



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

UNA GUÍA EUROPEA





Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

UNA GUÍA EUROPEA

Aviso jurídico

Ni el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ni nadie que actúe en su nombre se responsabilizarán del uso que pudiera hacerse de esta información.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Créditos fotográficos: iStock.

Cualquier uso o reproducción de fotografías u otro material que no esté sujeto a los derechos de autor del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías requerirá la autorización de sus titulares.

Cita recomendada:

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

| | | | |
|--------------|------------------------|--------------------|-------------------|
| Print | ISBN 978-92-9497-342-9 | doi:10.2810/101460 | TD-01-17-699-ES-C |
| PDF | ISBN 978-92-9497-343-6 | doi:10.2810/58034 | TD-01-17-699-ES-N |
| EPUB | ISBN 978-92-9497-340-5 | doi:10.2810/429327 | TD-01-17-699-ES-E |



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbon, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Índice

| | |
|--|------------|
| Prefacio | 5 |
| Agradecimientos | 7 |
| ● Introducción | 9 |
| ● CAPÍTULO 1 | |
| Un marco para el desarrollo de respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas | 13 |
| 1.1 Contexto general y principios básicos | 14 |
| 1.2 Introducción al marco | 16 |
| 1.3 Definición del problema y evaluación de las necesidades | 17 |
| 1.4 Desarrollo de respuestas sanitarias y sociales adecuadas | 22 |
| 1.5 Principales tipos de respuestas disponibles | 27 |
| 1.6 Aplicación, supervisión y evaluación de las respuestas seleccionadas | 30 |
| ● CAPÍTULO 2 | |
| Problemas derivados de determinados tipos o pautas de consumo de drogas ... | 35 |
| 2.1 Respuesta a los problemas asociados con el consumo de cannabis | 36 |
| 2.2 Abordaje de la dependencia de los opioides | 44 |
| 2.3 Reducción del número de muertes relacionadas con los opioides | 51 |
| 2.4 Reducción de la propagación del VIH, la hepatitis vírica y otras infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral | 58 |
| 2.5 Respuesta a los problemas relacionados con el consumo de estimulantes | 66 |
| 2.6 Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas | 74 |
| 2.7 Abordaje del uso indebido de medicamentos | 83 |
| 2.8 Respuesta al policonsumo | 91 |
| ● CAPÍTULO 3 | |
| Respuesta a las necesidades de determinados grupos | 97 |
| 3.1 Personas mayores con consumo problemático de opioides | 98 |
| 3.2 Mujeres con problemas relacionados con las drogas | 103 |
| 3.3 Migrantes, refugiados y solicitantes de asilo | 111 |
| 3.4 Jóvenes vulnerables | 116 |
| 3.5 Familiares adultos de personas con problemas relacionados con las drogas | 123 |
| ● CAPÍTULO 4 | |
| Respuestas en contextos concretos | 129 |
| 4.1 Centros penitenciarios y sistema de justicia penal | 130 |
| 4.2 Vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos | 136 |
| 4.3 Lugares de trabajo | 143 |
| 4.4 Escuelas y universidades | 149 |
| 4.5 Comunidades locales | 154 |
| ● CAPÍTULO 5 | |
| Apoyo a una aplicación adecuada | 161 |
| 5.1 Puesta en práctica de las pruebas | 162 |
| 5.2 Desarrollo de sistemas y asociaciones eficaces | 166 |
| 5.3 Seguimiento y evaluación | 171 |
| ● Seguir adelante: respuestas eficaces a los problemas relacionados con las drogas en Europa | 177 |

| Lista de recuadros «Foco sobre...»

| | |
|--|-----|
| Las estrategias nacionales sobre drogas en Europa | 21 |
| La comprensión y el uso de pruebas | 23 |
| La comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental | 32 |
| La repercusión de los nuevos modelos de regulación del cannabis en las respuestas | 40 |
| La abstinencia, la recuperación, la reducción de daños y la reinserción en Europa | 48 |
| Los fentanilos | 52 |
| La ampliación del tratamiento de la hepatitis C para eliminar la infección por el VHC | 62 |
| El abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas | 72 |
| Los cannabinoides sintéticos | 81 |
| El consumo indebido de benzodiazepinas | 89 |
| Los servicios para mujeres embarazadas y madres | 108 |
| Las intervenciones de salud electrónica | 119 |
| El análisis de drogas | 139 |
| Las salas de consumo supervisado de droga | 156 |
| Las normas europeas mínimas de calidad para la reducción de la demanda de droga | 164 |
| Las intervenciones dirigidas por consumidores | 167 |
| La aplicación de la información conductual a las prácticas y las políticas sobre drogas | 169 |

Prefacio

Me enorgullece presentar la nueva publicación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Uno de los objetivos principales de la Estrategia 2025 del EMCDDA consiste en contribuir a una Europa más saludable; en este sentido, considero que este nuevo informe es un componente importante de las actividades de la agencia en este ámbito. Mediante la presentación de una visión general de los últimos avances en este campo y el acceso a información más detallada y a herramientas prácticas, el informe, junto con los recursos digitales complementarios, brinda apoyo tanto a los responsables políticos como a los profesionales sanitarios que trabajan para mitigar las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de drogas.

