y bibliografía**

Presentación

La ***Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución*** que presentamos era, y sigue siendo, un texto necesario, ya que ofrece, a profesionales, especialistas y personas interesadas, una propuesta de intervención planificada, y ya testada, sobre una de esas realidades sociales complejas que aún siguen ocultas no sólo a la población en general, sino a los propios expertos y expertas, a las administraciones públicas e incluso a las organizaciones sociales.

Pero antes de reflejar los aspectos positivos de este documento, y de narrar cual ha sido la gestación del mismo, queremos destacar un elemento secundario pero que nos parece muy relevante.

La realidad social siempre es muy compleja, pero a medida que nos adentramos en colectivos vulnerables y vulnerados en los que están presentes diferentes factores de exclusión es complejidad se va haciendo más y más intensa.

Las administraciones públicas, con la disculpa del límite de recursos y de la necesidad de centrar sus esfuerzos en los grandes grupos sociales, no suelen ocuparse de estos subcolectivos. Se limitan a señalar que si mejora la situación general el propio sistema permitirá que algunas de esas mejoras terminen llegando a estas personas que viven en zonas de penumbra.

Por su parte, las organizaciones sociales si se ocupan de estos colectivos, pero hemos de reconocer que lo limitado de los recursos disponibles, y también de los conocimientos específicos, apenas nos permiten paliar las situaciones más extremas, atajando, en la mayoría de los casos los síntomas y no las causas de la exclusión.

La respuesta a este déficit es conocida, el trabajo conjunto, coordinado, cooperativo, colaborativo y en red. Pero se trata de algo más fácil de enunciar que de llevar a cabo.

Dice el dicho popular que el papel lo aguanta todo, y podemos señalar miles de documentos con propuestas de trabajo conjunto entre diferentes instituciones. Pero los casos en los que esa cooperación ha terminado siendo una realidad son muy escasos. Lo normal es que la propuesta inicial termine convirtiéndose en una división del trabajo y de las funciones.

Por eso tenemos la satisfacción de compartir esta Guía, que es producto de un trabajo en equipo. Profesionales de intervención directa con mujeres que

ejercen la prostitución y que tienen un uso problemático de drogas de Fundación Cruz Blanca y de Fundación Atenea, y especialistas de diferentes disciplinas y equipos directivos de ambas ONG, trabajando conjuntamente han permitido convertir este proyecto en una realidad. Y no debemos olvidar que sin el apoyo económico de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas esta idea no hubiera podido llegar a convertirse en una realidad.

Esta Guía, al margen de su aportación metodológica, es un buen ejemplo de trabajo en red.

En segundo lugar queremos relatar la gestión de este proyecto. Comenzaremos por señalar algunas obviedades.

Las personas en situación o riesgo de exclusión social necesitan y quieren respuestas inmediatas a sus problemas y demandas. Se trata de personas con diferentes circunstancias y problemáticas, pero personas únicas, y no pueden dividirse para adecuarse a las clasificaciones de las administraciones públicas, de las convocatorias, o las especificidades sectoriales de las organizaciones sociales.

Los equipos técnicos que trabajan en programas de calle viven en primera persona esta realidad, y en muchas ocasiones encuentran soluciones en la colaboración que sus instituciones, públicas o privadas, no han acordado.

Mujeres que ejercen la prostitución y que consumen drogas existen, son una realidad. Y durante años, a la escasez de recursos que encontraban, se añadía la dificultad de tener que acudir a dos tipos de ONG, de administraciones públicas, o de programas, para encontrar respuestas. Si se nos permite la demagogia, es como si las horas impares fueran personas que ejercen la prostitución, y las horas pares personas con un uso problemático de drogas.

Esta realidad, conocida por los equipos técnicos de Fundación Cruz Blanca y de Fundación Atenea está en el origen de este proyecto. La idea era coordinar el trabajo de una organización especializada en el trabajo con personas que ejercen la prostitución, y de otra especializada en mujeres con un uso problemático de drogas. Y ambas especializadas en el trabajo en colectivos en situación o riesgo de exclusión social.

La propuesta de hacer algo conjunto se fue gestando durante algún tiempo hasta que se materializó en un proyecto que se presentó a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, que aceptó la propuesta.

Una vez alcanzado el acuerdo inicial, y obtenida la financiación, se constituyó un grupo de trabajo conjunto que ha permitido ir avanzando en el

desarrollo del programa y que ha enriquecido a todas las personas que han participado en el mismo con las diferentes miradas y perspectivas.

Esta es una prueba más que en lo social, cuando se trabaja en red, dos más dos son mucho más que cuatro.

Por último, en esta presentación queremos señalar que esta Guía no está destinada a convertirse en un documento académico de consulta. Se trata de un documento vivo que debe irse adaptando a los cambios en la sociedad, en los consumos de drogas, en la prostitución, en las representaciones sociales, en los modelos de intervención, en las políticas públicas, o en la formación de los y las profesionales.

La Guía es una propuesta metodológica de intervención, esta propuesta lo es para una realidad cambiante, por eso muy pronto quedará obsoleta, y además las organizaciones sociales, sus equipos técnicos, incrementarán sus conocimientos, y eso permitirá que las futuras ediciones de esta guía, o de otras similares, sean no sólo mejores, sino que estén más adaptadas a la realidad de cada momento.

No queremos dejar de señalar, con rotundidad, que la Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución no es el fin de un programa, sino el principio de una mejora en el trabajo con el colectivo de personas que ejercen la prostitución y tienen un caso problemático de drogas con el fin de ofrecerles una mejora en su calidad de vida.

El objetivo general del proyecto en el que se enmarca esta guía era el abordaje, de manera integral, del consumo problemático de sustancias en el marco de la intervención con mujeres en situación de prostitución, elaborando mecanismos y herramientas de trabajo para una correcta prevención, detección, derivación y acompañamiento.

El objeto de estudio y análisis de este proyecto eran, principalmente, mujeres, nacionales y extranjeras, en situación de prostitución que pudieran tener un consumo problemático de drogas. Por su parte el objetivo de esta guía es contribuir a mejorar el trabajo de las personas que trabajan en las dos organizaciones promotoras del proyecto, así como a técnicos de ambos sexos de cualquier otra organización social interesada.

Esta guía está destinada a convertirse en el soporte teórico y técnico de los materiales de consejo breve y sensibilización que se elaborarán para su distribución entre las mujeres que ejercen la prostitución. Sin olvidar, claro está,

que el marco teórico en el que se basa ese programa es el modelo del cambio basado en las aportaciones de James Prochaska y Carlo Diclemente.

Para finalizar una breve nota sobre la autoría de esta guía. Fundación Cruz Blanca tiene una amplia y dilatada experiencia en programas de intervención en temas de prostitución, trata, adicciones, y otras situaciones de vulnerabilidad social desde la década de los 90 del siglo pasado, gestionando programas y servicios de atención directa, realizando acciones de acogida, acompañamiento, mediación y sensibilización. Por su parte, Fundación Atenea tiene también una larga experiencia en investigación, metodología cuantitativa, perspectiva de género, exclusión, intervención en drogodependencias y prostitución, principalmente en zonas de mayor deterioro social y económico de los territorios en los que interviene. Difícilmente se puede encontrar en el panorama español organizaciones cuyas sinergias ofrezca mayor grado de conocimiento sobre el tema objeto de esta Guía.

Datos sobre la prevalencia del consumo de drogas en España

Los datos oficiales sobre el consumo de drogas, legales e ilegales, en España los facilita el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

El OEDT emplea información procedente de diversas fuentes. Su último informe, del año 2015, llevaba por título Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015.

Entre otras fuentes utiliza los datos de las dos grandes encuestas que se realizan en España: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), que se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando, la segunda, con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Este informe, con los datos de la última Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), del año 2015, tiene como datos más relevantes, sobre la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, los siguientes:

- Las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%).
- En 2013, la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (35 años).
- Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.
- En cuanto a las diferencias según sexo, en 2013, los datos (consumo últimos 12 meses) confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

Centrando la atención sobre las sustancias, estos son los datos más destacados del informe:

- **Alcohol:** El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 78% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64% en los últimos 30 días y el 10% diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90. Se estima que 1.600.000 personas de 15 a 64 años (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) tienen un consumo de alcohol de riesgo, lo que representa el 5% de la población en este rango de edad. Este patrón de consumo se concentra en los hombres menores de 25 años, situándose en el 12% en la población en este rango de edad. En relación a los consumos intensivos, se ha emborrachado en el último año el 19% de los españoles de 15 a 64 años; tendencia estable en los últimos años, aunque sigue en niveles elevados. Las borracheras se concentran entre los 15 y 34 años: en esta franja de edad, 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses. El consumo en atracón de alcohol (bingedrinking) ha ganado popularidad a lo largo de los años. Este patrón de consumo se concentra en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años.
- **Tabaco:** El 73% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco alguna vez, el 41% en el último año, el 38% en el último mes y el 31% diariamente en el último mes. Desde 2007 se observa cierta estabilización (entre 30% y 31%) en el porcentaje de fumadores diarios. En 2013, se estima que comenzaron a fumar 142.282 de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 4,4/1000 habitantes), mostrando un valor superior en hombres (mujeres 4,2/1000 y hombres 4,7/1000 habitantes) y valores más altos en edades tempranas, siendo la tasa de 62,3 /1000 habitantes en menores de edad.
- **Hipnosedantes:** El 22% de la población de 15 a 64 años los ha consumido alguna vez, el 12% en el último año, el 9% en el último mes y el 7% diariamente en el último mes. Se observa una tendencia creciente en el consumo desde 2005. El porcentaje de mujeres que consumen este tipo de sustancias casi duplica el de hombres. La edad de inicio de consumo se sitúa en 35 años.
- **Cannabis:** El 30% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en su vida, el 9% en los últimos 12 meses, el 7% en los últimos 30 días y el 2% a diario en el último mes. Desde 2005, desciende ligeramente el consumo de cannabis entre la población general, mostrando cierta estabilización el consumo diario. La edad media de inicio del consumo se sitúa en 19 años y la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días se concentra entre los 15 y los 34 años, con un pico máximo entre los 15 y los 24 años. 2 de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años

consumieron cannabis en el último año (27,2% de los chicos y 14,5% de las chicas). En 2013, se estima que 687.233 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático/de riesgo de cannabis, lo que representa el 2% de la población en este rango de edad y el 25% de los que han consumido cannabis en el último año. El consumo problemático/de riesgo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad analizado. En la población más joven se concentra una mayor proporción de consumidores problemáticos (4,4% de 15 a 24 años y el 3,5% de 25 a 34 años).

- **Cocaína:** El 10% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína alguna vez, el 2% en el último año y el 1% en el último mes. La prevalencia de consumo de cocaína sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2007. Los hombres y los más jóvenes presentan una prevalencia mayor. Atendiendo al consumo en los últimos 12 meses, se encuentran los valores más altos en varones de 25 a 34 años (6%) y en mujeres de 15 a 24 años (2%). La edad media de inicio de consumo se sitúa en 21 años.
- **Heroína:** En 2013 el 0,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez cocaína y el 0,1% en el último año. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años 90. La edad media de inicio es de 21 años. Los datos de la encuesta EDADES junto con otras fuentes de información, permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2013, se sitúa en 65.648 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.
- **Anfetaminas, éxtasis y alucinógenos:** En 2013 el 4% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez anfetaminas, cifra similar para el éxtasis y los alucinógenos. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1% y la edad de inicio en torno a 21 años. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001.
- **Nuevas sustancias psicoactivas:** En 2013, 3 de cada 4 personas de 15 a 64 años no ha oído hablar de las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.). El 3% (15-64 años) las ha probado alguna vez, el 0,7% las ha consumido en los últimos 12 meses y el 0,2% en el último mes. El consumo está más extendido entre los varones y de los 25 a los 34 años, la prevalencia se mantiene estable en relación a 2011. La mayoría de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Actualmente, se

trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana.

- **Policonsumo:** El 14% de las personas de 15 a 64 años no ha consumido, en los últimos 12 meses, ninguna sustancia psicoactiva. Del resto de personas, que sí han consumido alguna droga en los últimos 12 meses, uno de cada 3 dice haber consumido 2 sustancias y casi 1 de cada 10 ha tomado tres. La mezcla de 4 sustancias se da aproximadamente en un 2% y algo menos del 1% consume cinco o más drogas. El alcohol está presente al menos en el 95% de los policonsumos y el cannabis en cerca del 60%. El consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo si se hace de forma intensiva se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. El policonsumo es más prevalente en hombres que en mujeres.

El Informe de la OEDT también se centra en el Riesgo percibido. Como viene sucediendo en encuestas previas, la percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como la heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos. En 2013 se observa, respecto a 2011, un leve descenso de la percepción de riesgo en prácticamente todas las sustancias.

Destaca la disminución de la percepción de riesgo del cannabis; en 2013, creen que puede ocasionar bastantes/muchos problemas si se consume una vez por semana/o más un 82% (85,5% en 2011) y si se usa una vez/o menos al mes un 61% (69% en 2011). Persiste la consideración de que el tabaco es más peligroso que el cannabis.

Otro de los puntos de interés del informe es la llamada Disponibilidad percibida. Junto con la pérdida de visibilidad de situaciones relacionadas con las drogas, la sensación de disponibilidad de drogas ilegales que existe entre la población también ha disminuido, escenario que en general ya comenzó a observarse en la encuesta de 2011, tras el repunte registrado en el año 2009. Entre las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la más accesible (65% opina que podría adquirirlo fácilmente).

Los datos más actuales sobre el consumo de drogas en España corresponden a la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014/2015, presentados públicamente por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, en febrero de 2016.

Se trata de datos poco relevantes para el esta guía, pero no queremos dejar de señalar algunos de los más importantes.

Los datos más destacados de ESTUDES son:

- Los datos demuestran una reducción del consumo intensivo de alcohol, aunque las prevalencias siguen siendo muy elevadas: casi 8 de cada 10 escolares ha bebido alcohol alguna vez.
- El consumo de cocaína en este grupo de población se ha reducido en más de un 65% en la última década y el de cannabis en más de un 33%.
- Las mujeres consumen tabaco, alcohol e hipnosedantes en mayor proporción que los hombres. El consumo de drogas ilegales se da con más frecuencia entre los hombres.
- Los escolares perciben el alcohol como la sustancia menos nociva y consideran el tabaco más peligroso que el cannabis..

De manera más detallada, la encuesta señala que el consumo de drogas en la población escolar de entre 14 y 18 años ha disminuido en nuestro país en los últimos 2 años. Esta reducción se observa en todas las sustancias psicoactivas, aunque se da de forma más acusada en los consumos intensivos de alcohol. También disminuye la disponibilidad percibida para todas las drogas, excepto para el alcohol.

La encuesta incluye una muestra de 37.486 estudiantes de entre 14 a 18 años, de 941 centros educativos públicos y privados y 1.858 aulas. La delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años este estudio desde 1994, que revela las tendencias del consumo de alcohol y otras drogas entre los escolares españoles.

En esta edición, la encuesta incluye el análisis de 18 sustancias psicoactivas. Los principales resultados de este estudio son los siguientes:

- Desciende el consumo de todas las drogas.
- El alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar.
- Los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres. Entre la población femenina está más extendido el uso de drogas legales, como el alcohol, el tabaco o los hipnosedantes.
- Se rompe la tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres.
- Desde 2010 disminuye la disponibilidad percibida para todas las drogas, excepto para el alcohol.
- Los estudiantes de entre 14 y 18 años perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis. Percepción que se mantiene desde el año

2010. En el caso de los consumos habituales, las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres.

- Educación en las escuelas, tratamiento voluntario a los consumidores, control policial y aduanero y campañas de publicidad son las medidas que los escolares consideran como más eficaces para luchar contra las drogas.
- Los profesionales sanitarios, los profesores y la familia son por este orden los grupos preferidos por los escolares para recibir información sobre drogas. 1 de cada 3 se siente perfectamente informado sobre estas sustancias, sus efectos y riesgos. 1 de cada 5 se siente informado 'a medias' y sólo el 5,95 considera que está mal informado.

El consumo de sustancias en contextos de ejercicio de prostitución: sustancias consumidas, motivaciones para el consumo, patrones de consumo y situaciones de riesgo

Abordar un estudio y una intervención sobre el consumo de sustancias psicoactivas en contextos de ejercicio de prostitución no es fácil. Existen abundantes opiniones sobre el tema, estereotipos, bulos, e incluso representaciones sociales, pero los datos reales, las investigaciones, los estudios basados en evidencia, escasean.

No es necesario ser especialista para intuir que existen vínculos y conexiones entre la prostitución y el consumo de drogas legales o ilegales, pero lo cierto es que la prostitución y el consumo de drogas siguen siendo zonas de penumbra en la sociedad, es decir, mundos en los que no se sabe con certeza lo que ocurre, apartados en los que la transparencia sigue siendo una utopía. Y aquí estamos abordando un asunto en el que dos de esas zonas se superponen, y la física nos ha enseñado que cuando dos zonas de penumbra se juntan no aumenta la claridad, lo que aumenta es la oscuridad.

En este sentido, y con el fin de analizar en profundidad el consumo de sustancias psicoactivas en contextos de ejercicio de prostitución, consideramos imprescindible realizar una serie de reflexiones sobre la sociedad en que vivimos, porque ello nos ayudará a comprender los mecanismos del sistema social que no sólo permiten sino que fomentan esa ausencia de información real sobre el fenómeno que pretendemos estudiar.

No vamos a detenernos en analizar si vivimos o no en una sociedad patriarcal porque no es el objetivo de este documento, y porque nos parece una obviedad. Y claro, una sociedad patriarcal es lo que es, aquella en la que los escenarios de la vida pública, y privada, están diseñados por y para los hombres, otorgando espacios secundarios, cuando no marginales, a las mujeres, aunque representen más del 50 por ciento de la población.

La vida pública no sólo está diseñada desde una perspectiva masculina, sino que es masculinizante, reforzando el papel, los comportamientos y las funciones varoniles.

La prostitución y el consumo de drogas, legales e ilegales, no escapan a esta situación.

Sin obviar la existencia de una prostitución masculina, tan real como minoritaria, la prostitución está enfocada a esa mirada masculina de satisfacción de sus deseos independientemente de los deseos femeninos,

ejerciendo de hecho una relación de poder claramente desproporcionado en favor del varón.

En el consumo de drogas ocurre algo similar. El papel masculino y femenino, y su relación con los consumos de sustancias psicoactivas y con los riesgos asociados al mismo es claramente desfavorable para las mujeres.

Si a este modelo patriarcal le unimos otra característica de esta sociedad, el capitalismo, la ecuación se completa. Desde esta última perspectiva está claro que todo, repetimos, todo, se puede comprar con dinero, con recursos. Y cuando decimos todo nos referimos a los bienes materiales, y también a los inmateriales, entre los que podemos citar al medio ambiente, los derechos, y también a las personas.

La prostitución permite visibilizar sin matices este modelo patriarcal y capitalista. Los varones adquieren con dinero, es decir, compran, a las mujeres, o al menos una parte de su tiempo, durante el cual consideran que son de su propiedad y pueden hacer con ellas lo que quieran. Los varones demandan y consumen la prostitución, y las mujeres, mayoritariamente, son quienes la ejercen. Se trata de una relación que se establece con una base de desigualdad en la que el varón tiene el poder y el dinero. No debemos olvidar que los motivos para ejercer la prostitución son, de manera mayoritaria, la desigualdad de género.

La información disponible señala que el consumo de drogas puede ser antecedente o consecuente para el ejercicio de la prostitución y en muchos casos es el sistema de pago utilizado a cambio de los servicios sexuales.

Decimos que el consumo de drogas es antecedente cuando la prostitución se convierte en la única opción viable para la persona drogodependiente de acceder a la/s sustancia/s a las que es adicta, ya sea accediendo a fondos para pagar dichas sustancias, ya sea como moneda pago directo por los servicios sexuales.

Y decimos que el consumo de drogas es consecuente cuando el ejercicio de la prostitución aboca al consumo de sustancias, ya sea de manera voluntaria o inducida.

La información recogida nos permite afirmar que los programas, dispositivos y recursos que tratan más frecuentemente con mujeres de origen extranjero el discurso dominante es el del inicio del consumo de drogas dentro del ejercicio de la prostitución. Mientras en los recursos que atienden mayoritariamente a mujeres de origen español señalan que el ejercicio de la prostitución llega tras el uso problemático o adictivo de las drogas, en muchas ocasiones para sufragar los gastos de esa adicción.

En cualquier caso se trata de escenarios paralelos. El Informe Bola de Nieve (2010) de Fundación Atenea, muestra que el 66,6% de los casos de las mujeres encuestadas de Madrid había accedido a mantener relaciones sexuales a cambio de droga. El informe de 2009 realizado en Sevilla, señala que el 43% de las mujeres había intercambiado sexo por droga. Por otra parte, cada vez es más habitual el perfil de mujeres que ejercen prostitución y consumen drogas con problemática de salud mental. Fuente: “Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución” Estudio de Fundación Atenea, diciembre 2012.

En los últimos años se han desarrollado algunas actividades y proyectos tendentes a ampliar el conocimiento sobre esta realidad. Destacamos los grupos de trabajo de profesionales de Fundación Atenea del Centro de Encuentro y Acogida de Sevilla y del programa Higea en Madrid y Sevilla, sobre la intervención con mujeres consumidoras de drogas que ejercen la prostitución.

Esos grupos finalizaron con una serie de conclusiones que resumimos a continuación:

1. Necesidades de las mujeres:

En relación a las principales necesidades de las mujeres con las que trabajamos, diferenciamos cuatro áreas: sanitaria, social, psicológica y laboral.

- Sanitarias:

- ✓ Dificultad de la mayoría de las mujeres en el acceso a servicios sanitarios. En muchos casos se debe a la ausencia de documentación y a las exigencias administrativas. Así mismo, este hecho es agravado en el caso de las mujeres de procedencia extranjera: choque cultural, diferentes situaciones administrativas, dificultades de idioma, mayor aislamiento por la inexistencia o escasez de redes sociales.
- ✓ Falta de adherencia a tratamientos e inestabilidad en la continuidad ante procesos sanitarios. Se observa la dificultad de muchas mujeres para asistir a citas médicas (citologías que se dan a largo plazo y la espera de la cita hace que pierda impacto la importancia de realizarse la prueba). Desde el grupo de trabajo se plantea la idoneidad de que desde las instituciones sanitarias se establezcan protocolos específicos de atención a este grupo, lo cual podría mejorar esta situación. La limitación de recursos en el sistema sanitario imposibilita este planteamiento.
- ✓ La importancia del acompañamiento: Se valora la gran efectividad que suponen los acompañamientos por parte de

profesionales, ya que es una herramienta muy efectiva que facilita y fomenta la asistencia a las citas. A su vez el acompañamiento puede suponer una buena estrategia para reforzar vínculos y conseguir un mayor éxito en la intervención.

- ✓ Realización de citologías y análisis serológicos con una periodicidad anual: se considera muy importante el seguimiento de las mujeres a través de estas dos pruebas como método preventivo y de diagnóstico precoz.
- ✓ Existe desinformación en el acceso a recursos por problemas de cobertura sanitaria, además de las barreras derivadas del desconocimiento del idioma. Dificultad en la adherencia a tratamientos farmacológicos porque determinados tratamientos exigen dejar de mantener relaciones sexuales durante un tiempo. Y eso es incompatible con la necesidad de ingresos.

- Sociales:

- ✓ Ausencia de documentación: la falta de documentación básica, sumada a la dificultad que muchas veces supone tramitarla, representa un freno que limita e impide las posibilidades a la hora de solicitar prestaciones y ayudas sociales.
- ✓ Ausencia o escasez de recursos de acogida para mujeres consumidoras que a su vez ejercen la prostitución. Si en muchas ocasiones se hace complejo encontrar un recurso de acogida para mujeres que ejercen la prostitución, dadas las limitaciones de los perfiles que aceptan (menores de 35 años, sin hijos a cargo, con documentación, etc.), esto se ve agravado en aquellos casos de mujeres que además tienen problemas de adicciones.
- ✓ Aislamiento, soledad y falta de redes familiares y de apoyo. La mayoría de las mujeres usuarias del CEA, con un largo historial de consumo, no pertenecen al barrio, con lo que cuentan con escasas redes de apoyo y no suelen mantener relación con sus familias, lo que agrava el aislamiento social. De la misma forma, un gran porcentaje de las mujeres que son atendidas desde el Programa Higea, son extranjeras con importantes dificultades de inclusión social.
- ✓ Las mujeres que se ven obligadas a llevar una doble vida sobrecarga a las mujeres con la dificultad que tiene ocultar su fuente de ingresos a la familia y seres cercanos.
- ✓ Necesidades económicas. Las responsabilidades familiares generan demandas en torno a ayudas económicas, becas, libros, ropas, comedor. Recursos económicos. Desde el programa se facilita el contacto con otras entidades que ofrecen estos bienes.

- ✓ En el caso de consumo antecedente necesidad de pagarse el consumo mantiene el ejercicio.
- ✓ El ejercicio de la prostitución es una forma de poder costearse el consumo. En parejas de consumidores a veces se opta por el ejercicio de la prostitución de la mujer como una actividad de menos riesgos legales y penales que el robo. Esta opción es estigmatizante para las mujeres.

- Psicológicas:
 - ✓ Dependencia emocional habitual de sus parejas: Se observa habitualmente una gran dependencia de muchas mujeres con sus parejas, quienes, en muchos casos, las motivan el ejercicio de la prostitución. Este hecho suele dificultar la intervención continuada y la adherencia a los servicios.
 - ✓ Autoestigmatización, culpabilidad, género: la autoimagen negativa y el estigma que muchas mujeres que ejercen la prostitución tienen de sí mismas, sumado a un consumo de sustancias problemático, hace que aumenten los sentimientos de culpa y vergüenza asociados a su situación (doble estigma: adicciones y prostitución). Este hecho dificulta el acceso de muchas mujeres a recursos de atención.
 - ✓ Necesidad de apoyo psicológico. Este apoyo supone un desahogo que se aprovecha para justificar lo que se está haciendo. Reconocen que no se desplazarían a ningún recurso de atención psicológico, para ellas el tiempo que dedican a su cuidado (psicológico, sanitario, etc.) es tiempo perdido que reduce sus ingresos.

- Laborales:
 - ✓ Situaciones de desempleo que derivan en situaciones de prostitución tras desesperación por no encontrar trabajo. Especialmente mayores de 45 y extranjeras en situación irregular sin opciones de entrar a situación laboral normalizada.
 - ✓ Existen situaciones de madres e hijas ejerciendo. Por analizar si es algo relacionado con la “herencia” de haber normalizado la prostitución como única alternativa de ingresos
 - ✓ Necesidades de formación para el empleo (necesidad no sentida por las mujeres). Manifiestan a menudo que no tienen tiempo.
 - ✓ Dificultad de proponer apoyo. El tiempo que se emplea en acudir a servicios o autocuidado, conciben como pérdida de ingresos.

- ✓ La sombra del proxeneta. La libertad de movimiento y de decisión está muy limitada. Por lo que hay que insistir ofreciendo servicios.
- ✓ Las mujeres que se ven obligadas a llevar una doble vida sobrecarga a las mujeres con la dificultad que tiene ocultar su fuente de ingresos a la familia y seres cercanos.

2. Sustancias y patrones de consumo:

En el grupo de mujeres con consumo antecedente se observó que:

- Las sustancias principales son base y heroína, normalmente fumada/inhalada, también alcohol.
- Consumo diario en la mayoría de las ocasiones.
- Parejas afectivas dependientes económicamente de ellas.
- Patrón de consumo y ejercicio de la prostitución cíclico. La prostitución se realiza como medio de conseguir la sustancia hacia la que presenta adicción y la sustancia se utiliza como vía de escape de su situación de prostitución.
- Se observa dificultad de adherencia a CTA (Centro de Tratamiento Ambulatorio). Además el tratamiento con metadona en la mayoría de los casos se convierte en un consumo añadido al resto de las sustancias. En general, se considera un fracaso del tratamiento con metadona.

En el grupo de mujeres cuyo consumo es consecuente al ejercicio de la prostitución:

- La actividad de prostitución suele estar muy asociada al consumo de sustancias: consumo inducido por clientes o proxenetas, ligado a la actividad de alterne, asociado al ocio nocturno o como forma de evasión de su situación.
- Las sustancias principales son alcohol y cocaína.
- La intervención con estas mujeres presenta la dificultad añadida de no ser conscientes de la posible adicción y la percepción de mantener un consumo controlado.
- Los efectos que estas actividades pueden producir (ansiedad, insomnio, depresión) suelen, a su vez, ser tratadas con fármacos.
- En pisos se da consumo de alcohol con clientes, no hay obligación de estar consumiendo de forma continua con el cliente y hay control directo sobre qué se consume y cuánto. Afrontamiento de lo que está haciendo.

3. Abordaje de la intervención ante la sospecha un posible consumo:

Para mejorar un posible abordaje de la intervención ante la sospecha de un posible consumo se plantean los siguientes aspectos:

- Se plantea como fundamental un trabajo de motivación y empoderamiento de la mujer sobre la situación y toma de decisiones.
- Estabilidad de las intervenciones adaptadas a los cambios personales. El vínculo es importante ya que no se suelen reconocer los consumos incluso en largas relaciones con profesionales de los equipos.
- Acompañamiento de la persona como herramienta efectiva para el establecimiento de la relación de ayuda.
- Conocimiento de la realidad de las mujeres en situación de consumo activo de sustancias: gestión de recaídas y sentimientos de culpabilidad.

Con muchas usuarias, se perciben dificultades a la hora de detectar el consumo, cuando acceden al recurso a través de los servicios del Programa Higea (no asociado, inicialmente, a la intervención en drogodependencias). Para salvar esto, se plantea incluir en la carta de servicios del programa la atención y apoyo en adicciones (en los distintos materiales que se entreguen a las mujeres, en los asesoramientos habituales, en el marco de la realización de la prueba rápida de VIH). El acompañamiento a estos supone una forma valiosa de vincular y abordar situaciones sanitarias con las mujeres permite sacar el tema con naturalidad, sin forzar.

Se plantea como una buena práctica integrar asesoramientos y materiales de reducción de daños en el consumo de drogas y su relación con las prácticas realizadas en la prostitución, específicos de forma rutinaria.

.Se pregunta con naturalidad, sin juicio. Porque se reparte material de consumo seguro conjunto con preservativos y lubricante, para las interlocutoras o para gente que conozcan. Ofrecer material de consumo seguro es interesante para abordar el tema o simplemente para dar confianza a las mujeres respecto al no juicio respecto al consumo. En ocasiones se da una situación de conocimiento de situaciones de consumo que no se da pie a abordar. En estos casos se conoce pero no se actúa hasta que hay una demanda en este sentido. Si se reconoce consumo se rastrea el patrón de consumo y se está pendiente para ofrecer acompañamiento. Se aconseja sobre consumo más seguro.

Estamos acostumbradas a que las mujeres fallen a las citas que se acuerdan con recursos sanitarios para abordar las dependencias.

4. Cómo actuar ante un problema de consumo:

Ante el reconocimiento del consumo hay que extremar el cuidado en no invadir la privacidad, no emitir juicios, hacer el abordaje sin forzar, de manera fluida y teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el abandono del consumo cuestiona seguir con el ejercicio de la prostitución.

Si la persona no se plantea dejar de consumir porque tendrían que dejar de ejercer la prostitución o porque se ha desarrollado una adicción que no se asume en ese momento de su vida, se deben ofrecer estrategias dirigidas a la reducción de daños. Cualquier acción que mejore la situación de salud de las personas que ejercen la prostitución supone una mejora en la vida de estas personas, y ese es el mensaje que hay que transmitir.

Con las mujeres, es importante trabajar la motivación para posibles tratamientos y, sobre todo, la adherencia a estos.

Las dificultades encontradas respecto a la intervención en adicciones con mujeres que ejercen la prostitución están muy relacionadas con la falta de recursos específicos y la carencia de criterios de baja exigencia, que en muchas ocasiones, se consideran necesarios

Si ya se ha tenido contacto con algún recurso de la red de drogas hay que intentar retomar desde el punto en que se dejó (volver a asistir a citas) e identificar los aspectos positivos del anterior intento por dejar de consumir.

La existencia de recursos muy institucionalizados que presentan una atención distante, no adaptada a estas situaciones, dificulta tanto el acceso como la permanencia en los distintos programas. Por esto, se considera importante realizar previamente un trabajo de formación y sensibilización con los profesionales que atienden en estos recursos, aportando claves para la atención desde los criterios de baja exigencia y la perspectiva de género.

5. El riesgo que asumen las mujeres en el ejercicio de la prostitución, y cómo estos riesgos son agravados o tienen relación directa con el consumo de sustancias:

Las prácticas de riesgo varían tanto en función del perfil de las mujeres que ejercen la prostitución, su situación de vulnerabilidad y condiciones específicas, como del espacio de ejercicio (en cuanto a los servicios, tiempos, autonomía, etc.). Se señalan como principales riesgos detectados en las mujeres que ejercen la prostitución y presentan consumo de sustancias:

- Desarrollo de una adicción consecuencia del consumo habitual realizado en los contextos de prostitución.
- Falta de autonomía en la decisión de consumir o no (lo que ocurre habitualmente cuando el ejercicio de la prostitución está ligado a la actividad de alterne).

- Posibles agresiones y mayor exposición a la violencia, agravadas por el consumo (pérdida de control) o síndrome de abstinencia (debilidad). Relajación en la negociación de las condiciones mínimas del servicio. Disminución de la capacidad para detectar “señales de alarma”.
- Carencia de habilidades para la gestión de los conflictos de forma eficiente.
- Adicción a sustancias derivada del consumo habitual asociado al entorno de trabajo.
- Problemas de salud y deterioro socio-sanitario, derivado del consumo o de las problemáticas asociadas. Riesgos asociados al uso compartido del material de consumo (turulo, jeringuilla, pipa).
- Uso del material de consumo sin condiciones mínimas de salubridad.
- Desconocimiento de la propia situación de salud.
- El ejercicio de la prostitución bajo los efectos de las sustancias pueden llevar a una pérdida de la capacidad de decisión y una falta de control en las prácticas seguras con clientes (uso del preservativo, más prácticas de riesgo).
- Riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión genital (ITG). La posibilidad de promocionar el implante hormonal como método anticonceptivo se cuestiona por la posibilidad de que pueda desembocar en un uso más intermitente de los métodos de barrera.
- La necesidad de consumir en ocasiones rebaja las medidas de autoprotección o el precio del servicio.
- Pérdida de sensibilidad que puedan dificultar la detección de daños físicos durante la realización de algunas prácticas.
- Aceptación de realización de prácticas de riesgo ante la urgencia del consumo.
- Desconocimiento de la interacción entre las drogas y otras sustancias como medicamentos.

En los clientes, la pérdida de erección durante relaciones con penetración (opiáceos, alcohol, cannabis) pueden provocar que el preservativo quede dentro de la vagina, con el consiguiente riesgo de infección de VIH y otras Infecciones de transmisión genital (ITG). De la misma forma, las sustancias que retardan la eyaculación (cannabis, cocaína, opiáceos, alcohol) o disminuyen la sensibilidad si se administra de manera local (cocaína) pueden prolongar en exceso las prácticas que realizan, aumentando el riesgo de rotura del preservativo.

El tipo de sustancias y forma de consumo.

La nacionalidad de las mujeres. Aunque no es un indicador de cribado, se sabe que la mayoría de las mujeres españolas que ejercen la prostitución en calle lo hacen como consecuencia de la adicción a sustancias. Las consecuencias de la adicción (deterioro socio-sanitario, inestabilidad de horarios, deficiencias en el autocuidado, etc.) impiden (o, al menos, dificultan) el acceso a otros espacios de ejercicio de la prostitución.

Otros datos relevantes sobre el consumo asociados al perfil de la mujer pueden ser: el nivel de deterioro socio-sanitario, el tiempo de trayectoria en el consumo de sustancias, las dificultades de acceso a recursos, inestabilidad en la adherencia al programa, carencia de redes sociales y/o familiares, inestabilidad de la vivienda, signos físicos valorados a medio plazo (pérdida de peso, cambios en el estado de ánimo), etc.

El consumo consecuente al ejercicio de la prostitución suele ser inducido por los clientes o proxenetas (como parte del servicio, habitualmente, mejor pagado), una estrategia disociativa para intentar reducir las consecuencias emocionales o una estrategia de coacción y control por parte de las redes (reducen la resistencia de las mujeres, generan la dependencia a las sustancias e incrementan su deuda).

La inclusión de indicadores de consumo en el registro diario de intervenciones. El registro de la presencia de signos físicos de consumo (según sustancias) ofrece la posibilidad de realizar una estimación realista de la incidencia de consumo, tipo de sustancias y posibles consecuencias.

Incorporación de intervenciones específicas en materia de drogodependencias dentro de la carta de servicios del programa. La integración de asesoramientos sobre adicciones de forma rutinaria, la entrega de material informativo o la inclusión de preguntas directas sobre el consumo dentro de las intervenciones habituales que se realizan aportan información precisa de la posible adicción a sustancias, al tiempo que facilita en las usuarias la realización de demandas concretas.

Estrategias de reducción de daño

Existen dos tipos de estrategias de reducción de daños, las generales y las específicas.

- Generales:

Una vez confirmada la existencia de consumo, promover el acceso a recursos especializados: en Sevilla, la cobertura de algunas necesidades básicas en el Centro de Emergencia y Acogida (CEA) y la atención siguiendo los criterios de baja exigencia facilitan el acercamiento de las usuarias a este dispositivo, especialmente con aquellas usuarias con un mayor nivel de

deterioro socio-sanitario (habitualmente, españolas con una larga trayectoria en el consumo, que ejercen la prostitución en calle). Algunas entidades cuentan con dispositivos de reducción de daños para población consumidora de drogas y que se benefician por lo tanto de un dispositivo de atención a población consumidora al que pueden acudir las mujeres. Disponer de un dispositivo tan cercano facilita el abordaje de la problemática de consumo de drogas con las mujeres

En otros espacios (piso, club), la oferta de atención especializada en adicciones se integra en algunas acciones centrales del programa. Por ejemplo, a los protocolos de counselling asociados a la realización de la prueba rápida de VIH se pregunta directamente el tipo de sustancias que consumen y la realización de prácticas de riesgo asociadas; y en la oferta de servicios del programa se incluye la atención a adicciones y los servicios del CEA de forma rutinaria.

Facilitar información básica sobre las sustancias (composición, dosis “adecuadas”, interacción con otras sustancias, riesgos asociados a la vía de consumo, prácticas peligrosas, síndrome de abstinencia, relación con las prácticas genitales), además de proporcionar información sobre la que tomar decisiones fundamentadas, genera un espacio en el que resolver dudas específicas y demandar, si se quiere, atención específica.

Dispensar material estéril para el consumo o facilitar información sobre los recursos que ofrecen este servicio.

- Específicas:

En función de las prácticas que realizan, las distintas sustancias o el espacio de ejercicio de la prostitución:

Asesoramiento sobre el uso adecuado de materiales preventivos en función de los posibles riesgos. Ante el riesgo de pérdida de erección o servicios demasiado largos, es recomendable el uso del preservativo femenino o el cambio del masculino. Algunas sustancias pueden disminuir la lubricación natural, por lo que es importante insistir en el uso de lubricantes vaginales.

La infección por el VHS es habitual entre consumidores de cocaína base. En los entornos en los que se consume esta sustancia (normalmente, entornos “marginales”) se debería incidir en la utilización de métodos de barrera en todas las prácticas (preservativos para penetración oral y toallitas de látex para otras prácticas oro-genitales).

Las sustancias principales que se consumen en clubes son alcohol y cocaína. Además de la información general, es importante que las mujeres conozcan los riesgos asociados al consumo conjunto de cocaína y alcohol, y,

en la medida que puedan, tratar de reducir el consumo. Las condiciones de ejercicio y los beneficios obtenidos por la actividad de alterne (promover el consumo de alcohol en los clientes) aumentan el riesgo de consumir elevadas cantidades de alcohol. Ante esto, una de las estrategias empleadas habitualmente por las mujeres, es pactar con personal de sala la cantidad de alcohol que se les sirve en las copas.

Drogas: concepto y tipologías

Todo el mundo cree saber de drogas, según muestran las encuestas que se realizan, y todo el mundo tiene una opinión sobre las mismas. Muy pocas personas reconocen no tener una opinión sobre ellas, sobre los riesgos asociados a su consumo, sobre cuales son más o menos peligrosas. Pero esta sensación de sabiduría difícilmente resiste un enfrentamiento a preguntas sobre definiciones, datos o tendencias.

En el ámbito de los consumos de drogas, legales e ilegales, la información veraz y actualizada es una herramienta de prevención de riesgos y daños. Por eso es imprescindible tener unos conocimientos básicos, pero avalados por la evidencia.

Comencemos por señalar que drogas son las sustancias que reúnen estas características:

- Llegan al cerebro a través de la sangre, cuyo ecosistema modifican. El consumo puede ser por vía oral, nasal, a través de la dermis o directamente sobre el sistema circulatorio de la sangre, pero finalmente esas sustancias siempre llegan a la sangre.
- Su uso regular puede generar:
 - Tolerancia (que es como se denomina al hecho de necesitar mayores dosis para lograr iguales efectos)
 - Dependencia (tras un cierto uso se necesita consumir la sustancia para dejar de sentir el malestar que muestra el organismo).
- Su abuso puede provocar trastornos:
 - Físicos. La ingesta de esas sustancias afecta al cuerpo modificando su comportamiento. Hablamos de mareos, visión doble, vómitos, temblor, relajación, excitación, o de fenómenos más graves como modificación del ritmo cardiaco, daño a algún órgano, y en casos extremos la muerte.
 - Psicológicos. Inciden sobre la relación de la persona consigo misma o con su entorno. En muchos casos los trastornos a corto plazo son deseados, pero frecuentemente se producen efectos psicológicos no deseados ni buscados: regresión,

paranoias, el famoso mal viaje, mala percepción de la realidad y del riesgo.

- Sociales. Impactan sobre la sociedad. Hoy en muchos jóvenes el consumo de drogas es una forma de socialización, de integración social, de formar parte del grupo, pero a medio y largo plazo el consumo de drogas es uno de los principales factores de exclusión social (está relacionado con el fracaso escolar, con la marginalidad, con enfermedades, con las adicciones, con conductas de riesgo).

Conviene recordar, en cualquier caso, que droga es un concepto polisémico, es decir, con diferentes significados. A modo de ejemplo podemos señalar que se puede hablar de drogas sanadoras (las medicinas).

Los efectos de las drogas vienen determinados por una serie de circunstancias:

- Su grado de pureza. Especialmente en el caso de las drogas ilegales, en las que en ocasiones el peligro no está en la sustancia psicoactiva o en su cantidad, sino en las sustancias utilizadas para adulterarla. A veces no pone en riesgo la salud, es decir, no matan las drogas, sino los adulterantes utilizados. Y una de las características del mercado negro es la tendencia a adulterar la sustancia psicoactiva original para incrementar de forma casi infinita la cantidad disponible para la venta, y se añade cualquier cosa que se tenga a mano, porque la calidad no es una característica del negocio.
- Las dosis y las modalidades de empleo. Es evidente que la cantidad de sustancia psicoactiva es determinante para determinar la peligrosidad. La mínima dosis de un opiáceo utilizado en medicina para calmar un dolor, se convierte en un veneno muy peligroso en una dosis inadecuada. Y otra de las características del mercado negro es la ausencia de controles de calidad que garanticen, entre otras cosas, que siempre compramos lo mismo. Y la modalidad de empleo es otro elemento imprescindible para cuantificar la peligrosidad. La vía parenteral, es decir, la inyección en vena de la sustancia, es la más peligrosa, aunque la nasal también tiene elevados factores de riesgo.
- Las condiciones de acceso y las pautas culturales de consumo. Es evidente que en las drogas legales el riesgo se centra en la cantidad de droga y en las condiciones de uso de las mismas, así como en los riesgos asociados (accidentes de tráfico, prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados), pero no en la calidad de la sustancia o en los adulterantes. En el caso de las drogas ilegales por el contrario todo lo relacionado con las condiciones de acceso

incrementa el riesgo: adquisición en el mercado negro, ilegalidad, clandestinidad, falta de controles de calidad, desconocimiento de los adulterantes (cantidad y peligrosidad), etc. Por otra parte está el tema de las pautas culturales de consumo. Podríamos decir que cada sociedad tiene su droga o sus drogas de cabecera, aquellas con las que convive con cierta normalidad y que de alguna manera enseña a consumir a los miembros de la comunidad que se hacen adultos, a consumir responsablemente sin que ese consumo se convierta en un problema. En nuestro país son millones las personas que disfrutan del alcohol (cantidades moderadas de vino, cerveza, o algún destilado) sin tener un consumo problemático. Esas personas, con su ejemplo, enseñan a sus hijos e hijas a un consumo responsable y no problemático. En el caso de las drogas foráneas ese aprendizaje no existe. Y no debemos olvidar que vivimos en la sociedad del consumo, del consumismo, donde todo gira en torno a la capacidad límite de consumir que tiene la ciudadanía. Todo invita a consumir, a que el consumo sea la principal actividad. También es necesario hablar aquí de esta sociedad donde la satisfacción inmediata se ha convertido en una ley no escrita, y donde las drogas, legales e ilegales, dan respuesta a esa demanda, mientras que los posibles perjuicios o daños se anuncian a medio y largo plazo.

- El estado físico, emocional, mental y espiritual del usuario/a. Las drogas introducidas en el cuerpo no caen en una caja vacía, caen sobre un cuerpo determinado, diferente a otro cuerpo (por eso lo que a unos sienta bien a otros no, las dosis que a unos produce efectos placenteros puede matar a otros). Y un cuerpo que en cada momento tiene un estado físico, psicológico y emocional determinado. Una buena recomendación es pedir a quien decida consumir drogas, que nunca lo hagan en soledad, por si hay algún problema..

Para hablar de drogas y de la percepción que sobre las mismas se tiene en la sociedad, es importante saber que existen diferencias culturales y religiosas, y que han tenido una evolución histórica irregular, es decir, muchas sustancias han sido legales o ilegales en determinados momentos de la historia. De hecho muchas sustancias hoy consideradas drogas nacieron como medicamentos creados por los laboratorios.

Desde el punto de vista científico, fármaco o droga es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. No olvidemos que el término “pharmacón” era utilizado en la antigüedad para describir tanto a los medicamentos como a los venenos, y no había distinción terminológica.

Las sustancias capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones, se denominan psicoactivas, ya que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central compuesto por el cerebro y la médula espinal.

Existen miles de drogas, y cada año, según los informes de los Observatorios sobre drogas de todo el mundo, aparecen nuevas sustancias. Con el fin de clarificar su estudio se han elaborado múltiples clasificaciones de las mismas. Desde la que se centra en su situación de legalidad y que las divide en dos grupos: legales e ilegales; hasta la que se centra en su supuesta peligrosidad, que las dividía en blandas y duras, una división hoy superada.

La más utilizada es la que divide las sustancias psicoactivas o drogas por sus efectos en el Sistema Nervioso Central. Según esta clasificación existen tres tipos de drogas:

- Depresoras del Sistema Nervioso Central.- Ralentizan el funcionamiento del cerebro. Pertenecen a este tipo el alcohol, los opiáceos, los tranquilizantes y los hipnóticos.
- Activadoras del Sistema Nervioso Central.- Aceleran y excitan el funcionamiento habitual del cerebro. Pertenecen a este tipo los anfetamínicos, la cocaína, la nicotina y las xantinas (cafeína, teobromina, teofilina), presentes en el café, el cacao o el té.
- Perturbadoras del Sistema Nervioso Central.- Trastocan y modifican el funcionamiento habitual del cerebro. Pertenecen a este tipo los alucinógenos (LSD o mescalina), cannabis (hachís, marihuana), drogas de síntesis (éxtasis).

En los tres tipos de drogas existen sustancias muy peligrosas y sustancias con una reducida capacidad de actuación, por eso podemos poner en el mismo grupo a la cocaína y al café, que producen el mismo tipo de efecto en el cuerpo humano pero en proporciones muy diferentes.

Otro asunto que conviene aclarar es la distinción entre algunos conceptos que a veces, especialmente en los medios de comunicación, se confunden:

- Uso de drogas.- Se refiere al consumo de sustancias psicoactivas. Podemos decir que toda la población es consumidora de drogas, Consumimos drogas cuando tomamos un café, una caña de cerveza, fumamos un cigarrillo o tomamos un medicamento para el dolor de cabeza o la gripe.
- Uso problemático.- Cuando la frecuencia y cantidades consumidas de las drogas exceden lo conveniente poniendo en riesgo la salud física, mental y social del individuo. Cuando

entendemos que no es posible salir a divertirse sin consumir drogas, cuando unimos el ocio al consumo de drogas, cuando cada fin de semana repetimos el consumo de sustancias psicoactivas y nos pasamos la semana pensando en la llegada del fin de semana para consumir.

- Abuso de drogas o drogodependencia.- Cuando la primera razón de ser de la persona es conseguir la siguiente dosis de una droga y cuando existe una dependencia de su uso.

Nos ocuparemos ahora de algunas de las drogas más comunes en nuestro país y de sus efectos.

El alcohol

El alcohol, como hemos señalado antes, al analizar la tipología de las drogas, es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central que entorpece, inhibe, ralentiza, progresivamente las funciones cerebrales, y por tanto afecta a la capacidad de autocontrol.

Se da la circunstancia de que el consumo de alcohol produce, inicialmente, euforia y desinhibición, por lo que muchas personas consideran que es un activador del Sistema Nervioso Central, pero esa sensación excitante solo dura unos instantes.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Debemos tener este tipo de información para conocer los efectos que diferentes bebidas producen en nuestro cuerpo.

Siempre que nos encontramos ante una bebida alcohólica aparece, tras el nombre y la marca un número explicitado en grado. Se trata de la graduación alcohólica de una bebida, que indica el volumen de alcohol etílico que contiene. Es decir, una bebida de 14º contiene un 14% de alcohol puro, o dicho de otra manera, de un litro, el 14% es alcohol puro.

Lo importante es saber que existen dos tipos de bebidas alcohólicas:

- Fermentadas: Estas bebidas tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen cuando fermentan los azúcares de las frutas o de los cereales. Ejemplos: cerveza, vino, o sidra.
- Destiladas: Resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, es decir, es un segundo proceso, con lo que siempre tienen una mayor concentración de alcohol. Ejemplos: vodka, ron, whisky. Todas tienen entre 40º y 50º.

El aparato digestivo absorbe el alcohol ingerido. Del estómago pasa a la sangre, donde puede permanecer hasta 18 horas. El alcohol se elimina finalmente en el hígado, por eso el alcoholismo se centra de manera especial en perjudicar el hígado.

El consumo prolongado de alcohol produce efectos importantes en el cuerpo humano, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.

No es necesario esperar tanto para ver los efectos del alcohol. Tras el consumo de alcohol, y dependiendo de la cantidad ingerida y el tipo de bebida, se pueden producir los siguientes efectos: desinhibición, euforia, relajación, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora y, finalmente, intoxicación aguda. Cuando se supera en sangre la concentración de tres gramos de alcohol por litro pueden aparecer los siguientes síntomas: apatía, somnolencia, descoordinación motora, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Los efectos del alcohol sobre el cuerpo no sólo dependen de la cantidad consumida y de la graduación de la bebida, existen otras circunstancias que intervienen y que pueden perjudicar o paliar los efectos. Algunas de estas circunstancias son:

- A menor edad.
- A menor peso. Por eso suele afectar más a las mujeres.
- A mayor cantidad y rapidez del consumo.
- La combinación con otras sustancias: drogas o medicamentos.
- Sexo. Las mujeres tardan más en metabolizar, por lo que la sustancia está presente más tiempo en el organismo.

El riesgo de padecer trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando el consumo de alcohol se inicia en la adolescencia.

El alcoholismo es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que no hay una cantidad segura por debajo de la cual no haya riesgos.

Es importante conocer el concepto UBE (Unidad de Bebida Estándar). Un vaso de vino pequeño, de 100 centímetros cúbicos (c.c.), equivale a 1 UBE, al igual que una caña de cerveza de 200 c.c. Una copa de licor de 50 c.c. son 2 UBE, al igual que un combinado normal tipo "cubalibre". Pues bien, usando como índice de clasificación, esta medida, la OMS considera que existen los siguientes tipos de consumidores:

- De bajo riesgo: En los varones hasta 17 UBE/Semana y en las mujeres hasta 11 UBE/Semana.
- De alto riesgo: En los varones entre 17 y 28 UBE/Semana y en las mujeres entre 11 y 17 UBE/Semana.
- Peligroso: En los varones con más de 28 UBE/Semana y en las mujeres con más de 17 UBE/Semana.

Además no debemos olvidar que cuando el consumo de alcohol se concentra en periodos cortos de tiempo los riesgos y daños al organismo aumentan de manera importante.

Las investigaciones científicas han demostrado que el consumo de alcohol en la adolescencia, y especialmente el consumo “en forma de atracón”, importado de los países anglosajones puede afectar el sistema nervioso central a distintos niveles: Interfiere en el desarrollo del cerebro, algo especialmente importante en la adolescencia, limitando su futuro y su potencial individual; Afecta, entre otras, la zona cerebral relacionada con la memoria y el aprendizaje (hipocampo); En los casos en que el consumo de alcohol ya produce síntomas de resaca o abstinencia, se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas.

El cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana.

Los efectos psicoactivos sobre el cerebro son debidos a varios principios activos, el más conocido de los cuales es el THC (Tetrahidrocannabinol).

El cannabis puede presentarse de diferentes maneras:

- Marihuana: se obtiene tras triturar las hojas, flores y tallos secos de la planta. Normalmente tiene una concentración de THC que varía entre el 1% y el 5%.
- Hachís: se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra. Normalmente tiene una concentración de THC que oscila entre el 15% y el 50%.
- Aceite de hachís: es resina de hachís disuelta y concentrada. Su concentración de THC se sitúa entre el 25% y 50%.

Cuando se consume fumado los efectos se sienten casi de inmediato, y pueden durar hasta dos horas.

El THC, el principal principio activo del cannabis, es una sustancia que llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula. Su eliminación se produce

muy lentamente. La ciencia ha demostrado que el THC sigue en el organismo una semana después de consumirlo.

Los principales efectos del cannabis tras el consumo son:

- Sensación de relajación física y mental.
- Somnolencia, sensación de lentitud.
- Desinhibición, alegría desmedida, risa contagiosa y fácil.
- Enrojecimiento ocular.
- Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial. Taquicardia.
- Sensación de sequedad de la boca.
- Percepción distorsionada del entorno.
- Dificultades para centrar la atención.
- Dificultades para pensar y solucionar problemas.
- Dificultad de coordinación.

Es importante conocer los efectos a medio y largo plazo para los consumidores habituales de cannabis:

- Problemas crónicos y permanentes de memoria y aprendizaje, lo que implica reducción del rendimiento académico.
- Dependencia. Aunque uno de los mitos del cannabis es que no produce adicción, los estudios señalan que entre un 7% y un 10% de los consumidores pueden tener problemas de dependencia.
- Trastornos emocionales y de personalidad, en especial los ataques de ansiedad, y las crisis depresivas.
- Favorece la aparición de otras enfermedades como las broncopulmonares y el desarrollo de algunos tipos de cáncer, o los trastornos del ritmo cardiaco (arritmias, taquicardias).

La cocaína

La cocaína es un potente activador del sistema nervioso central, habría que añadir que es un potente estimulante.

La cocaína es una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*. Existen diferentes formas de consumo: esnifada, inyectada y fumada.

El consumo de cocaína es, en nuestro país, minoritario, y son relativamente pocas las personas que consumen esta droga, aunque encabezamos el ranking europeo en el consumo. Lo que debe preocupar en este caso es un doble factor; la peligrosidad de la droga, y que se trata de una sustancia que goza de buena fama frente a otras.

Aunque existen diferentes drogas preparadas a partir de la hoja de coca, en España la más común es la Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína. Normalmente se consume esnifada. Tiene efectos casi inmediatos que duran entre dos y tres horas. Otras drogas derivadas de la cocaína son la Pasta de coca o basuco y la Cocaína base o crack.

El consumo de cocaína produce los siguientes efectos a corto plazo:

- Euforia y sensación de energía por la excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona.
- Importantes cambios emocionales. En algunos casos la persona puede vivir crisis de ansiedad.
- Aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria así como de la tensión arterial.
- Disminución del apetito.
- Otros efectos a corto plazo son: el aumento de la temperatura corporal y una notable dilatación de las pupilas.

Un elemento a tener en cuenta es que cada vez es más infrecuente el uso de una única sustancia, y que la mezcla de diferentes drogas, legales e ilegales, es ya algo normalizado entre las personas consumidoras de drogas.

Comencemos señalando una obviedad, mezclar drogas siempre es peligroso, mucho más que consumir una única sustancia. Al mezclar distintas sustancias algunos efectos se potencian o multiplican y otros se contrarrestan o anulan. Una primera recomendación sería que antes de consumir una droga se dejarán pasar los efectos de la anterior. Esta precaución reduce considerablemente el riesgo que se asume.

Vamos a analizar ahora algunas de las mezclas más frecuentes en nuestro país y a analizar, muy brevemente, sus efectos:

- Cocaína y alcohol: Esta mezcla crea en el interior del cuerpo una nueva sustancia, el Cocaetileno. Es una mezcla peligrosa, porque multiplica los efectos de ambas drogas, su efecto tóxico y el deseo de tomar más. La cocaína contrarresta los efectos de la borrachera, y el alcohol baja los efectos de tensión de la coca. Es más fácil llegar a una intoxicación aguda o coma etílico sin darse cuenta. Se tienen conductas de pérdida de control (sexo no seguro, accidente de coche...).
- Cocaína y anfetaminas (Speed, cristal, anfetamina...): Se trata de dos estimulantes, por lo que se multiplican sus efectos y los riesgos (golpes de calor, ansiedad, deshidratación...). El riesgo de sobredosis y de alteraciones cardíacas aumenta. Produce un fuerte impacto en el corazón y en el cerebro. La mezcla provoca más agresividad.

- Cocaína y drogas de síntesis (MDMA, éxtasis, rulas...): Son dos estimulantes, pero algunas drogas de síntesis llevan, además, componentes alucinógenos, esto hace que los efectos sean impredecibles.
- Cocaína y cannabis: ya sabemos que los efectos del cannabis dependen mucho del estado de ánimo del consumidor, con quién consume, dónde y la frecuencia de consumo. Al mezclar, el cannabis contrarresta el efecto de la coca, y es fácil que se quiera consumir más cocaína, aumentando los riesgos.
- Cannabis y alcohol: El hachís mezclado con alcohol puede producir una bajada de tensión y mareo, el temido “bajón” o “amarillo”.
- Cocaína y ketamina: La cocaína es activadora y la ketamina depresora, por lo que producen efectos opuestos y peligrosos. La mezcla aumenta el riesgo de parada cardíaca y otras patologías. La mezcla aumenta los efectos negativos (vómitos, deshidratación...) y el riesgo de accidentes.
- Cocaína y alucinógenos: Es una mezcla con alto riesgo de trastornos psicológicos (esquizofrenia, ansiedad, depresión...). Los alucinógenos son sustancias impredecibles, por eso se recomienda planificar el consumo, tener muy en cuenta el estado de ánimo, con quién consumes y dónde. Nunca se debe consumir en soledad. Se debe evitar mezclar alucinógenos con cualquier otra sustancia, porque el riesgo de perder el control es muy alto.
- Cocaína y heroína: Un estimulante muy potente y un depresor muy potente. Mezclar depresores y estimulantes es muy peligroso, se trata de una falsa creencia el pensar que se pueden controlar los efectos de una droga mezclándolos con otra. Provoca un estado de euforia, placer, estupor y alteración general del sistema nervioso. Los efectos de la cocaína desaparecen de manera más rápida que el efecto de la heroína y existe un alto riesgo de insuficiencia respiratoria, ya que se suman los efectos depresores de ambas sustancias. Puede provocar descontrol y descoordinación psicomotriz, con riesgo de coma y excitación desmesurada y cuadros delirantes paranoides, así como depresiones de gran intensidad, alucinaciones auditivas, sensoriales, visuales...

Interacción de drogas y medicamentos

El uso de drogas y la prostitución son dos actividades con una elevada carga de riesgo para la salud, por lo que hay que señalar que el porcentaje de personas de estos dos colectivos que sufren alguna enfermedad es muy elevado respecto a la media de la población.

VIH-Sida, Hepatitis, en cualquiera de sus tipos, y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), son enfermedades con una prevalencia mayor a la media en personas que ejercen la prostitución o consumen drogas.

Por eso nos parece especialmente relevante dedicar un capítulo en esta guía a la relación entre el consumo de drogas y la medicación.

Comenzaremos por señalar que entre las personas consumidoras habituales de drogas, según diferentes estudios, la adherencia a los tratamientos están por debajo de la media.

A modo de ejemplo podemos señalar que las creencias erróneas sobre las potenciales interacciones tóxicas entre los medicamentos antirretrovirales y las drogas provocan que una tasa importante de pacientes con VIH que las consumen se salten de manera intencionada el tratamiento antirretroviral cuando prevén tomarlas. Esta es la principal conclusión a la que llegó un estudio llevado a cabo por un grupo de investigadores estadounidenses, y publicado en la edición electrónica del Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. En sus conclusiones los investigadores señalan: “Nuestros resultados muestran que es habitual entre las personas con VIH que consumen sustancias creer que no deberían mezclarse los medicamentos antirretrovirales y las drogas recreativas”. Y añaden: “Se observaron peores resultados de tratamiento en los pacientes que afirmaron haber interrumpido la toma de la medicación mientras consumían drogas”.

Se habla de interacción farmacológica cuando el efecto de un fármaco se ve modificado alterado por la acción de otro fármaco diferente, una sustancia psicoactiva, alimento, bebida o contaminante ambiental.

Estas interacciones pueden ser de tipo farmacocinético o farmacodinámico. Las interacciones farmacocinéticas son las que afectan a uno o varios de los procesos de absorción, distribución, metabolismo o eliminación que siguen los fármacos en el organismo. Las alteraciones farmacodinámicas son las que se producen en el mecanismo de acción del fármaco, ya sea actuando a nivel de los receptores farmacológicos (impidiendo alterando la unión fármaco-tejido diana) o alterando los efectos farmacológicos propiamente dichos.

Es importante tener información sobre los posibles efectos negativos que se producen al combinar las drogas con los medicamentos, en especial los antirretrovirales que se usan para el VIH. Al consumir drogas y tomar conjuntamente antirretrovirales se producen cambios importantes en el organismo. Cambios que a veces impiden ver lo que está realmente sucediendo en el cuerpo.

Como señala el profesor Octavio Vallejo, las drogas recreativas y los medicamentos antirretrovirales, son sustancias químicas ajenas a nuestro organismo que originan en él, determinados efectos.

Como ya hemos señalado, cuando hablamos de interacción entre estas sustancias, hablamos de que una sustancia, afecta al funcionamiento de otra sustancia y viceversa en nuestro organismo, alterando sus efectos. En algunos casos los potencian y en otros los disminuyen pero en cualquier caso, crean efectos perjudiciales en el organismo.

El mismo autor señala en un artículo que es mejor no combinar el consumo de sustancias con los medicamentos.

Con el fin de tener una información más detallada vamos a analizar las interacciones de los retrovirales con las principales sustancias psicoactivas:

- Alcohol: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar algunos de los siguientes efectos: Riesgo de padecer pancreatitis, aumento en los niveles de bilirrubina en sangre, daños en el funcionamiento hepático.
- Anfetamina: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Aumento de los latidos cardiacos y elevación de la presión arterial, agitación, ansiedad.
- Cocaína: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Algunas investigaciones, indican que el consumo de cocaína ente personas con VIH, aceleran la progresión de la infección.
- Éxtasis: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Potencia los efectos del éxtasis con riesgo de provocar una sobredosis.
- Heroína: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Con algunos medicamentos antirretrovirales, se disminuye el efecto de la heroína, teniendo que usar dosis más frecuentes, potenciando un mayor riesgo de sobredosis.
- Ketamina: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Puede provocar inflamación del hígado.
- Marihuana: La interacción de esta sustancia con tratamiento antirretroviral, puede ocasionar los siguientes efectos: Se incrementa el principio activo de la marihuana (THC), por lo que en dosis más pequeñas tienen un efecto más intenso. . Sensaciones de desorientación, confusión, nada agradables.

El doctor Fernando Caudevilla, colaborador de Energy Control, también se ha ocupado sobre la interacción de algunos medicamentos con el uso de drogas. Algunas de sus aportaciones más significativas para esta guía son las siguientes:

- **Antibióticos:** No se han descrito interacciones significativas entre la mayoría de los antibióticos de uso habitual y las drogas más conocidas. Conviene recordar que los antibióticos se toman por la existencia de una infección, lo que significa que el organismo de la persona no está en estado óptimo podrían retrasar la curación o empeorar el cuadro.
- **Fármacos para tratar la Ansiedad y/o la Depresión:** El uso de drogas con fines recreativos está contraindicado en personas que sufren trastornos por ansiedad o trastornos depresivos. Las drogas activadoras del Sistema Nervioso Central (SNC) pueden incrementar los síntomas de ansiedad. Las drogas depresoras del SNC tienen efectos ansiolíticos tras su administración inmediata, por lo que personas con tendencia a la ansiedad son más susceptibles a abusar de ellas. El uso del cannabis puede desencadenar o hacer más intensas las crisis de ansiedad en un trastorno de pánico.
- **Anticonceptivos:** No existen datos sobre interacciones de importancia con las drogas de uso recreativo de uso habitual. En ese sentido la combinación de anticonceptivos con los patrones de consumo más frecuentes de drogas de uso recreativo no parece suponer un incremento de riesgos. El tabaco es la única droga cuya combinación con la píldora incrementa sustancialmente el riesgo de efectos adversos (patología cardiovascular, trombosis venosa...). Muchas Guías Clínicas consideran que el consumo de tabaco es una contraindicación para administrar la píldora. Las mujeres fumadoras (de cualquier edad) que toman anticonceptivos tienen entre 10 y 20 veces más riesgo de enfermedad cardiovascular que las no fumadoras. Es importante saber que el consumo diario de drogas como la heroína o la cocaína puede dar lugar a alteraciones menstruales importantes que influyan en la eficacia de la píldora anticonceptiva.

Otro elemento que debe tenerse en cuenta es la interacción del consumo de drogas con la maternidad, y más concretamente en las situaciones de embarazo y de lactancia. Caudevilla también se ha ocupado de esta situación, y ha señalado lo siguiente:

El consumo de alcohol durante el embarazo se asocia, en numerosos estudios, a un menor peso del recién nacido, a la vez que incrementa el riesgo de malformaciones y retraso mental. El riesgo depende de la dosis y las

malformaciones más graves suelen aparecer en hijos de alcohólicas crónicas. No obstante, el uso ocasional de elevadas dosis de alcohol durante el embarazo también incrementa este tipo de riesgos.

Por su parte, el tabaco está asociado a un menor peso en el nacimiento, prematuridad en el parto y mayor riesgo de abortos espontáneos.

El uso de cannabis durante el embarazo está asociado a riesgos similares a los del tabaco (teniendo en cuenta que suele utilizarse mezclado) y, posiblemente, a retrasos madurativos y cognitivos leves. El cannabis es una droga que se fija muy bien a las grasas, por lo que sus efectos podrían transmitirse a través de la leche materna.

Las anfetaminas se asocian a malformaciones faciales y cardíacas. Por su estructura similar es probable que la MDMA implique riesgos similares.

El uso de cocaína durante el embarazo se asocia a una disminución del crecimiento del feto y mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, entre otras alteraciones.

Una circunstancia relativamente frecuente es que una mujer haya realizado un consumo de drogas durante las primeras semanas del embarazo, antes de notar la primera falta. De forma general se entiende que en esos momentos el preembrión está poco diferenciado y la circulación materno-fetal no se ha establecido, por lo que probablemente el riesgo de problemas o malformaciones es muy bajo. En cualquier caso, una vez realizado el diagnóstico de embarazo la mujer debería utilizar sólo aquellos fármacos estrictamente imprescindibles y siempre bajo supervisión médica, lo que no incluye ninguna droga legal o ilegal.

Los antibióticos provocan habitualmente candidiasis, con lo que aumenta la vulnerabilidad al VIH. El tratamiento para candidiasis habitual con óvulos fungicidas puede dañar el látex.

Además, los antibióticos puede disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales.

Los programas de reducción de daños y riesgos

Este programa de intervención sobre el consumo de drogas en contextos de prostitución se fundamenta en la filosofía de los llamados programas de reducción de riesgos y daños, por lo que antes de seguir adelante consideramos necesaria una breve introducción a este modelo de intervención.

Comencemos por decir que, aunque en ocasiones puede dar la impresión que los programas de reducción de daños son una novedad de los últimos años, su origen pueda situarse hace más de un siglo.

Riesgo es un término utilizado para describir la probabilidad que tiene una práctica (uso de drogas, prácticas sexuales, etc.), de causar consecuencias o efectos no deseados. Daño es un término complementario utilizado para describir si una consecuencia concreta es vista como negativa o indeseable.

Existen innumerables definiciones sobre este concepto, todas ellas acertadas, aunque cada una pone el énfasis en un aspecto concreto. En este texto entendemos que se trata de conjunto de estrategias y actuaciones de carácter bio-socio-sanitario que tiene por objetivo disminuir los efectos negativos asociados al uso de drogas.

Esa definición, con ser correcta es incompleta. Teniendo en cuenta que consideramos que las drogodependencias son un problema bio-psico-social, se hace necesario señalar que los efectos negativos que se pretende reducir se incluyen tanto los de carácter físico, como psíquico, social, económico o jurídico. Además, también consideramos que las medidas o actuaciones que se implementan pueden ser tanto de carácter individual como colectivo.

Además, la definición necesita otro complemento, los programas de reducción de daños y de riesgos deben permitir la reducción de la estigmatización de las personas que consumen drogas.

Para entender la filosofía de este modelo de intervención es necesario partir de una obviedad, la consideración de la persona con un problema de adicciones como un ciudadano o ciudadana.

El ejercicio de la ciudadanía implica la asunción de todos los derechos y deberes, algo aceptado tanto en la legislación española (especialmente la Constitución), como en la normativa internacional (Declaración Universal de los Derechos Humanos).

La aceptación de esta obiedad, así como la de la plena capacidad de las personas usuarias de drogas para tomar decisiones sobre su salud, están en la base de los programas de reducción de daños.

En el tema que nos ocupa en esta guía, el consumo de drogas en un contexto de prostitución, hay dos cuestiones evidentes:

- La multiplicación de riesgos por el ejercicio de dos prácticas que en sí mismas pueden conllevar problemas de salud si no se asumen medidas preventivas.
- Las dificultades de plantear la abstinencia total del consumo mientras se mantengan prácticas de prostitución.

La coexistencia de ambas características convierte los programas de reducción de riesgos y daños en los más adecuados para aplicar en esta intervención. Con ello implicamos a las personas en el cuidado de su propia salud, aun en situaciones de consumo activo de sustancias psicoactivas.

Diferentes disciplinas académicas (antropología, historia, sociología, etología, etc.) hace años que han demostrado que todas las sociedades humanas, y en todo tiempo, han tenido algún tipo de relación con sustancias psicoactivas, por eso parece que tiene poco sentido el tratamiento punitivo y de castigo a las drogodependencias, o que los programas de abstinencia total, los llamados libres de drogas, sean la única alternativa para los usuarios de drogas o para los drogodependientes.

La condición de ciudadanía (y volvemos a repetir que los usuarios y usuarias de drogas lo son) implica una serie de derechos, entre otros, el de recibir una atención adecuada ya sea de carácter sanitario, psicológica o social.

La especial idiosincrasia de las personas con problemas de adicciones sólo es una dificultad que el sistema de protección social debe esforzarse por atender mediante un amplio abanico de programas que se adapten a cada una de las personas o subgrupos que forman parte de ese colectivo. Pero esa dificultad no debe convertirse nunca en el argumento para abandonar este deber.

Los programas de reducción de daños comenzaron a hacerse populares en la década de los 80 del siglo pasado, pero lo cierto es que su antigüedad se remonta más de un siglo. Baste recordar que la heroína, que se sintetizó en 1898, se comercializó durante un tiempo como analgésico y sustitutivo para tratar a los morfinómanos, que en aquel tiempo eran legión. Otro ejemplo de esta larga historia es el denominado Sistema Británico, que permite, desde 1926, la prescripción de todo tipo de drogas.

En cualquier caso, la generalización, extensión y popularización de este tipo de programas no se produjo hasta la década de los 80 del siglo XX, coincidiendo con la explosión de los casos de infección por VIH, aunque no es menos cierto que en aquellos años comenzaron a hacerse públicos los primeros, y no demasiado positivos, resultados de los programas de abstinencia total.

Los programas de reducción de daños pretenden dar respuesta a un amplio catálogo de problemas asociados al consumo de drogas, ya sea por riesgos derivados del propio consumo, o de las modalidades del mismo. El objetivo es combatir los efectos dañinos del consumo de drogas sin cuestionar el hecho de consumir.

Este tipo de programas surgen como alternativa, no como sustitución, a los basados en la abstinencia, dado que los resultados de estos últimos han demostrado que no eran los adecuados para amplios subgrupos del colectivo de drogodependientes. Además de no lograr los resultados esperados, los programas basados en la ausencia de consumo y en el castigo, no estaban permitiendo que los drogodependientes se acercaran a los centros de atención socio-sanitaria que integran la red asistencial.

Es obligado señalar, no obstante, que los programas libres de drogas han sido, y aún siguen siendo, una alternativa válida para muchas personas drogodependientes, pero no es menos obvio que la aparición de alternativas no basadas en la interrupción de consumo permitió un mayor pragmatismo o adecuación de los recursos existentes a la compleja realidad de las adicciones.

En la década de los 70 del siglo XX se extendió, por todo el mundo, un movimiento de inspiración norteamericana conocido como 'Drug free treatment', y que se combinó con una especie de guerra total contra la drogas. El modelo perseguido era el de una sociedad sin drogas en la que no existiera ni la demanda ni la oferta de sustancias psicoactivas. Para los usuarios de drogas existentes solo se ofrecía la alternativa de la abstinencia total. Una gran parte de la red asistencial que se creó en la década de los 80 de ese siglo se basó en ese modelo, lo que produjo numerosas frustraciones y desajustes ante una realidad que no se adecuaba al modelo ofrecido.

El objetivo de la reducción de daños es ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de esos subgrupos poco receptivos a los tratamientos basados en la abstinencia total, reduciendo la mortalidad y la morbilidad, prevenir las infecciones transmisibles, favorecer la accesibilidad a la red asistencial, y por último, mejorar la calidad de vida de estas personas. Indirectamente, la disminución de los efectos negativos del uso de drogas mejora la calidad de vida de la totalidad de la sociedad.

El primer y principal interés de los programas de reducción de daños es la protección de la salud de los consumidores de drogas, pero también mejorar la realidad psicosocial en la que se desarrolla su vida. Para ello es imprescindible que los programas de reducción de daños tengan en cuenta la opinión de los propios usuarios de sustancias psicoactivas. Hay que señalar que, tras los programas de reducción de daños, está la libertad de los individuos a consumir drogas, y sencillamente se pone a su disposición una serie de informaciones, y alternativas para que lo hagan con la mayor seguridad posible.

Un punto que no debe olvidarse es que no existen únicamente dos alternativas de asistencia: la basada en la abstinencia y los programas de reducción de daños, sino que existe una amplísima variedad de posibilidades que permite, en muchos casos, la compatibilidad de ambos posicionamientos.

Los riesgos inherentes al consumo de drogas vienen determinados por diversos factores: tipo de sustancia, grado de adulteración de la misma, dosis, frecuencia de uso, patrón de policonsumo, vía de administración, forma de consumo, higiene de los materiales utilizados en la preparación y la administración, cuidados posteriores, etc., y contrarrestar esos riesgos en la tarea de los programas específicos, por lo que la variación de estos son innumerables.

Desde una actitud humanitaria, no moralista, y tolerante, los programas de reducción de daños pretenden reorientar el consumo de drogas para reducir los riesgos originales.

Los programas de reducción de riesgos y daños pueden aplicarse sobre el uso de cualquier sustancia, pero lo cierto es que se han desarrollado mucho más aquellos orientados hacia las personas consumidoras de opiáceos en general y heroína en particular.

Diversos autores han señalado los principios en los que se basa la propia existencia de los programas de reducción de daños y riesgos, aunque fueron Iñaki Markez y Mónica Póo quienes los han recapitulado y concretado:

- La aceptación de que el consumo de drogas ha existido en todos los grupos humanos a lo largo de la historia.
- Debe aceptarse la responsabilidad, competencia y capacidad de los usuarios y las usuarias de drogas para consumirlas.
- La atención principal se desplaza del consumo de sustancias psicoactivas hacia los efectos y consecuencias de uso determinado de las mismas.
- El uso de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial.

- El daño inherente al consumo de drogas es considerado desde una perspectiva multidimensional, afectando al propio consumidor o consumidora como a su entorno.
- La vulnerabilidad de las personas y su capacidad para disminuir los riesgos de su comportamiento se ve afectada por las desigualdades sociales y los fenómenos de exclusión social y discriminación.
- Es imprescindible fomentar y favorecer la participación de los y las usuarias de drogas en la elaboración y diseño de programas de actuación, ya que todo el mundo es susceptible de convertirse en un agente de salud.
- La respuesta pragmática y realista a la compleja problemática de las drogodependencias se ve favorecida por la cooperación entre usuarios/as de drogas, profesionales, y responsables de salud pública.

Diversos autores recogen en sus obras los resultados de los primeros programas sistemáticos de reducción de riesgos que se pusieron en marcha a partir de 1967, y que se han prolongado y extendido en las siguientes décadas. Los resultados son coincidentes y concluyentes: reducción de la mortalidad, reducción de inseguridad ciudadana en la zona, reducción del consumo de drogas, reducción de enfermedades infecciosas, aumento de la incorporación social, o mejoras en la retención de los usuarios de drogas en los centros de la red asistencial.

Esos resultados fueron la base sobre la que se extendieron de manera rápida los programas de reducción de daños por muchos países, entre ellos España, aunque hay que decir que las primeras iniciativas importantes surgieron en los años 80 del siglo pasado en ciudades europeas como Rotterdam, Liverpool, Amsterdam, Zurich o Berna, pioneras en implantar acciones destinadas a las personas usuarias de drogas que no podían, o no querían, abandonar el consumo.

Podemos decir que el paradigma de la reducción de daños rechaza la presunción de que la abstinencia es el mejor o el único objetivo aceptable.

La reducción del daño considera que el uso de sustancias va variando a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas para el usuario y la comunidad. Por eso acepta pequeños avances en la dirección de reducir el daño.

El modelo de reducción de daños implica, también, una renuncia al modelo paternalista en el que la relación entre terapeuta y persona usuaria de drogas era completamente vertical y desigual. La reducción de daños se basa en el reconocimiento absoluto de la persona y de su capacidad para cambiar, y

por tanto en su participación activa en su proceso de cambio, ya sea en los objetivos, los ritmos o las estrategias.

A modo de ejemplo se puede citar el caso de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), tal vez la modalidad de programa de reducción de daños más extendida en el mundo. Aunque en la actualidad se trata de un programa estable, durante varios lustros experimentó una extensión y un desarrollo espectacular.

Algunos estudios señalan que en la actualidad se aplican en 35 países y en los mismos participan más de 500.000 personas. En buena medida hay que señalar que en la extensión y crecimiento de este tipo de programas se encuentra el Sida, ya que el miedo a esta pandemia se encuentra en la justificación de muchos de las iniciativas puestas en práctica.

Como dice Paulo Egenau, Director Ejecutivo de Fundación Paréntesis, de Chile, “El enfoque de Reducción de Daños recoge las dificultades de las personas y propone cambios y programas que surgen de una mirada humanista del mundo, fundada en principios básicos de salud pública, en donde el principal foco de atención es el consumidor y sus necesidades. El modelo de Reducción de Daños, abraza los más tradicionales principios psicoterapéuticos de aceptación incondicional y empatía; argumenta que para muchos, el uso de drogas es un intento de auto-cuidado, que revela la intención de hacer frente a vidas cargadas de dolor; promueve la participación de los afectados en el establecimiento de los objetivos y metas del tratamiento; descansa en una concepción ética respetuosa de los derechos individuales; ofrece una amplia gama de alternativas para ayudar a las personas a resolver sus problemas; rechaza la presunción de que la abstinencia es la única meta aceptable en los tratamientos; y se acerca a las personas para brindar apoyo desde donde ellas se encuentran”.

Y añade, “La reducción de daños y el aliviar el sufrimiento asociado, debe ser una preocupación ética central en quienes asumen la difícil tarea de acompañar a los que toman la decisión de mirar sus vidas con la intención de cambiar algo en ellas. Los terapeutas formados en este enfoque, aceptan que se requiere de honestidad para admitir que se puede necesitar un cambio, pero han aprendido desde las vidas de sus clientes, que se requiere de mucha honestidad para pensaren todas las razones por las cuales no cambiar. Los terapeutas que reconocen el sentido que para muchos tiene el consumo de alguna droga, y la dificultad de éstos para lidiar con la ambivalencia en el proceso de cambio, serán una iluminadora compañía en el logro de una forma de vida más segura y feliz”.

El modelo de reducción de riesgos y daños tiene muy en cuenta el momento de cambio personal en que se encuentra la persona respecto a las conductas de riesgo que asume.

James Prochaska explicó en 1993 las cinco etapas del proceso de cambio:

- Precontemplativa. Se da cuando no hay una verdadera intención de cambio.
- Contemplativa. Se empieza a considerar la posibilidad de cambiar, pero no hay un compromiso de pasar a la acción.
- Preparación o disposición al cambio. Existen en la práctica algunos pequeños cambios observables de comportamiento. Con frecuencia se han llevado a cabo algunos intentos de cambio sin éxito en los meses precedentes.
- Acción. Supone cambios observables del comportamiento y requiere una considerable inversión de tiempo y energía. Características principales que definen esta fase son: a) esfuerzos observables y significativos para conseguir el cambio; y b) modificación de la conducta diana de acuerdo con un criterio previamente establecido.
- Mantenimiento. El esfuerzo se centra en prevenir la recaída y consolidar los cambios logrados en la fase anterior.

El caso español

Durante la mayor parte del siglo XX el único problema de drogas del Estado español fue el alcoholismo, y su tratamiento se realizaba a través de los centros sanitarios dirigidos por psiquiatras.

En la segunda mitad de la década de los 70 de ese siglo se produjo, en España, una importantísima explosión del consumo de heroína. Juan F. Gamella y otros autores denominaron a este fenómeno “la crisis de la heroína”. Esta situación implicó una rapidísima demanda asistencial no prevista por las autoridades.

La respuesta asistencial se produjo principalmente por la reivindicación de familiares, y se desarrolló más por impulsos individuales que de una manera organizada y coordinada, eso dio lugar a múltiples carencias, errores y a importantes desigualdades de unas localidades a otras.

No es hasta finales de la década de los 80 del siglo XX que se creó la Secretaría específica sobre drogas en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, siendo ese organismo el embrión del que

nacerá, en 1985, el Plan Nacional Sobre Drogas, institución creada para ordenar la expansión asistencial de las diferentes iniciativas sociales, locales, autonómicas, privadas y públicas que se habían ido creando en la década anterior.

La dispensación de metadona se pretendió regular por primera vez a través de una Orden Ministerial de 1983. Se permitía la dispensación de metadona en farmacias a adictos a opiáceos que tuvieran ‘carnet de extradosis’, estuvieran en un programa de deshabituación progresiva y fueran tratados por un médico. El famoso carnet, del que se llegaron a distribuir alrededor de 5.000 ejemplares, lo daban los Colegios de Médicos especialmente a enfermos oncológicos y terminales. En muy poco tiempo se demostró que se trataba de un remedio erróneo que, además, creó un mercado negro de metadona en numerosas ciudades.

En 1985, una serie de medidas administrativas trataron de reconducir la situación, señalando que, únicamente los centros sanitarios expresamente autorizados para ello, podían prescribir metadona a los adictos a opiáceos. El número de personas que permanecieron en los programas se redujo a 1.500.

En aquel momento se crearon las Comisiones de Metadona en las comunidades autónomas, y se limitó a 40 mg. la dosis máxima, además de fijar algunos de los criterios que debían reunir las personas para participar en programas de metadona: tener más de 18 años y al menos una adicción de tres años, haber participado en al menos dos tratamientos libres de drogas con las consiguientes recaídas, tener complicaciones orgánicas, y se excluía a los policonsumidores de drogas. Esta concepción seguía estando muy alejada de lo que hoy entendemos por reducción de riesgos.

En los años siguientes la mayoría de las Comunidades Autónomas desarrollaron sus propias legislaciones sobre las drogodependencias, que incorporaban los apartados de prevención, asistencia y reinserción.

Recuerdan Iñaki Markez y Mónica Póo que a finales de los 80 se conocen algunos datos sobre el resultado de los programas libres de drogas con resultados muy decepcionantes. Al mismo tiempo se extendió la alarma social por la infección del VIH, con una especial incidencia en España entre los heroinómanos que utilizaban la vía parenteral para administrarse la droga. Además, la presión social de los movimientos ciudadanos no dejaba de crecer y de organizarse. En ese momento (1990), la administración publica un Real Decreto que regula los Programas de Mantenimiento con Metadona y que permite un marco jurídico que da mayor flexibilidad a los profesionales. En 1996 un nuevo Real Decreto hizo más accesibles estos programas.

Los datos de la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas no dejan lugar a dudas sobre lo que ocurrió: en 1990 había 3.000 personas recibiendo metadona, en 1993 ya eran 15.400 las personas que participaban en estos programas, en 1995 la cifra alcanzó 28.806, en 1997 se llegó a 55.813, y en 1999 se llegó a 70.000.

De manera paralela se puede decir que el número de personas atendidas en algunos programas libres de drogas como Comunidades Terapéuticas o Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, se mantuvieron. Mientras que si se registró un importante incremento de número de usuarios de los centros ambulatorios.

No debemos olvidar que según algunos autores (De Andrés y Rodés) en España se aplicaron los programas de reducción de daños y riesgos con un retraso de diez años respecto a los países de nuestro entorno, y eso a pesar que los datos señalan que España era el país con los mayores índices de seroprevalencia al VIH de Europa en la población de usuarios de drogas por vía parenteral (entre el 40 y el 80% según las fuentes de la época).

Recordemos que el primer caso de Sida se detectó en España en el año 1981.

Markez y M. Póo señalan que las principales razones de la puesta en funcionamiento de los programas de disminución de daños y riesgos en el Estado español (no muy diferentes de los utilizados en otras latitudes) fueron:

- Cronificada y envejecida la población usuaria de opiáceos, con gran deterioro de salud, con aumento de enfermedades infectocontagiosas transmisibles por vía endovenosa o vía sexual, el hecho de que la marginalidad y/o conductas asociadas al consumo de drogas ilegales sea un factor de riesgo de tuberculosis, la elevada incidencia de casos de Sida en usuarios de drogas inyectadas (UDI) y en sus parejas, ocupando las tasas más altas de Europa en estos últimos años, por ello la necesidad de mejorar la calidad de vida tanto de los usuarios/as como de la comunidad.
- La constatación de que las personas afectadas con deterioro no acuden a los centros de atención del sistema asistencial o social por su rechazo institucional. Es manifiesto el fracaso en la contención de los problemas asociados al consumo de drogas. Problemas sanitarios y también sociales: prostitución, prisión, pérdida de trabajo, ruptura de vínculos socio-familiares, sin-hogarismo, etc.
- La existencia de un elevado colectivo que carece de recurso eficaz y a los largo de los años va de un centro a otro persiguiendo el beneficio

paliativo a su situación, porque no quiere o no puede abandonar su consumo. No olvidemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 85% de los consumidores crónicos de heroína tienden a auto limitar sus consumos tras prolongarse en su adicción, y entre un 5% y un 10% se cronifican definitivamente.

- Toda esta cronificación, toda esta marginación de la red de atención, se relaciona con el fenómeno de 'puerta giratoria' donde un cuantioso número de drogodependientes entra y sale permanentemente de los dispositivos asistenciales con programas libres de drogas.

Ya hemos señalado que los programas de reducción de daños y riesgos pueden (y tal vez deban) existir en cualquier sustancia psicoactiva, aunque no es menos evidente que los más extendidos son los que se han creado para atender a las adicciones a opiáceos, y especialmente para la población heroínómana.

A continuación se reflejan algunos de los programas de uso más extendido:

- Programa de Mantenimiento con Metadona: Los más extendidos y populares. Su éxito se basa en la fácil accesibilidad. Su objetivo inmediato es reducir e incluso eliminar el síndrome de abstinencia a opiáceos. Tienen innumerables ventajas: puerta de entrada a la red asistencial; menor tasa de seroconversión a VIH; reducción de los episodios de sobredosis; descenso de las conductas de riesgo; disminución de las tasas de mortalidad; mejores condiciones de consumo; cambios en la vía de administración; drástica reducción de la delictividad; ausencia de efectos adversos de toxicidad; se mostraron útiles para el uso por parte de mujeres embarazadas; económicos respecto a otros. No se trata de repartir una sustancia sino de programas con un componente bio-psico-social.
- Programas de Intercambio y Distribución de Jeringuillas: España fue el país de la UE con las mayores tasas de infección por VIH, y los datos oficiales señalaban que la principal vía de infección fue, durante muchos años, el uso compartido de jeringuillas entre drogodependientes. Además esta práctica también estaba relacionada con las altas tasas de tuberculosis, y hepatitis. En este marco es en el que hay que inscribir los programas de intercambio y distribución de jeringuillas como uno más de los programas de reducción de riesgos y daños. El objetivo perseguido es reducir las posibilidades de contraer enfermedades de transmisión sanguínea. Estos programas, originarios de Holanda, llegaron a España en 1988, aunque su extensión fue muy lenta. Hoy su utilidad es muy reducida. El miedo al Sida y numerosas campañas realizadas en los

últimos años ha permitido un importante descenso del uso de la vía parenteral.

- **Programas de Venopunción Higiénica:** Algunos de los programas de distribución e intercambio de jeringuillas complementaron su actividad con diversas iniciativas. Una de las que ha tenido mayor éxito ha sido la de realizar unos talleres llamados de venopunción higiénica. El objetivo es dotar a la persona adicta de información suficiente para que reducir los riesgos inherentes al uso de jeringuillas. Este tipo de programas permite reducir la mortalidad y los casos de sobredosis, además de otras patologías, al tiempo que se convierten, en muchos casos, en el primer puente entre la persona usuaria de drogas y la red asistencial. Una extensión o ampliación de este tipo de programas serían las salas de venopunción higiénicas, a las que la persona drogodependiente puede acudir para adquirir material inyectable nuevo, y en las que cuenta con el apoyo de un completo equipo socio-sanitario para ayudarle. En España la primera sala de este tipo se instaló en el poblado marginal de Las Barranquillas, en Madrid.
- **Programas de Prácticas sexuales de menos riesgos.** Durante años, en España, la segunda vía de transmisión del VIH tras el uso de jeringuillas fueron las prácticas sexuales de riesgo. En ese contexto nacieron estos programas, que pretenden reducir las prácticas de riesgo. Los talleres de sexo seguro pretenden difundir entre los usuarios de drogas prácticas sexuales seguras para evitar riesgos. El uso del preservativo sigue siendo la mejor arma para prevenir el Sida. Este tipo de talleres se pusieron en marcha en España en 1992.
- **Programas de Buprenorfina:** Es un agonista parcial opiáceo. Los programas de mantenimiento con buprenorfina tienen la misma base y los mismos objetivos que los de metadona. Su uso es más frecuente en Francia. En España han tenido muy poco uso.
- **Programas de LAAM:** El Levo-Alfa-Acetil-Metado (LAAM) es una sustancia sintética que es un sustituto de la morfina. Sus sintetizadores intentaban obtener una sustancia con menores desventajas que la morfina, la heroína y la metadona. Su uso como sustitutivo de la heroína se extendió especialmente por EEUU, aunque pronto llegó a Europa. Su administración era oral, y no se requerían dosis diarias. Con el cambio de siglo se suspendieron en Europa los programas con LAAM al detectarse posibles riesgos cardiovasculares.
- **Programas de Heroína:** El conocido como Sistema Británico permitía desde 1926 la dispensación de heroína para el tratamiento de algunas drogodependencias. Pero sólo recientemente se comenzó a hablar de

programas de heroína debido a la iniciativa de Suiza. En España se realizaron dos programas, el de más éxito y repercusión fue el de Andalucía, el otro se desarrolló en Cataluña. El objetivo era retener en la red asistencial a un colectivo con un amplio historial de fracasos en otros recursos, con una edad avanzada y muchos años de consumo, y con una situación de exclusión social. La dispensación controlada de heroína es sólo parte del programa, que tiene un elevado componente psicosocial.

- **Programas de Codeína:** La codeína es un derivado opiáceo de uso común en farmacología. En Alemania, donde la metadona fue ilegal hasta los años 80, los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se realizaba con codeína.
- **Programas Bola de Nieve:** Este programa nació en Bélgica en la década de los 90 del siglo pasado. A España llegaron a finales de esa década. Estos programas se basan en la participación de las personas que consumen drogas, a las que se transfiere información sobre salud y riesgos. Se forma a un pequeño grupo de consumidores/as que, en su vida diaria, va transmitiendo sus conocimientos al resto de consumidores de drogas. Es decir, se convierte a los usuarios y usuarias en agentes de salud. Es un programa entre iguales, entre pares, que normalmente se dirige a aquellas personas más vulnerables y excluidas, y también a aquellas más alejadas de la red asistencial.
- **Programas Socio-sanitarios:** Programas en los que, desde una perspectiva epidemiológica y comportamental se aborda el tema de prácticas saludables y se favorecen cambios comportamentales y conductuales de los grupos de riesgo para aumentar y favorecer la calidad de vida. Entre los objetivos de estos programas está normalizar la información sobre sustancias psicoactivas, la aceptación y normalización del consumo de estas sustancias, la implicación de los ciudadanos (incluidos los drogodependientes) en planes de prevención, educación, salud e información. Un ejemplo de estos programas son los llamados 'calor y café', recursos de descanso y encuentro adecuados para drogodependientes y personas en exclusión social.

Para ir concluyendo este capítulo podemos señalar, a modo de conclusiones, que:

- El uso de sustancias psicoactivas implica riesgos. Es deber de todos reducir al máximo esos riesgos para evitar daños a las personas usuarias de drogas y al resto de la población.

- Se debe aceptar que la ciudadanía va a seguir consumiendo drogas, así como la capacidad, competencia y responsabilidad de los ciudadanos para consumir sustancias psicoactivas.
- La reducción de daños y de riesgos es parte de la estrategia de salud pública, como parte de la educación sanitaria, y debe ser abordada por los Gobiernos, con la colaboración de las entidades sin ánimo de lucro.
- Es obligación de las administraciones poner a disposición de la ciudadanía todas las alternativas asistenciales posibles. Los usuarios y usuarias de drogas no son un colectivo homogéneo. Siendo la norma que son los recursos los que se deben adaptar a las personas y no al revés.
- Reconocimiento de los y las usuarias para participar en el diseño y desarrollo de los programas de reducción de daños y riesgos.
- Reconocimiento de la utilidad de los programas libres de drogas para subgrupos de drogodependientes.
- Reconocimiento de los programas con agonistas opiáceos como programas terapéuticos de contrastada eficacia y utilidad.
- Reconocimiento de las ventajas socio-sanitarias de la distribución de material de inyección higiénico para reducir la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas.
- Se aceptan a priori y se apoya la puesta en marcha de cualquier iniciativa tendente a reducir daños y riesgos de los drogodependientes y de otros excluidos sociales siempre y cuando los programas tengan un enfoque y un abordaje biopsicosocial.
- Las intervenciones de reducción de daños deben ser intervenciones planificadas, sistemáticas y ajustadas a los destinatarios.
- Los destinatarios de los programas de reducción de daños y riesgos son: el individuo (cada drogodependiente), el colectivo (subgrupos de toxicómanos o el grupo en su conjunto), el social (la sociedad civil, los ciudadanos, las organizaciones sociales, etc.), y el político (el entramado jurídico-administrativo-político).

Podemos señalar que, a pesar de las resistencias, e incluso rechazos, iniciales, en la actualidad la perspectiva de la reducción de daños ha trascendido más allá de esos escenarios, y es considerada ya como una orientación políticamente aplicable en diferentes contextos del uso de drogas en general, al menos en la mayoría de los países.

Los programas de reducción de daños y riesgos para mujeres vulneradas

La reducción de riesgos y daños es un modelo de intervención que de manera casi automática se liga al consumo problemático de drogas, entre otras cosas por su propio origen. Estas estrategias comenzaron a desarrollarse en los años 80 del siglo pasado en algunos países del norte de Europa tras la constatación del fracaso de los denominados programas libres de drogas basados en la abstinencia absoluta.

Pero lo cierto es que se trata de una estrategia que puede aplicarse, y de hecho se aplica, a otros muchos temas, especialmente de salud.

No olvidemos que los organismos internacionales del sistema de las Naciones Unidas encargados de promover la salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA (Oficina de Naciones Unidas para la lucha contra el VIH-SIDA) y el Fondo Mundial de la Población, recomiendan a los Estados la promoción de las prácticas de reducción de daños y gestión de riesgos a causa del uso de alcohol y drogas, para las prácticas sexuales de riesgo y los efectos de padecer o ejercer violencia.

Prostitución, prácticas sexuales de riesgo, violencia, incluida la violencia de género, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), conductas adictivas no ligadas a sustancia, xenofobia, personas sin hogar, racismo, sectas, personas seropositivas, son algunos de los problemas sociales en los que puede aplicarse la estrategia de reducción de riesgos y daños.

Lo importante es entender que se trata de realidades existentes, y que muchas personas van a verse afectadas por este tipo de cuestiones, y que es necesario diseñar y ejecutar intervenciones tendentes a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de esas personas.

El objetivo y las características de este libro nos llevan a centrarnos en los programas de reducción de riesgos y daños para mujeres vulneradas, y más concretamente aquellas inmersas en contextos de prostitución.

Los programas de reducción de daños tienen como objeto la mejora de la calidad de vida y la promoción de la salud entre colectivos en riesgo o situación de exclusión social. Y además de a las personas consumidoras de drogas pueden aplicarse a mujeres que ejercen la prostitución, a sus clientes, o a las personas propietarias o gerentes de los pisos o clubs donde se ejerce la prostitución.

Algunas de las acciones que contempla esta estrategia de reducción de daños en contextos de prostitución son:

- Localización y contacto con mujeres que ejercen la prostitución, ya sea en calle, pisos o clubs.
- Localización e identificación de los recursos socio-sanitarios disponibles en cada zona.
- Educación a personas en situación de calle.
- Detección de necesidades de las mujeres que ejercen la prostitución.
- Identificación de las posibilidades de intervención adecuadas a cada persona de manera individual.
- Asesoramiento, valoración e información socio-sanitaria en diferentes áreas (sanitaria, legal, social, educativa, cultural, económica, familiar, o de consumo de drogas).
- Asesoramiento legal y jurídico.
- Asesoramiento y acompañamiento en tareas administrativas y burocráticas ante las administraciones públicas.
- Derivación y acompañamiento a recursos y dispositivos especializados.
- Empoderamiento.
- Distribución de material estéril-preventivo para reducir problemas asociados a prácticas sexuales de riesgo o al consumo de drogas.
- Sensibilización sobre temas de salud.
- Campañas para la detección precoz de la infección por VIH y otras infecciones.
- Apoyo y educación entre iguales.
- Fomento de las actuaciones de apoyo entre pares.
- Formación de Agentes de Salud.
- Atención de necesidades básicas.
- Apoyo al disfrute de actividades de ocio y tiempo libre.
- Identificación y asesoramiento de situaciones de trata de personas.

El objetivo de este tipo de programas es minimizar los daños asociados al ejercicio de la prostitución. Una actividad que se ejerce en una situación de semiclandestinidad y que somete a las personas implicadas a situaciones de riesgo para su salud física, psicológica y social.

La educación para la salud es la estrategia básica para poder empoderar a las mujeres que ejercen la prostitución. Educación que se promueve fomentando la información y la formación adecuada para reducir las prácticas y situaciones de riesgo.

Es importante tener en cuenta que no existe un colectivo unitario de mujeres que ejercen la prostitución. Se trata de un colectivo muy heterogéneo. Diferentes países de origen, distintas culturas y religiones, contextos familiares

variados, idiomas, existencia de redes sociales de apoyo, situación económica, dependencia, estado de salud, etc.

La estrategia de intervención basada en el modelo de reducción de riesgos y daños debe tener en cuenta, de manera prioritaria, esta diversidad, para poder ofrecer alternativas individualizadas adaptadas a cada situación, a cada persona.

Es importante señalar que la situación en España de la prostitución convierte la perspectiva intercultural en una obligación para los programas de intervención en contextos de prostitución.

Otra de las características de este tipo de programas es que deben ser de acercamiento, es decir, programas móviles que se acercan a las personas allí donde ejercen la prostitución o allí donde viven, y no dispositivos fijos a los que las personas tienen que acudir, porque esto más que dificultar, impide el acceso a los recursos existentes.

Uno de los modelos más adecuados para la reducción de riesgos y daños en contextos de prostitución es el de Bola de Nieve. El hecho de ser una estrategia horizontal, entre iguales, entre pares, y que sean las propias mujeres las que se convierten en referentes de salud en tanto que agentes de salud, la hace especialmente adaptable a este colectivo.

Una buena estrategia de reducción de riesgos y daños para personas que ejercen la prostitución obliga a una buena coordinación entre los diferentes dispositivos y recursos. Coordinación entre ONG, entre administraciones públicas, entre profesionales, con las redes socio-sanitarias existentes. Coordinación que todo el mundo defiende pero que no siempre se da.

La estrategia de reducción de riesgos y daños es:

- Un abordaje de “abajo-arriba” basado en la defensa de la persona, y no en un modelo “arriba-abajo” basada en su juicio, criminalización y patologización.
- Un enfoque que promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.
- Una alternativa de salud pública, frente a los modelos “de enfermedad”, “de legalidad”.

Es importante tener en cuenta que la defensa del derecho a la salud, con un enfoque de género y derechos humanos, es el propósito de la propuesta de esta guía.

La autoría de esta guía considera que la explotación sexual de las mujeres es un problema de salud pública y de desigualdad de género, basado en relaciones de dominación y explotación.

La prostitución es un intercambio mercantilista de la sexualidad que convierte en objeto el cuerpo de las mujeres. Eso implica una vulneración total de los derechos humanos.

Recordemos que en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en 1993 en Viena, Austria, y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 de Pekín, se define la violencia de género como "cualquier acto de violencia basado en el sexo que dé lugar o pueda dar lugar a un perjuicio o sufrimiento físico, sexual o psicológico de las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de libertad, ya ocurran en la vida pública o en la privada".

La prostitución, una práctica ejercida mayoritariamente por mujeres, es una actividad controlada y mantenida y usada por varones, que consideran que el cuerpo de las mujeres es un producto, uno más, de consumo. Por eso deben incluirse los hombres en las estrategias de sensibilización y de reducción de riesgos y daños. El modelo existente implica que los varones son la demanda de prostitución y las mujeres la oferta

La existencia de la prostitución, de la explotación sexual, implica una vulneración de los Derechos Humanos. Como señala el Convenio de las Naciones Unidas para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena: "La prostitución y el mal que la acompaña, la trata de personas son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona humana".

Perfil de las personas que consumen drogas, legales y/o ilegales, en contextos de prostitución

Con el fin de incrementar el conocimiento sobre el uso problemático de drogas en contextos de prostitución, los equipos técnicos de Fundación Cruz Blanca y de Fundación Atenea, en el marco de este proyecto, elaboraron una encuesta que pasaron a mujeres que ejercen la prostitución.

Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea han realizado un estudio piloto para ahondar en el consumo de sustancias por parte de las mujeres que ejercen la prostitución, con el objeto de conocer las pautas de consumo y riesgos asociados. Realizada en mujeres que ejercen en 9 municipios distintos de varias CC.AA, a través de una encuesta cumplimentada por mujeres que ejercen tanto en calle, como en domicilio o club.

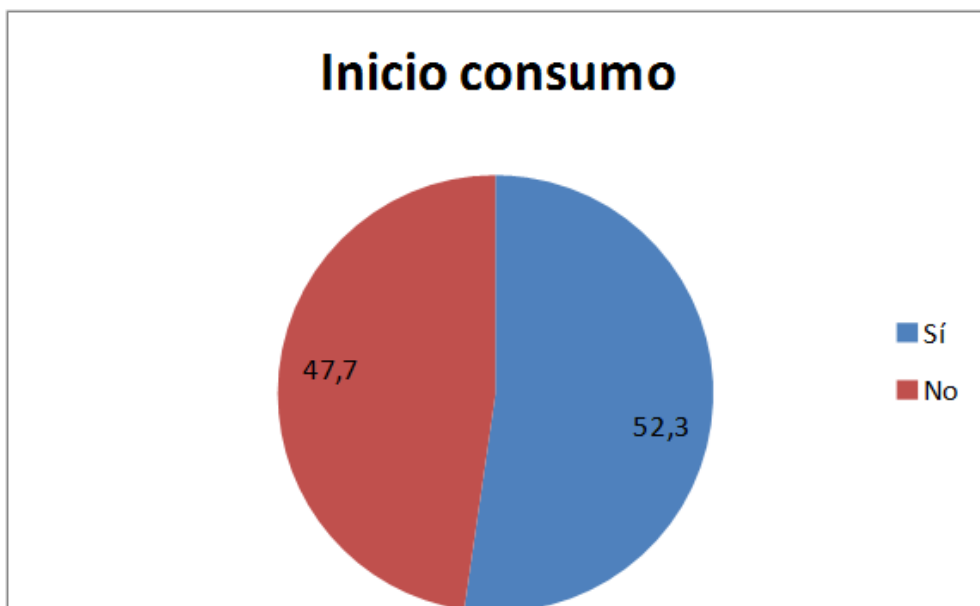
Se realizaron un total de 100 encuestas en Madrid, Sevilla, Algeciras, Alcalá de Henares, Móstoles, Alcorcón, y Torrejón de Ardoz, aunque sólo pudieron ser tabulados los datos de 85.

El perfil socio demográfico que hemos encontrado es el de una mujer de entre 26 y 35 años, que ha finalizado la educación obligatoria, que lleva al menos dos años ejerciendo.

Preguntadas por las sustancias de consumo en el último año las mujeres entrevistadas señalan el alcohol, cocaína y cannabis como sustancias que han consumido. Siendo las sustancias principales de consumo habitual alcohol para el 57%, cocaína para el 29% y cannabis para el 15%, seguidas en menor porcentaje por tranquilizantes.

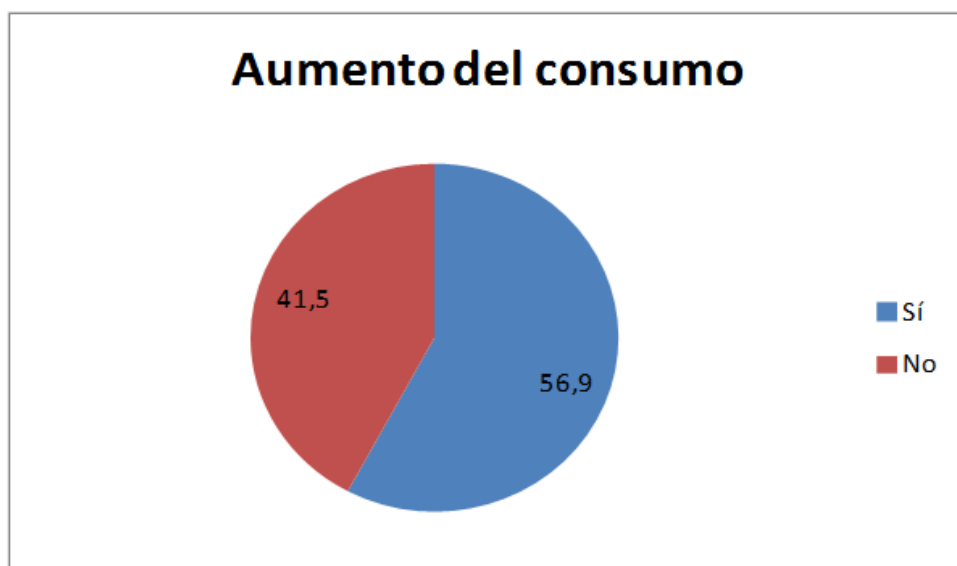
El 55% de las mujeres entrevistadas muestran preocupación por su consumo de sustancias fundamentalmente por aspectos relacionados con su salud y el miedo a desarrollar una adicción.

El ejercicio de la prostitución ha supuesto el inicio del consumo de sustancias para el 52% de las mujeres entrevistadas, sobre todo el inicio del consumo de cocaína.



El ejercicio de la prostitución ha supuesto el inicio en el consumo de drogas

Así mismo la mayoría de las mujeres entrevistadas también manifiestan haber experimentado una agudización de los consumos existentes a raíz de ejercer la prostitución, principalmente de alcohol (54%) y cocaína (40%).



El ejercicio de la prostitución ha supuesto un incremento en el consumo de drogas

Las motivaciones principales de consumo están vinculadas a aguantar el trabajo, conseguir más clientes y razones vinculadas a la desconexión (relajarse, dormir, calmar nervios).



Motivaciones para el consumo de drogas entre mujeres que ejercen la prostitución

Un 44,6% de las mujeres entrevistadas consumen dentro y fuera del trabajo, un 40% consume exclusivamente en el trabajo. Casi el 60% consumen con clientes, mayoritariamente alcohol (80%) y en menor medida cocaína (38%). En caso de consumir alcohol la cantidad es de 5 copas por noche, sintiendo presión para el consumo, principalmente ejercido por los propios clientes o sus compañeras.

Riesgos:

- En cuanto a los riesgos que identifican por ejercer la prostitución, el mayor riesgo es el de violencia psicológica, seguido de riesgo de robo y de sufrir violencia física así como de agresión sexual. En menor medida de sufrir presión policial y abuso de autoridad.
- Mayoritariamente se usan métodos de barrera con clientes, fundamentalmente preservativo, pero no así con las parejas sentimentales. Mayoritariamente no se realizan intercambios sexuales a cambio de sustancias.
- Las revisiones ginecológicas son frecuentes aunque existen diferencias según ámbito de ejercicio. El conocimiento de las vías de

transmisión de VIH es bueno en la referentes a intercambio sexual y de materiales de inyección, pero no es tan elevado respecto a los riesgos que se corren por compartir utensilios para consumir sustancias esnifadas.

Uso de recursos:

- En cuanto al uso de recursos sanitarios, el 69% de las mujeres encuestadas se han sometido a revisión ginecológica en los últimos dos años. El 27% ha acudido en los últimos 6 meses a la consulta ginecológica.
- El 60% de las mujeres entrevistadas manifiestan su deseo de conocer recursos donde se realicen pruebas rápidas de VIH, un 38% recursos de deshabituación del consumo de sustancias. El 43% de las mujeres entrevistadas desearían acceder a atención psicológica.

Un importante número de las mujeres encuestadas, que son reflejo de la realidad, son de origen extranjero, por lo que hemos realizado un perfil específico de este colectivo.

En cuanto al perfil de las personas entrevistadas, de origen extranjero, la edad media es menor que en la población autóctona situándose la edad media en 35 años, cuatro años menos que la población de origen español.

Su nivel formativo también es algo menor, situándose mayoritariamente en educación obligatoria.

El tiempo que llevan ejerciendo la prostitución es menor para las mujeres de origen extranjero, situándose en 4 años como media, en el caso de la población de origen español existen casos de largo periodo ejerciendo que no presentan las personas de origen extranjero.

Se ha entrevistado en mayor porcentaje a mujeres de origen extranjero ejerciendo en clubes y calle.

Un 11% de las mujeres entrevistadas de origen extranjero han ejercido en otro país. Pero mayoritariamente, el 88%, no lo ha hecho, por tanto podemos inducir que han comenzado a ejercer la prostitución en España.

El 67% de las personas de origen extranjero manifiestan que han iniciado el consumo de alguna sustancia a raíz de iniciar el ejercicio de la prostitución, es decir, se trata de un consumo al que podemos denominar consecuente. Se trata de porcentaje mayor que las personas entrevistadas de origen autóctono.

Entre las mujeres que ejercen la prostitución de origen extranjero, el consumo mayoritario de drogas se concentra en el alcohol y cocaína. El 48% de las mujeres entrevistadas, de origen extranjero, han aumentado el consumo de alguna sustancia a raíz de ejercer la prostitución. Menor porcentaje que las mujeres españolas, pero es casi la mitad de ellas. Fundamentalmente ha aumentado su consumo de alcohol.

La edad de inicio en el consumo de sustancias ilegales es más alta en la población de origen extranjero que en la nacional, situándose la media en torno a los 26 años, frente a los 20 de la nacional.

En cuanto a la percepción de riesgos para las mujeres que ejercen la prostitución, en las mujeres extranjeras la percepción de riesgo específico por ser mujer que ejerce es ligeramente menor en todos los aspectos menos robo y presión policial. Es significativamente menor la percepción en el caso de violencia psicológica.

En cuanto a la motivación para consumir en la población de origen extranjero, la motivación de diversión/placer es menor, como por evasión, animo, desinhibirse, siendo principalmente conseguir aguantar el trabajo (casi el 50%), así como conseguir más clientes y relajar y calmar nervios señaladas por el 40%.

En cuanto a los espacios de consumo, el 50% señala que consume sólo en el lugar de trabajo, siendo señalada esta opción por un 20% de la población autóctona.

En cuanto al consumo reciente de sustancias, hay una diferencia significativa en el consumo de cannabis siendo mayoritario en las entrevistadas de origen español y minoritario en las entrevistadas de origen extranjero.

También existen diferencias significativas en el consumo de cocaína, siendo menor en la población de origen extranjero, 41% frente al 61% de la población nacional.

El consumo de somníferos también es menor en esta población (23% en mujeres de origen extranjero frente a un 48% en población autóctona).

El consumo de alcohol es más alto en población de origen extranjero (84%) que en población autóctona (62%).

El consumo de heroína y/o pasta base es minoritario en ambas poblaciones.

El consumo de MDMA/ cristal es mayor en las mujeres entrevistadas de origen extranjero, 13%, si bien es minoritario.

En cuanto al consumo actual de sustancias entre las mujeres de origen extranjero, podemos destacar que el alcohol es la sustancia principal de consumo actual para un 70% de las mujeres extranjeras, mientras lo es para un 38% de las personas de origen español. Esto puede tener que ver con una mayor normalización del consumo de alcohol por esta población.

Las mujeres de origen extranjero presentan en mayor porcentaje preocupación por el consumo de sustancias. 64% frente al 38% en población autóctona. Principalmente por riesgo de adicción, y por sus hijos e hijas.

Las vías de consumo principales por parte de las mujeres de origen extranjero son oral y esnifada, coincidentes con las sustancias de consumo.

El consumo con clientes en el último mes es mayoritario en las mujeres extranjeras, rondando el 61% (recordemos que también están más en clubes y pisos). Principalmente refieren que consumen con ellos alcohol y cocaína. El consumo de alcohol con clientes es mayoritario se sitúa en una media de 8 copas por noche en población extranjera, (de 4 a 10 copas es la variación media por noche) y 5 en población de origen nacional, si bien dentro de esta última hay mayor heterogeneidad en las respuestas.

Así mismo la población con origen extranjero siente una mayor presión para consumir con los clientes, un 66% reconoce sentirse presionadas por estos (40% de las autóctonas). No así por compañeras, jefes o pareja. Pero esto puede ser porque las hemos entrevistado en mayor medida en clubes.

La población de origen extranjero no ha intercambiado mayoritariamente servicios por sustancias, según se desprende de sus respuestas.

En cuanto al uso de los recursos sanitarios, es decir, urgencias hospitalarias, centros de salud, ingresos hospitalarios, las mujeres de origen extranjero presentan un uso general similar a las entrevistadas españolas. Minoritario en el caso de los centros hospitalarios, mayoritario en el caso de los centros de salud. En cuanto a especialistas médicos, en un porcentaje algo más elevado, 45%, y en el caso de ginecología el 36% frente al 14% de la población autóctona.

Muy inferior en el caso de médico del centro de tratamiento de drogas, lo que indica que hay menos de ellas en tratamiento como indicaba el consumo de metadona.

Ahondando en el aspecto ginecológico, el 77% manifiesta haber tenido alguna revisión ginecológica en los últimos dos años, frente al 55% de las españolas.

Entre las mujeres extranjeras que ejercen la prostitución el uso de preservativo con clientes es mayoritario, situándose en el 88%. El uso de métodos de barrera es general, sin existir diferencias más allá de un mayor porcentaje de uso de toallita de látex.

En cuanto a los recursos que les gustaría conocer tampoco hay diferencias según origen de la población, siendo mayoritarios: Recursos para apoyo en búsqueda de empleo 80%; Recursos para prueba rápida VIH 60%.

Sobre el uso de los diferentes recursos las respuestas son similares a las españolas, aunque algo más elevada aquella en la que dicen que les gustaría acceder a atención psicológica.

Las mujeres de origen extranjero afirman, sobre los servicios sociales, que les gustaría conocerlos, aunque no los necesitan, al igual que los comedores sociales.

Indicadores para la detección de consumos problemáticos en contextos de ejercicio de prostitución

Requisitos sobre los indicadores sociales

La investigación social se encuentra, en ocasiones, con espacios de una especial opacidad y dificultad para poder realizar un diagnóstico basado en la evidencia de los datos contrastables.

El consumo de drogas, legales e ilegales, en contexto de prostitución es un ejemplo de esta situación.

Una rápida búsqueda de bibliografía científica sobre el tema ya nos pone sobre alerta al mostrar una excesiva carencia de investigaciones y trabajos al respecto. A esta dificultad debemos añadir las características propias del contexto y del entorno.

La intervención en contextos de prostitución, ya sea con aspiraciones investigadoras o de modificación de comportamientos sociales, presenta una serie de dificultades tanto en la propia intervención en sí como en la recogida de datos respecto a la presencia de consumos problemáticos.

Algunos ejemplos de estas dificultades son: el tiempo reducido de interacción con las mujeres, la presencia de otras personas mientras se realiza la intervención o asesoramiento, y el entorno hostil. Son asuntos que entorpecen, dificultan y, en ocasiones, impiden, una recogida de datos rigurosa y retrasa la intervención o el establecimiento de una relación de ayuda y/o asesoramiento.

En intervenciones en situación de prostitución ejercida en un entorno de calle esta dificultad se ve incrementada, de manera especial, por la imposibilidad de encontrar un espacio privado de atención, aunque sea breve. Algo que sí puede darse, por ejemplo, en el marco de realización de pruebas de detección de VIH en los casos de prostitución ejercida en pisos y clubes.

Estas situaciones dificultan el establecimiento de mecanismos de recogida de indicadores para detectar casos problemáticos de consumos de drogas en contextos de prostitución.

Así, una de las claves metodológicas imprescindibles pasa por la instauración y estabilidad del programa, de manera que el equipo de profesionales sea un referente en la atención a las mujeres que ejercen la prostitución, tanto en el tiempo como en los espacios principales de ejercicio.

Los indicadores que nos ayudan a detectar situaciones de consumo problemático y nos sirven para prestar atención a determinados aspectos cuando hablamos con las mujeres. En ningún caso suponen un diagnóstico. También nos pueden ayudar a abordar con las mujeres una situación problemática relacionada con el consumo de sustancias.

Los indicadores son los instrumentos utilizados para indicar o señalar algo. Pueden ser considerados como puntos de referencia, por la información e indicación que contienen per se, pudiéndonos brindar información de tipo cuantitativa o cualitativa. La información estará formada por datos que a su vez se conforman por números, medidas, opiniones, sucesos, entre otros. Cualquiera de ellos permitirá conocer información sensible.

Los indicadores tienen como principal función señalar datos, procedimientos a seguir, fenómenos, situaciones específicas. Normalmente, cada tipo de ciencia desarrolla su propio tipo de indicadores que podrán ser más o menos efectivos y que tendrán por objetivo final guiar el análisis o estudio de los fenómenos propios de esa ciencia. En este sentido, los indicadores con los que pueden contar las ciencias empíricas, naturales y exactas pueden ser mucho más concretos, regulables y mensurables. Por el contrario, los indicadores de fenómenos, situaciones o realidades en el ámbito de las ciencias sociales están siempre mucho más cerca de ser debatidos y discutidos, ya que los procesos sociales no son nunca reducibles a reglas o números.

Los indicadores deben contener una extrema precisión y corresponder de manera coherente con el tema en análisis. También deben acomodarse a los cambios, eso los hará confiables y demostrables, y deben ser sencillos de lograr.

Los indicadores, cuando están bien seleccionados y se recogen de manera fiable, permiten conocer de manera concreta la magnitud, la intensidad, la evolución, sus efectos y brindar un pronóstico a futuro, entre otras opciones.

Los buenos indicadores aportan información sensible y relevante que puede ser la base para el desarrollo de políticas públicas y para planificar estrategias de intervención social.

Los indicadores sociales usados en proyectos sociales son medidas específicas, explícitas y objetivamente verificables que buscan dar cuenta de la situación real de cualquier situación social y de la evolución de la misma a consecuencia de la intervención programada.

Normalmente los indicadores sociales son cuantitativos, sin embargo es posible emplear indicadores cualitativos para obtener un acercamiento a determinadas realidades sociales.

Los indicadores deben cumplir algunos requisitos para gozar de validez. Los requisitos más comunes son:

- **Precisión.**- Definidos de manera concreta, sin ambigüedad. Todas las personas los interpretan igual.
- **Consistencia.**- Estar relacionados de manera directa con el tema de interés.
- **Especificidad.**- Definidos de tal manera que refleje claramente los aspectos específicos materia de análisis.
- **Sensibilidad.**- Deben ser capaces de detectar los cambios y evoluciones.
- **Fácil recolección.**- Debe garantizarse una recolección sencilla, cómoda y factible.

Indicadores sobre consumo de drogas en contextos de prostitución

Con estos presupuestos teóricos, en esta guía hemos elaborado una propuesta de indicadores sobre el consumo de drogas en contextos de prostitución.

Esta es la propuesta de indicadores basada en experiencias anteriores y en el trabajo de campo desarrollado en el marco de este programa.

- **Indicadores sobre la persona:**
 - ✓ Se detectan alteraciones en el comportamiento habitual de la mujer, y estos se hacen cada vez más habituales: subidas de voz, alteración, exaltación de la relación con el/la profesional que acude a los espacios de ejercicio. Esto a su vez se contrarresta con encuentros en los que la persona se muestra poco comunicativa y expresiva.
 - ✓ En ocasiones se siente “urgencia” de consumo, en el marco del ejercicio de la prostitución o fuera de él.
 - ✓ Se manifiesta síndrome de abstinencia en ausencia de consumo. Nervios, irritabilidad, síntomas físicos.
 - ✓ Cada vez se siente deseo de consumir más cantidad (tolerancia)
 - ✓ Se refieren consumos de grandes cantidades o se consume una cantidad mayor de la prevista inicialmente.
 - ✓ Se emplea más tiempo del previsto en el consumo.

- ✓ Se sustituye el consumo de una sustancia considerada “droga dura” (cocaína) por el consumo abusivo de otra sustancia considerada “más suave” (cannabis, alcohol), y la persona tiene una percepción de bajo riesgo debido a la modificación de la sustancia pero sin embargo se trata de un consumo diario.
 - ✓ Existen problemas de salud que se agravan con el consumo (trastornos de salud mental, cardiovasculares, respiratorios-..) Para determinadas personas el consumo problemático es cualquier consumo, porque su situación de salud se ve agravada independientemente de desarrollar tolerancia y adicción. Un ejemplo serían algunas personas medicalizadas por alguna dolencia.
 - ✓ Se refiere de forma explícita la necesidad de abandonar el consumo o a intentos previos de abandono fallidos.
 - ✓ Se observan con frecuencia variaciones en el tono de la voz de la persona de manera frecuente, pupilas puntiformes o excesivamente dilatadas.
- Indicadores de ámbito social:
 - ✓ Se han tenido problemas legales derivados exclusivamente por el consumo de sustancias. Multas, identificaciones, detenciones, causas contra la salud pública.
 - ✓ Se dejan de realizar actividades sociales o de otro tipo ajenas al ejercicio de la prostitución por conseguir la sustancia o consumir.
 - ✓ Se establece una identificación entre el consumo de sustancias y problemas en las relaciones sociales ajenas al ejercicio de la prostitución, conflictos familiares, aislamiento.
 - ✓ Algunas de las actividades diarias giran en torno a la necesidad de conseguir la sustancia.
 - ✓ Se consume fuera del ejercicio de la prostitución (y que antes no se hacía)
 - Indicadores de vinculación a la prostitución:
 - ✓ Se justifica con frecuencia el consumo de sustancias en contextos de prostitución con el hecho de que así aumenta el precio del servicio al cliente. En ocasiones se considera normal beber cinco o seis copas de alcohol por noche, sin considerar que eso es un abuso.
 - ✓ Se percibe un sentimiento de culpa manifiesto por la persona dado el hecho del consumo de sustancias habitual a causa del ejercicio de la prostitución.
 - ✓ Se justifica el consumo como fórmula para aguantar más en el trabajo, incidiendo la persona en que sólo consume en el contexto

del trabajo y que por ello se trata de un consumo controlado, tratándose éste de un consumo diario.

- ✓ Se realizan prácticas de riesgo bajo los efectos de alguna droga, riesgos que habitualmente no se asumen en situaciones de “control”.
- ✓ Se refieren situaciones de incapacidad en la negociación con clientes por estar bajo los efectos de sustancias.
- ✓ Se refieren situaciones de inseguridad grave por encontrarse bajo los efectos de alguna droga.
- ✓ No se plantea el ejercicio de la prostitución sin el consumo (previo). En ninguna ocasión se ha ejercido la prostitución sin estar bajos los efectos de alguna droga.

Derivación y acompañamiento en casos de consumos problemáticos

Las intervenciones en contextos de prostitución presentan una serie de dificultades tanto en la propia intervención en sí como en la recogida de datos respecto a la presencia de consumos problemáticos.

Algunas de esas dificultades son:

- El reducido tiempo de interacción con las mujeres.
- La presencia de otras personas mientras se realiza la intervención o asesoramiento.
- El espacio también dificulta una recogida de datos rigurosa y retrasa el establecimiento de una relación de ayuda. En calle, especialmente, esta dificultad se ve incrementada por la imposibilidad de encontrar un espacio privado de atención, aunque sea breve (lo que sí puede darse, por ejemplo, en el marco de realización de pruebas de detección de VIH en pisos y clubes).

Como ya hemos señalado anteriormente, las mujeres que ejercen la prostitución suelen encontrarse con dificultades derivadas tanto de esta situación como de la co-existencia de otros factores habitualmente exclusógenos (entre ellos, la presencia de consumos problemáticos de sustancias).

La discriminación múltiple, acumulativa o intersectorial, a la que se exponen muchas de las mujeres suele generar importantes dificultades de acceso a los recursos, aumentando el aislamiento social y reduciendo considerablemente sus estrategias de afrontamiento y posibilidades de inclusión social.

Ante esto, una de las claves de éxito de los programas de atención a estas mujeres es la realización de acompañamientos sociales durante toda la intervención, y la derivación a los recursos pertinentes y especializados que puedan atender de forma efectiva sus demandas y necesidades.

Entendemos el acompañamiento social como un proceso relacional que va más allá del acercamiento a los recursos, compartiendo tiempos y espacios cuando lo necesitan o demandan las usuarias de los programas.

En cualquiera de los casos, se considera como una estrategia eficaz de reducción de riesgos y daños cuando el proceso de acompañamiento reúne unas condiciones determinadas:

- **Acompañamiento durante todo el proceso.** En ocasiones, las mujeres presentan dificultades para la realización de trámites y el acceso a recursos (desconocimiento, infrautilización, dificultades del idioma, choque cultural, etc.), pero también cuando estas dificultades no se dan, el acompañamiento es la herramienta para proporcionar otros significados a sus vivencias, reduciendo el estigma social y los posibles sentimientos de culpa y vergüenza que pueden haber desarrollado.
- **Disponibilidad y flexibilidad horaria y geográfica adecuada del equipo de profesionales.** La frecuente movilidad geográfica que viven muchas de las mujeres que ejercen la prostitución provoca en muchas ocasiones un escaso conocimiento de la ciudad donde se encuentran. Realizar los acompañamientos a recursos desde las distintas ubicaciones de las usuarias y gestionar los horarios de las citas en función de las condiciones en las que se realiza el ejercicio de la prostitución son dos criterios básicos para que se desarrollen con éxito.
- **Acompañamiento previo y posterior.** Desde la premisa de realizar el acompañamiento de todo el proceso, se interviene tanto con las usuarias como con los recursos. Facilitar que las mujeres verbalicen y expongan sus demandas desde un posicionamiento de defensa de los derechos y trabajar con los recursos el conocimiento de las distintas realidades que pueden presentar las mujeres, desarrolla dos aspectos fundamentales: el empoderamiento de las usuarias y la sensibilización con profesionales que atienden en recursos no especializados, eliminando así barreras de acceso y confirmando la pertinencia de la derivación ante la demanda o necesidad concreta. asimismo, no finalizar la intervención cuando la mujer accede al recurso en cuestión, repercute directamente en la adherencia al mismo.
- **Organización y planificación.** La organización de tiempos previos al acceso al recurso y la utilización de espacios informales de atención pueden convertirse en estrategias especialmente relevantes para reforzar la capacidad de las mujeres en la gestión de sus vivencias, sus posibilidades de cambio y su autonomía en la toma de decisiones.
- **Aceptación plena en la toma de decisiones e intervención consensuada, desde sus necesidades y demandas.** Las mujeres son sujetos de derecho y no objetos de intervención. El acompañamiento social desarrolla una relación de horizontalidad que prioriza sus capacidades y recursos frente a las dificultades, el presente y sus potencialidades frente al pasado y las causas.

- **Sensibilización.** Por último, es un pilar fundamental en la realización de acompañamientos y derivaciones efectivas y eficientes, el trabajo de sensibilización con otros agentes implicados en el proceso, que garantice una intervención ajustada a las necesidades, deseos y posibilidades de las mujeres, su participación real y la adherencia a los servicios adecuados.

Recomendaciones genéricas para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas en contextos de prostitución

Fruto de este proyecto hemos elaborado una serie de recomendaciones que pretende reducir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas en contextos de prostitución.

Situaciones de consumo de especial riesgo:

Es muy peligroso mezclar drogas. Cuanto mayor es la mezcla o más principios activos se combinan, mayor es el riesgo para la salud.

El consumo de drogas cuando se está tomando algún medicamento. Siempre se van a producir alteraciones, su importancia y gravedad dependerá de los principios activos de los medicamentos y de las drogas.

Durante el embarazo. Cualquier sustancia introducida en el cuerpo durante el período de gestación terminará llegando al feto.

En el caso de tener que conducir. La capacidad de concentración se verá alterada, y un vehículo es un objeto metálico de cientos de kilogramos desplazándose a una gran velocidad.

Durante una enfermedad, cuando el cuerpo se encuentra bajo de defensas y en un situación de debilidad que permitirán que se incremente la incidencia de cualquier principio activo introducido en el cuerpo.

En estados de ánimo complicados. Una depresión, estados de tristeza, angustia o exaltación no son adecuados para el consumo de sustancias psicoactivas que van a alterar el normal estado de ánimo. En algunos casos los riesgos de terminar en una dependencia son mucho más elevados.

También hemos elaborados algunos mensajes específicos para algunos temas:

- ✓ **Combinación Sexo y Drogas:** Está comprobado que bajo los efectos de alcohol y otras drogas se reduce considerablemente la capacidad de controlar lo que se hace, es más fácil olvidar el uso de medidas protectoras.
- ✓ **Sobredosis:** El consumo excesivo de muchas drogas implica un elevado grado de peligro que puede finalizar en la muerte. Pero existen situaciones que, sin llegar al fallecimiento, suponen importantes problemas. A modo de ejemplo podemos señalar que una sobredosis de cocaína puede provocar una crisis de ansiedad, un golpe de calor, un ataque de pánico o paranoias.

Cuando se producen situaciones de riesgo por el consumo de drogas de una persona que tenemos cerca siempre podemos ayudar. Algunas de las recomendaciones son:

- ✓ Poner a la persona en un lugar tranquilo
- ✓ Contribuir a crear una situación de calma y sosiego
- ✓ Mantener una conversación tranquila y pausada. Evitar los gritos y las discusiones.
- ✓ Vigilar la respiración y el pulso.
- ✓ Intentar mantener siempre a la persona consciente.
- ✓ Ante la pérdida de consciencia conviene llamar siempre a emergencias, y si podemos informar de la sustancia consumida.
- ✓ Si se tienen vómitos es conveniente inclinar a la persona hacia delante o tumbarla de lado para evitar que se ahogue.
- ✓ Si la persona tiene convulsiones es importante evitar que se golpee con cualquier objeto. Es conveniente aflojar la ropa. Lo mejor es tumbar a la persona de lado.
- ✓ Si la persona está sufriendo algún tipo de confusión mental lo mejor es estar a su lado, acompañando y ofreciendo tranquilidad. Debemos llamar a urgencias.
- ✓ Cuando la persona sufre un ataque de pánico o de ansiedad hay que intentar tranquilizar, y nunca dejar sola a la persona.
- ✓ Cuando se sufre lo que se denomina un “mal viaje” lo mejor ofrecer la compañía de personas de confianza y crear un espacio de relajación y tranquilidad.

La sobredosis siempre es un riesgo grave para la salud, por eso conviene saber que se tiene más riesgo de sufrir una sobredosis si:

- ✓ Se mezclan distintas sustancias.
- ✓ Se consumen drogas desconocidas.
- ✓ Se consume después de un tiempo prolongado de abstinencia.
- ✓ Se desconoce la “calidad” de la sustancia que se va a consumir.
- ✓ Se consume en soledad y no hay nadie que pueda ayudarnos ante una situación complicada.
- ✓ Se acaba de sufrir una sobredosis. Volver a consumir a corto plazo incrementa los riesgos de una nueva sobredosis.
- ✓ Estás tomando medicamentos que puedan multiplicar los efectos de las drogas sobre el organismo, el consumo altera tus habilidades y tu percepción de lo que te rodea.
- ✓ Si padeces alguna enfermedad que te mantenga con las defensas bajas.

Existen algunas medidas de protección que siempre vienen bien.

La primera es beber mucho líquido sin alcohol. Eso nos permitirá protegernos de una deshidratación y de los posibles golpes de calor.

Buscar momentos de descanso y tranquilidad cuando notemos que estamos muy alterados, excitados o nerviosos tras el consumo de cualquier sustancia.

Otros elementos que deben tenerse en cuenta para reducir los riesgos y daños son los siguientes:

- El preservativo es el método más eficaz para prevenir las infecciones de transmisión sexual, el VIH y los embarazos no deseados.
- Cuando tienes la regla, si eres seropositiva, aumenta el riesgo de transmisión del VIH a tu pareja.
- Las infecciones de transmisión sexual pueden facilitar la entrada del VIH en tu organismo. Acude a revisión ginecológica periódicamente.
- Si ya tienes el VIH debes protegerte de manera especial, cualquier infección de transmisión sexual es un riesgo para ti, porque bajan tus defensas y empeora la progresión del VIH. También debes saber que la Carga Viral (cantidad de virus en sangre) Alta puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH.
- Si tienes una infección de transmisión sexual no se cura sola, se debe acudir al médico.
- Lavarse y orinar tras una relación coital facilita la eliminación de posibles gérmenes.
- Siempre que se tenga una práctica que implique algún riesgo de infección es recomendable hacerse las.
- Recuerda que existen vacunas para la hepatitis A, B y D.
- No se debe compartir el material para el consumo (jeringa, tubo de esnifar, billete, etc.).
- No se debe compartir el material de higiene personal que pueda contener sangre (cepillo de dientes, cortaúñas, etc.).
- La presencia del VIH se detecta con un simple análisis de sangre. Si vas a hacerte la prueba, debes esperar 2 meses desde la última práctica de riesgo que tuviste. Este tiempo se llama “periodo ventana”. En España hacerse la prueba es voluntario, confidencial y gratuito, pero es importante porque cuanto antes se detecte la posible infección por VIH antes comenzarás a cuidarte y tu calidad de vida será mejor.

Elaboración de mapas de recursos

Es sabido que la intervención social es tanto más eficaz cuantas más facilidades se da a la ciudadanía de acceso a los recursos disponibles. Para facilitar ese acceso es imprescindible tener identificados esos recursos.

Puede parecer una obviedad, pero lo cierto es que la existencia de diferentes administraciones y de distintas organizaciones sociales, implica, que en muchos casos, no se conocen los recursos y programas existentes en una zona.

La elaboración de un diagnóstico de necesidades, la planificación de las estrategias e intervenciones, el desarrollo o implementación de las actuaciones, e incluso la evaluación, necesitan del conocimiento de los recursos existentes.

Con el fin de satisfacer esa necesidad se idearon los llamados mapas de recursos y/ servicios.

El Mapa de Recursos es un instrumento de planeación que se utiliza para recolectar y presentar la información de una manera eficiente, integral y organizada. Es la base para planificar, y permite el manejo de grandes, variadas y complejas cantidades de información.

Un mapa de recursos es, a la vez, una guía de servicios y una base de datos con conexiones entre esos datos. El Mapa de recurso debe ser una matriz de doble entrada, por una parte la oferta existente, y por otra la necesidad a cubrir.

En la medida que se considera que la comunidad, entendida como espacio de convivencia en una zona determinada, es el fundamento en que debe basarse la cobertura del Estado de Bienestar, se hace imprescindible un conocimiento real de la situación de esa cobertura para poder determinar presentes y futuras actuaciones.

El mapa de recursos es una herramienta estratégica dirigida a la planificación de los servicios.

Hay que tener en cuenta que, aunque es un dato importante, la titularidad de los servicios no es el elemento fundamental en un mapa de recursos. Lo esencial es la disponibilidad de los servicios que se ofrece y la accesibilidad.

Para la elaboración de mapas de recursos eficientes son imprescindibles dos elementos:

- Transparencia de las instituciones y organizaciones que compartan información real y actualizada sobre su oferta de servicios y recursos en cada momento en una zona determinada.
- Coordinación de las organizaciones e instituciones para poder desarrollar un trabajo cooperativo, y no competitivo que beneficie la calidad de vida de la ciudadanía.

Debe entender que la persona debe estar en el centro de la planificación, y que los recursos y servicios existentes deben adecuarse a la persona y no al revés, para ello es imprescindible conocer en detalle tanto los recursos y programas existentes como establecer canales fluidos de comunicación entre los profesionales para facilitar las derivaciones y el intercambio de información.

Aunque todo el mundo entiende los beneficios de contar con mapas de recursos, las normas no establecen ni la obligación de su existencia ni, por supuesto, la responsabilidad de su elaboración.

En localidades pequeñas, en pueblos, es normal el conocimiento detallado de los recursos existentes por parte de la práctica totalidad de la ciudadanía, pero en las ciudades de tamaño mediano y grande ese conocimiento no se da. A modo de ejemplo podemos señalar, sin miedo a equivocarnos, que en una ciudad como Madrid, ninguna institución, ninguna organización y por supuesto ninguna persona, conoce la oferta de programas, recursos y servicios existentes.

Algunas administraciones, en especial ayuntamientos y Comunidades Autónomas, han elaborado mapas de sus recursos propios. Mientras que las organizaciones sociales, algunas de ellas, han realizado esfuerzos por coordinarse con otras ONG que trabajan en una zona determinada. Pero lo cierto es que la existencia de mapas completos de recursos y servicios en una comunidad sigue siendo más una excepción que una realidad.

La elaboración de mapas de recursos en el ámbito estatal, o incluso en el ámbito local de las zonas en las que intervienen Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea, desborda los objetivos y las capacidades de este programa. Desde aquí nos limitaremos a recomendar la elaboración de un mapa siempre que se plantee una intervención social, en este caso sobre el consumo de drogas en contextos de prostitución.

La elaboración de ese mapa de recursos debe ser previo a la puesta en marcha del programa, y debe mantener permanentemente actualizado, ya que son frecuentes los cambios en la oferta disponible.

Para la elaboración de un mapa hay que tener en cuenta la oferta de las tres administraciones existentes: estatal, autonómica y local, así como de los diferentes departamentos existentes en cada una de ellas. También hay que tener en cuenta la oferta de las organizaciones sociales presentes en la zona, ya sea de manera permanente o coyuntural. Por último, deben tenerse en cuenta otros posibles colaboradores como agentes sociales, organizaciones comunitarias, e incluso la iniciativa privada.

Existen, en cada comunidad, diferentes categorías de recursos:

- Los recursos de las personas individuos (conocimientos, aptitudes, actitudes, habilidades, grado de empatía, intereses, puesto, etc.). En todas las comunidades, y en todas las instituciones, hay personas más adecuadas que otras para abordar los temas sociales.
- Los recursos comunitarios, entendidos como organizaciones informales de personas, ya sean familiares, vecinales, profesionales o de voluntariado. Se trata de redes informales que tienen una gran capacidad de actuación en temas sociales.
- Los recursos de organizaciones sociales: tanto las entidades presentes de manera permanente en un territorio como aquellas que, de manera coyuntural ofrecen un servicio o un programa. Hay que tener en cuenta la oferta completa, no solo la de aquellos programas o servicios que, previamente, consideremos relacionados con la intervención programada.
- Los recursos públicos. Los diferentes niveles de la administración, local, autonómica, estatal, e incluso europea, tienen presencia en una comunidad. Incluso la ausencia de esa presencia debe ser tenida en cuenta. Se trata de la presencia del Estado en un territorio. Hablamos tanto de oficinas, edificios, programas, recursos, obras públicas, o presencia policial.
- El entorno o los recursos físicos o de equipamiento de una zona. Nos referimos a las zonas verdes, al espacio público, instalaciones deportivas o de ocio, oferta educativa, etc. Y debe incluir tanto el espacio físico como el uso que la población hace del mismo.
- Los recursos económicos. Nivel socioeconómico de una zona, principal actividad económica y las secundarias. Evolución económica de la comunidad, existencia o no de economía informal, recursos públicos disponibles, etc. ¿es traídos de fuera? ¿Cómo podrían los residentes gastar más de su dinero en los comercios y negocios locales e incrementar la actividad económica local?
- Los recursos culturales. Todas las personas, todos los barrios, todas las comunidades, tienen una vida cultural y artística, conocerla ofrece oportunidades de intervención de gran valor. Podríamos decir que

cada comunidad tiene su propia cultura con sus señas de identidad característica, conocer esa cultura ayudará en la intervención. El mapa debe incluir estos datos junto a los de grupos culturales o artísticos.

No debemos olvidar que todos los elementos son importantes, ya se trata de servicios de salud, sociales, jurídicos, académicos, de seguridad, de autoayuda, etc.

Una vez identificada toda la oferta existente, deben establecerse vínculos que faciliten la comunicación, el intercambio de información, la colaboración y la coordinación.

En el caso concreto que nos ocupa, cada zona de intervención con personas que tienen un consumo de drogas en contextos de prostitución debe elaborar y/o actualizar su mapa de recursos, y establecer los canales de comunicación fluida que permitan el uso más eficiente de esos recursos. Eficiencia que debe medirse desde el punto de vista de la persona usuaria de los servicios, no de los profesionales o de las instituciones implicadas.

Los principios que deben tenerse en cuenta a la hora de elaborar un mapa de recursos son:

- Principio de Universalidad de la oferta.- Es decir, priorizar aquellos servicios disponibles para cualquier persona que los necesite sin tener en cuenta otros requisitos de acceso a los mismos.
- Principio de proximidad.- En la medida de lo posible hay que ofrecer siempre el recurso o programa de mayor proximidad al usuario o usuaria del mismo.
- Enfoque comunitario.- Referido de manera especial a la prioridad de los programas domiciliarios o ambulatorios de proximidad respecto a los residenciales, respetando siempre la opción más adecuada.

La complejidad creciente de los problemas sociales convierte en imprescindible la coordinación y cooperación para poder abordarlos.

El tema que nos ocupa, el consumo problemático de drogas, legales y/o ilegales, en contextos de prostitución, es un claro ejemplo de un problema complejo que obliga a una estrategia integral que tenga en cuenta diferentes saberes, recursos, profesionales, instituciones, y programas, para poder planificar e implementar una intervención.

La elaboración de un Mapa de recursos se realiza en cuatro fases:

1. Recopilación de información sobre los servicios y programas existentes, sobre las personas de contacto, o sobre la accesibilidad a los recursos.
2. Identificación de las carencias, necesidades, deficiencias y dificultades existentes en una zona determinada.
3. Elaboración de un diagnóstico realista de la situación en un momento determinado sobre la oferta de servicios y recursos.
4. Propuesta de intervención, detallando los canales de comunicación y colaboración, los protocolos de derivaciones o de intercambio de información, así como la respuesta a las carencias y necesidades detectadas.
5. Actualización permanente del mapa. La oferta de recursos y servicios se modifica constantemente por diversos motivos. Además, también existen cambios en las necesidades y en el perfil de las personas usuarias de los programas, por lo que imprescindible establecer los mecanismos de actualización de los mapas.

Conclusiones

El desarrollo del programa conjunto de Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea, que ha dado lugar a esta guía, tiene un primera y obvia conclusión: la necesidad de seguir investigando el consumo de drogas legales e ilegales en contextos de prostitución, y que es evidente la existencia de una importante carencia de datos objetivos sobre la situación real y sobre la evolución que se está produciendo en ese ámbito, al no existir estudios históricos.

Este estudio, junto a alguna aproximación existente previamente, nos permite conocer los grandes rasgos de este consumo, pero es evidente que siguen existiendo pocos datos. Sin olvidar que la investigación se ha centrado en Madrid, Sevilla, Algeciras, Torrejón de Ardoz, Alcalá de Henares, Móstoles y Alcorcón, por lo que sería conveniente ampliar la muestra a otras comunidades autónomas y a zonas rurales, donde es posible que las características muestren rasgos claramente diferenciados.

Otra de las conclusiones del estudio es la necesidad de implantar programas de intervención destinados a reducir los riesgos y daños, dado que se trata de una población con un elevado grado de vulnerabilidad desarrollando prácticas de riesgo de manera habitual. Los programas de intervención pueden orientarse en varias direcciones: sensibilizar sobre los riesgos, programas de reducción de daños y riesgos, empoderamiento de las mujeres que ejercen la prostitución, o defensa de los derechos humanos en este colectivo.

Una tercera conclusión del estudio es la necesidad de abordar la formación específica de los equipos técnicos que intervienen en este ámbito. Ha quedado claro, a lo largo de la investigación, que algunos equipos técnicos tienen una amplia formación en temas relacionados con los consumos problemáticos de drogas, mientras que otros equipos disponen de la capacitación adecuada para el trabajo con personas que ejercen la prostitución, pero una formación que agrupe ambos saberes no existe.

Otra de las conclusiones del estudio es que sería conveniente realizar un abordaje diferenciado para colectivos distintos. Mujeres que ejercen la prostitución y que terminan consumiendo drogas tienen características distintas a aquellas personas que tienen un uso problemático de drogas y terminan ejerciendo la prostitución por diversos motivos. La realidad de personas de origen español o de origen extranjero también invita a desarrollar intervenciones específicas diferenciadas. En el caso de las personas de origen extranjero existen, además varios subgrupos diferenciados por cuestiones como el idioma, la religión, o la idiosincrasia cultural.

El estudio también pone de manifiesto la necesidad de mejorar la coordinación entre diferentes actores que intervienen, o pueden intervenir, en este ámbito. El programa ha puesto de manifiesto los beneficios de la

colaboración entre dos organizaciones sociales: Fundación Cruz Blanca y Fundación Atenea. Deberíamos señalar que más que beneficios sería necesario señalar que esa colaboración es imprescindible. Pero la colaboración entre diferentes administraciones (estatal, autonómica y local) también lo es, y entre estas y las organizaciones sociales. Y a medio y largo plazo la coordinación debería extenderse a otros ámbitos en los que podemos destacar la universidad, los movimientos vecinales, los centros escolares o las asociaciones de comerciantes de determinadas zonas.

Propuestas

El desarrollo del estudio y la concreción de las conclusiones del mismo, ha permitido elaborar un decálogo de propuestas:

- Fomentar las investigaciones sobre el consumo de drogas, legales e ilegales, en contexto de prostitución con el fin de disponer de una base de datos más amplia para conocer la realidad y la evolución de este fenómeno.
- Elaborar una formación específica para los equipos técnicos que trabajen en el ámbito de consumos de drogas en contextos de prostitución. El objetivo es ofrecer una capacitación inicial y garantizar una formación permanente y actualizada.
- Sensibilizar a las administraciones públicas y a la ciudadanía sobre los beneficios de desarrollar programas de reducción de daños y riesgos en este ámbito.
- Elaborar un catálogo de programas de intervención que incluya sensibilización sobre los riesgos, reducción de daños y riesgos, empoderamiento de las mujeres que ejercen la prostitución, o defensa de los derechos humanos en este colectivo.
- Fomentar la integración y el trabajo conjunto y colaborativo de equipos técnicos que trabajan en el ámbito de los consumos problemáticos de drogas y de prostitución, favoreciendo el intercambio de experiencias, conocimiento y saberes.
- Elaborar un catálogo de intervenciones específicas para distintos colectivos implicados en este asunto: mujeres que consumen drogas tras ejercer la prostitución, personas que ejercen la prostitución tras un consumo problemático de drogas; personas de origen español, personas de origen extranjero (y en este caso algunos subprogramas en función del idioma, la religión y los referentes socioculturales).
- Generar espacio de coordinación que facilite, fomente y garantice en trabajo conjunto y colaborativo entre organizaciones sociales, administraciones públicas, movimientos vecinales, universidades y otros agentes sociales.

Webgrafía y bibliografía

ABEIJON, JA. (1997). La reducción del daño, una meta global. Itaca, II, 2: 89-96. Drogodependencias, reducción de daños y riesgos, tratamiento, metadona, psicoterapia, sida.

ARANA, X.; MARKEZ, I. y VEGA, A., Coords (2000): Drogas. Cambios sociales y legales ante el tercer milenio. Edit. Dykinson. Madrid.

ARBEO, O. y otros (1996). Programa de intervención en toxicomanías en la prisión provincial de Basauri. Edex Kolektiboa. Bilbao. 82pp.

ARETI, A. (1998) Sobre la Rehabilitación de drogodependientes. GOZE/Rev. Academia Vasca de ciencias de la Salud Mental .Vol.II, 4: 16-20.

AROSTEGI. E.; ENDEMANO, J.; GARRIDO, JA.; SOLOETA, I.; VELASCO, D. (1999). Abriendo brecha. Zaguán nº 13: 16-17. Intercambio de Jeringuillas (PIJ) prevención, prisión, VIH.

ARZA, J.; CARRION J. (2014). La influencia de los sistemas y modelos de creencias en la evolución de las políticas sobre drogodependencias. Dianova25,63-70.

ASO MEDIALDEA, K. (1998). Programas de Mantenimiento con Metadona. Osatzen, Revista vasca de Atención Primaria 1: 24-27. Programa de mantenimiento, generalidades, metadona, efectividad.

BASABE, N.; IRAURGI, I. ; PAEZ, D. y INSUA, P, (1996) Psicoimmunología, factores psicosociales e infección por VIH. En BASABE, N. y cols.(Eds.): El desato social del Sida. Editorial Fundamentos, Madrid. Sida, Psicoimmunología, Factores psicosociales.

BECOÑA, E. (2002). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

COMAS, D. (2010). Modelos de intervención en adicciones: La lógica de las políticas sobre drogas. Revista Asociación Proyecto Hombre, 72, 15-21.

CONDE, MJ., RUIZ, J.; BURON, M.; MENOYO, C.; ZULAIKA, D.; MARTINZURIMENDI, JA.; LOPEZ BLANCO, JA.; BADIOLA, JA.; FERNANDEZ DE LARRINOA, V. MARTINEZ, JJ.; BARCELO, F (1997). Programa piloto de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri (Bilbao). Documento no editado. Fondo documental del SIIS, Donostia. Spp. Jeringuillas, intercambio, cárcel.

DE FRANCISCO, ML. (1996) Criminalidad en sujetos sometidos a programas de mantenimiento con metadona. Bilbao. Tesina Master de Criminología.

ETXEGOIEN, R.; IRAURGI, I.; POO, M.; MARKEZ, I.; ORDIERES, E. (1997). Cambios en los usuarios de Opiáceos como resultado de su incorporación a un PM.M. en las Farmacias. VIº Congreso Sdad. Española de Toxicomanías, Santander. Libro de Ponencias. Metadona, farmacias, UDVP cambios.

GARCÍA, A.; SÁNCHEZ M. (2005). Drogas, sociedad y educación. EDITUM.

GOMEZ, M. (1996). Prostitución y toxicomanía, en Las instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. Sº Central de Publicaciones del Gob. Vasco, Vitoria/Gasteiz. pp. 57-59. Educación para la salud, prostitución callejera, toxicómanas, VIH, piso tutelado, programas de mantenimiento, metadona y/o heroína.

GONZALEZ DE AUDICANA, M.; GARCIA SAN CORNELIO, J. y MARTINEZ CASTILLO, A. (1996) Prevención de las drogodependencias en el mundo laboral. Sº Central de Publicaciones del Gob. Vasco, Vitoria/Gasteiz. 177pp.

GUTIERREZ, M; BALLESTEROS, J. (1995) Utilización de preservativos y conducta sexual en adictos a drogas por vía parenteral en CADAVALCH, J. y CASAS, M. (Coord.): Sida y Drogodependencias. Ed. en Neurociencias, Barcelona .pp.287-296. Preservativo, heroinómanos, vía parenteral.

INSUA, P (1997). Prevención de la transmisión sexual del VIH en los programas de reducción de daños en 111º Conferencia Nacional sobre Sida y Drogas: Mantenimiento con Metadona ¿Basta con dispensar?. Madrid. Libro de Ponencias. Reducción daños, infección VIH, transmisión sexual.

INSUA, P y GRIJALBO, J. (2000). Programas de reducción de riesgos y daños en atención a las drogodependencias. Papeles del psicólogo nº 77: 33-45.

INSUA, P y otros (1999). Manual de educación sanitaria: recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Universidad del País Vasco/Plan Nacional sobre Drogas/Plan Nacional del Sida.

INSUA, P y PINILLOS, S. (1997) Evaluación de los Talleres de Formación en "Sexo Seguro "dirigidos a profesionales que trabajan CDVP. Comunicación en IV Congreso Nacional sobre el SIDA. Valencia.

INSUA, P. (1995). "Factores psicosociales asociados a conductas de riesgo. El caso del VIH/Sida en adolescentes escolarizados". Public. Oficial de la Seisida, Vol., nº 3, marzo. Adolescentes, Factores psicosociales, Conductas de riesgo.

INSUA, P. (1996). La prevención del Sida a nivel comunitario: Un programa de Investigación-Acción con el colectivo de Consumidores de Drogo por Vía Parenteral en SANJUAN, C. (Coord.): Intervención Psicosocial: Elementos de

Programación y Evaluación socialmente eficaces. Editorial Antrhopos. Sida, prevención, Usuarios de Drogas Inyectables, trabajo en redes.

INSUA, P. y GRIJALBO, J. (1999). Estrategias cognitivas, actitudinales y comportamentales frente al cliente drogodependiente: a propósito de la educación sanitaria desde una oficina de farmacia. *Farmacéuticos*, 227: 37-44. Estrategias, drogodependencia, educación sanitaria, farmacias.

INSUA, P; UBILLOS, S. (1998). Estrategias cognitivas y afectivas subyacentes ala adopción de comportamientos de riesgo para la transmisión sexual de VIH y otras ETS: sutrabajo en los programas de reducción de daños. Libro de ponencias "V Encuentro Nacional de Drogodependencias y su Enfoque Comunitario". Edita Diputación Provincial de Cádiz y junta de Andalucía. Programas de reducción de daños, Conductas de riesgo, VIH-Sida, Usuarios de Drogas Inyectables.

IRAURGI, I. (2000). Calidad de vida en programas de metadona Publicación oficial de Seisida. *I I*, 4, 237-239.

IRAURGI, I.; JIMENEZ- LERMA, JM.; HERRERA, A.; MURUA, E; GUTIERREZ-FRAILE, M. (1997). Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. *Adicciones* Vol. 9 n ° 1: 7-21.

IRAURGI, I. y CASAS, A. (1999). Factores asociados al uso de opiáceos durante un programa de mantenimiento con metadona. *Rev. Española de Drogodependencias*, 24, 389-400.

IRAURGI, I.; CASAS, A.; CELORIO, MJ. y DIAZ-SAINZ, M. (1999). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Rev. Española de Drogodependencias*, 24, 131-147. Calidad de vida, programa de mantenimiento con metadona.

LANDABASO, MA, FERNANDEZ DE CORRES, B.; SANZ, J.; RUIZ DE APODACA (1996) Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de Antagonistas. *Adicciones* Vol.8 n° 1: 67-74.

LARRANAGA, B. (1996). "Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)". *Sengadaiak* Vol.9, n° 1: 1-4. Edita Consejo Colegios Farmacéuticos de Euskadi. Metadona, mantenimiento, umbral, efectividad, farmacología.

LLÓRENTE DEL POZO, JM. y FERNANDEZ GOMEZ, C. (1999). La Comunidad Terapéutica profesional en el abordaje de pacientes en tratamiento con metadona. *Trastornos adictivos* Vol, 1(3-4): 251-258. Comunidad terapéutica, metadona, heroína, tratamiento.

LOPEZ DE MUNIAIN, P. (1996) Servicios para afectados de Sida desde los movimientos ciudadanos. En Las Instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. Sº Central de Publicaciones del Gob. Vasco, Vitoria/Gasteiz. Pp.97-99.

MANZANOS, C. (Coord.) ELIAS, A.; ORTUBAY, M.; URQUIJO, I.; MARKEZ, I.; RODRIGUEZ, R.; RIOS, J.; MORENO, P; LOPEZ DE MUNIAIN, P; DUQUE, T; VALERIO, C.J. (2000). Cárcel, drogas y Sida. Trabajo social frente a Sistema Penal. Edita Salhaketa. Vitoria-Gasteiz.

MARKEZ, I. (1996). Discursos adictivos para no psiquiatrizar la dependencia. Symposium "Psiquiatría y Drogas: Perspectivas, Riesgos y Derechos" en X World Congress Psychiatry, Madrid, Agosto. 1996.

MARKEZ, I. (1996) ¿Inserción administrando opiáceos?. Jornadas Municipales de Drogodependencias. Bilbao. Opiáceos, heroína, metadona, tratamiento, mantenimiento.

MARKEZ, I. (1998). Drogas y debates: ¿monopolio del discurso adictivo? pp. 19-50 en ARANA, X. y MARKEZ, I.: Los Agentes Sociales ante las drogas. Editorial Dykinson. Madrid. Drogas, discursos, modelos, debate, generalidades.

MARKEZ, I. y POO, M. (2000). Principios éticos y reducción de daños y riesgos, de los programas eficaces o las políticas más humanas y efectivas. Documentos de la conferencia de Consenso sobre Reducción de Daños. Barcelona.

MARKEZ, I. y POO, M. (2000). Discursos y políticas de intervención sobre las drogas y las drogodependencias. Documentación Curso de verano UPV-EHU. Donostia.

MARKEZ, I.; ETXEGOIEN, R.; POO, M; LINAZA, I. (1997). Los farmacéuticos antelas drogodependencias. Barnekoalistoria / Rev. Atención Primaria Com. Int. 54:6-10. junio, 1997. Farmacéuticos, metadona reducción de riesgos.

MARKEZ, I.; POO, M; IRAURGI, I. , ETXEGOIEN, R.; LINAZA, I. (1998). Hábitos de vida más saludables de los usuarios en PM. M, en farmacias. XXV Jorn. Nac. De Socidrogalcohol, Tarragona Abril, 1998. Metadona, farmacias, calidad de vida.

MARKEZ, I., POO, M. (1997) "Éxtasis. Actualidad de viejas drogas sintéticas, Dossier MDMA'. Cáñamo. Rev. de la Cultura del Cannabis. nº 4: 38-40. Éxtasis, generalidades, medidas.

MARKEZ, I.; PINILLA, E.; AIZPURU, A. (1998). Control de drogas en orina: incidencia y utilidad en programas de mantenimiento con metadona. Adicciones

Vol.10 n°2: 131-137. Metadona, mantenimiento, uso de drogas, análisis de orina.

MARKEZ, I.; POO, M.; IRAURGI, I.; ETXEGOIEN, R.; LINAZA, I. (1997). Opinión y actitudes de los farmacéuticos ante las drogodependencias. VIº Congreso Sociedad Española Toxicomanías, Santander. Octubre, 1997. Libro de Resúmenes y Ponencias, y IIº Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia. Noviembre, 1997. CD y Libro de Resúmenes. Usuario, mantenimiento, metadona, farmacia, opinión, farmacéutico.

MARKEZ, I.; POO, M. (1999). "Drogodependencias: Disminución de Riesgos y Programas de sustitución". Rev. GOZE Vol 111, n°7: 41-48. PMM, programas con agonistas opiáceos, intervención, reducción de riesgos.

MARKEZ, I. POO, M. (1998). "Modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento". Psiquiatría Pública Vol. 10 n°6: 378 - 388, dic. 1998. Opiáceos, reducción de riesgos, programas, mantenimiento, sustitución, modelos.

MARKEZ, L.; POO, M.; IRAURGI, I.; ETXEGOIEN, R.; LINAZA, I. (1998) "Dispensación de metadona en farmacias: cambios en las conductas de los usuarios". Farmacia Clínica Vol. 15, n°7:449-455. Farmacia, metadona, drogas, cambios conductuales.

MARKEZ, L.; POO, M.; ETXEGOIEN, R. (1998) Nuevos tiempos, nuevas políticas, nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos. Workshop en Instituto Internacional de Sociología jurídica de Oñati, mayo 1998. En Prensa, Editorial Dykinson, 1999. Generalidades, programas, reducción de riesgos.

MARKEZ, I.; LINAZA, I.; POO, M.; ETXEGOIEN, R. (1997). Perfil Sociobiográfico de los usuarios de opiáceos en PM. M.: Farmacias vs Centros ambulatorios. 1º Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia. Noviembre, 1997. CD y Libro de Ponencias y Resúmenes. Usuario, mantenimiento, metadona, perfil sociobiográfico, farmacia, centro ambulatorio.

MARQUEZ, I.; POO, M.; MARTINEZ CAE, C (2000). Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos. Edita Gobierno Vasco.

MARTINEZ HERRERO, H.; RUIZ DE APODACA, J.; PEREZ DE ARENAZA, J.; RAMIREZ, M.J.; GRIVE, N. (1997). Profilaxis supervisada de tuberculosis. VIº Congreso Sdad. Esp. Toxicomanías. Santander. Octubre, 1997. Libro de Resúmenes y Ponencias.

MARTIN-ZURIMENDI, JA. (1997). Implantación y desarrollo del programa de objetivos intermedios (mantenimiento con metadona) pp 75-102. En MEANA,

JJ., BALLESTEROS, J. y PANTOJA, L. (Edit): Tratamientos sustitutivos en la dependencia a opiáceos: metadona, LAAM, heroína. IDD, Universidad de Deusto. Bilbao.

MARTIN-ZURIMENDI, JA.; MARKEZ, L; LARRAZABAL, LM.; ARALUZE, K.; AIZPURU, A. (1997). Programa de Mantenimiento con Metadona en la Red de Bizkaia, País Vasco, 1991-1996. Rev. Itaca Vol. II nº3: 53-82. Metadona, mantenimiento, objetivos intermedios, reducción de riesgos, indicadores de evaluación.

MENOYO, C.; LAMIKIZ, E.; URCELAI, A.; ZULAIKA, D.; ZUBIA, I. (1998). "Estudios sobre las analíticas realizadas en las jeringuillas intercambiadas, año 1996-1997". Medicina Clínica. Intercambio, jeringuillas, heroinómanos, Sida.

MERINO, C.; MARKEZ, I. (1998) Opiáceos y Reducción del daño. Revisión jurídica. Workshop en Instituto Internacional de Sociología jurídica de mayo 1998. Edit. Dykinson, 1999. Evolución jurídica, metadona, mantenimiento, tratamiento penal, Código penal.

MERINO, C.; ROMERA, C. (1998). Mediación y Drogas: Una alternativa preventiva. GOZE. Vol. I I, 4: 8-1 I. Mediación, delito, drogas, derivación, prevención.

POO, M.; ETXEGOIEN, R.; MARKEZ, I. ; AIZPURU, A. (1996). Los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona, Perfil sociodemográfico y psicológico. XXIII Jorn. Nac. de Socidrogalcohol, Oviedo. Libro de Ponencias y comunicaciones Metadona, mantenimiento, centro ambulatorio, tipologías, trastorno mental.

POO, M.; MARKEZ, I.; ETXEGOIEN, R.; AIZPURU, A. (1996). Pacientes en Tratamiento con Metadona en Bizkaia. Barnekoalbistaria Rev. Atención Primaria, 46:13-17. Oct., 1996.

POO, M.; MARKEZ, I.; ETXEGOIEN, R.; RUIZ, J.; PRESSER, E. y otros (1997). Programa de Mantenimiento con Metadona en Farmacias. Valoración tras un año de funcionamiento. Edita: Colegio Oficial de Farmacéuticos. Bilbao. 135 pp. Metadona, mantenimiento, farmacias, farmacéuticos.

POO, M.; ETXEGOIEN, R. (1996) Los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona. Bilbao. Trabajo de Investigación Master en Drogodependencias. I.D.D., Universidad de Deusto. Metadona, mantenimiento, toxicómanos, objetivos intermedios.

ROVIRA, J. (2014). Derechos Humanos y Políticas de Drogas: Nuevas propuestas de regulación. Edita Taula del Tercer Sector de Catalunya.

RUIZ DE APODACA, J. (1997). Profilaxis y tratamiento supervisado de tuberculosis en III' Conferencia Nacional sobre Sida y Drogas: "Mantenimiento con Metadona ¿Basta con dispensar?". Madrid, octubre, 1997. Libro de Ponencias: 25-28. Plan Nacional sobre Sida.

RUIZ DE APODACA, J. (1997). Tratamiento continuado vs reinicios continuos. VI Congreso Sdad. Española Toxicomanías. Santander. Octubre, 1997. Libro de Resúmenes y Ponencias.

RUIZ DE APODACA, J., GUTIERREZ- FRAILE, M; LANDABASO, MA.; IRAURGI, I.; CALLE, R.; (1997). Calidad de muerte. Mortalidad en adictos de larga evolución en programas de tratamiento con metadona. VI' Congreso Sdad Esp. Toxicomanías. Santander. Libro de resúmenes y Ponencias. Calidad de muerte, mortalidad, UDVP, metadona, tratamiento.

RUIZ DE APODACA, J.; GUTIERREZ, M.; LANDABASO, MA.; JIMENEZ DE LERMA, JM.: ARRAZOLA, X. (1997). "Estudio de evaluación y seguimiento de cinco años en programas de tratamiento de metadona". En Book of abstracts Heroin addiction in Europe, Slovenija Books of Abs. (1997: 128-129). Yen Vio Congreso Sdad. Española de Toxicomanías. Santander, octubre 1997. Libro de Ponencias y Resúmenes pág. 29. Tratamiento, heroinómanos, metadona, evaluación.

SANCHEZ GARCIA, IP. (1998). Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV Colección Derechos Humanos "P. Francisco de Vitoria". Ararteko, Vitoria/Gasteiz231 pp.

SEGADOR, M. (1996) Los Programas de Intercambio de jeringuillas. En Las Instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. S° Central de Publicaciones del Gob. Vasco, Vitoria/ Gasteiz. Pp.49-52. Infección, VIH, prevención, reducción de riesgos y daños, PI], eficacia, Usuarios Drogas Intravenosas.

SEGADOR, M. (1998). Los programas de intercambio de jeringuillas, una respuesta imprescindible pero insuficiente ante el consumo intravenoso de drogas ilegales. pp. 229-234 en Workshop Instituto Internacional de Sociología jurídica de Oñati, mayo, 1996. En ARANA, X. y MARKEZ, I.: Los Agentes sociales ante las drogas. Ed. Dykinson, Madrid. Reducción de daños, reparto e intercambio de jeringuillas, preservativo, ilegalidad de la sustancia, cárcel, legalización, consumo.

SEGADOR, M.(1997). Modificación de las conductas sexuales de riesgo desde los Programas de Intercambio de Jeringuillas. Libro de ponencias la Jornada Nacional sobre Programas de Intercambio de jeringuillas, 20 junio 1997, Madrid. Intercambio de jeringuillas, sexo seguro, preservativo, dificultades.

SERRANO, M.; ARRIZABALAGA, I. (1998). Programa de Mantenimiento con Metadona. Una intervención multidisciplinar y comunitaria: Un estudio de calidad de vida. Vº Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Libro de Comunicaciones, pp. 135-142. Edita Diputación Provincial de Cádiz y junta de Andalucía. Chiclana de la Frontera, Cádiz PMM, adictos a heroína, indicadores de evaluación, calidad de vida.

TATARSKY, A. (2015). Psicoterapia de Reducción de Daños: Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol. Edita Fundación Paréntesis. Santiago de Chile.

UBILLOS, S.; INSUA, P (1996). Taller de Formador de Formadores: Sexo Seguro. Aspectos teóricos y empíricos de los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH dirigidos a drogodependientes. Libro de ponencias del III Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Edita Diputación Provincial de Cádiz y junta de Andalucía. Sida, Sexo seguro, Prevención, Formación de Formadores.

UNANUE, J. (1996) Grupos de Autoapoyo. En Las Instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. Sº Central de Publicaciones Gob. Vasco, Vitoria/Gasteiz. pp. 109-113. Grupos de autoapoyo, Sida.

VEGA, A. (2000). El País Vasco ante las drogas. Los restos del proyecto comunitario en las escuelas. Ed. Gakoa. Donostia.

VV.AA./Eusko Jaurlaritza (1997). Servicios de Asistencia y Orientación social al detenido en la CAPV (1991-1996). Sº Central de Publicaciones del G. Vasco, 34 pp. Vitoria/Gasteiz.

VVAA Global Commission on Drugs (2011). Guerra a las drogas: Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas. Open Society Institute.

VVAA./Eusko Jaurlaritza (1996). Las Instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. Sº Central de Publicaciones G.V. Vitoria/ Gasteiz. 149pp. Reuniones, CAPV, Sida, generalidades, asistencia, metadona, prostitución, homosexualidad, factores sociales, jeringuillas.

ZAPIRAIN, E. (1996). ¿Para qué sirve la metadona? En Las Instituciones vascas ante el Sida. Un abordaje multidisciplinar. Sº Central de Publicaciones Gob. Vasco, Vitoria/Gasteiz pp. 53-56. Metadona, toxicómanos, Sida, abordaje multidisciplinar.

ZULAICA, D. (1996) Cuidados paliativos y Sida en NAJERA, R. y GONZALEZ, JM. (Coord.) Atención integral al paciente con VIH. Reuniones de Consenso sobre la Infección por V.I.H., Seisida pp. 69-80. Madrid.