A la hora de identificar los temas que habrían de incluirse en esta guía, nos hemos centrado en aquellas cuestiones que consideramos especialmente relevantes en Europa. Un ejemplo es el desafío que plantea responder a las nuevas sustancias psicotrópicas. Hay también problemas más enquistados, como las muertes relacionadas con los opioides y los altos índices de infección por hepatitis C en personas que se inyectan drogas. Además, con vistas al futuro, hemos destacado algunas cuestiones emergentes, como la posible vulnerabilidad de los migrantes y los solicitantes de asilo a los problemas de las drogas, así como las oportunidades de desarrollo; por ejemplo, el aprovechamiento de los enfoques de salud electrónica en las intervenciones de prevención, tratamiento y reducción de daños. Esta amplia diversidad temática implica que la guía resultará de interés para públicos diversos con necesidades diferentes. Por esta razón, hemos adoptado un formato innovador para esta guía, diseñada con el fin de facilitar su uso como documento de referencia y como portal de acceso a otros materiales en línea.

La guía integra dos ámbitos importantes del trabajo de la agencia en materia de salud pública: el análisis de pruebas y buenas prácticas, combinado con información sobre el panorama europeo desde nuestros sistemas de vigilancia. También destaca lo que, desde nuestro punto de vista, son implicaciones principales para las políticas y las prácticas que emanan de estos sistemas. Como en todos nuestros trabajos, damos las gracias a un amplio abanico de colaboradores, individuos y organizaciones a escala nacional y europea, así como de otras regiones, que han contribuido al desarrollo de esta guía. Espero que prosigamos nuestra colaboración, a la vez que avanzamos en nuestra labor en este ámbito y procuramos seguir avalando empíricamente aquellas actuaciones que funcionan y el modo de aplicar las respuestas eficaces que mejorarán la salud de los ciudadanos europeos en relación con los problemas planteados por las drogas.

Alexis Goosdeel
Director del EMCDDA

Agradecimientos

Esta publicación sintetiza información procedente de una amplia diversidad de fuentes, tanto existentes como recientes. También cuenta con la aportación de una gran diversidad de expertos, cuyos comentarios han contribuido a conformar esta guía. Sin embargo, cabe señalar que la responsabilidad del contenido de la guía es íntegramente responsabilidad del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

La elaboración de esta guía solo ha sido posible gracias a la aportación de muchos miembros del personal del EMCDDA. Además de al equipo científico que ha trabajado en las respuestas y en otros ámbitos y ha aportado y analizado contenidos durante todo el proceso, agradecemos al equipo de producción su ayuda a la hora de desarrollar el innovador formato de la guía. Estamos muy agradecidos también al profesor Wayne Hall por su ayuda a la hora de revisar y editar la guía durante todo el proceso de elaboración.

También nos gustaría dar las gracias a los autores de los documentos de referencia que se han publicado como parte del paquete de recursos complementarios: Beau Kilmer; Russell Webster; Annette Dale-Perera; Matthijs Blankers y Ajla Mujcic; Tibor Brunt; Sharon Arpa; Jørgen Bramness; Ciara Guiney; Sara Rafael Almeida, Joana Sousa Lourenço y Emanuele Ciriolo; Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne y Saket Priyadarshi; Paul Lemmens y Hans DuPont.

Además, estamos muy agradecidos a muchos otros individuos y organizaciones que han contribuido a esta guía como miembros de nuestro grupo consultivo o como evaluadores homólogos:

Adriano Silvestri, FRA
Alessandra Liquori, Unicri
Anastasia Pharris, ECDC
Anders Eriksson, Suecia
Anna Dovbakh, EHRN
Anne Arponen, Instituto Nacional para la Salud y el Bienestar, Finlandia
Catherine Comiskey, Trinity College de Dublín, Irlanda
Cathy Stannard, Hospital Frenchay, Reino Unido
Christian Adam, LMU Múnich, Alemania
Cinthia Menel-Lemos, Chafea
Claudio Vidal, Energy Control, España
Dirk Korf, Universidad de Ámsterdam, Países Bajos
Domingos Duran, SICAD, Portugal
Eamonn O'Moore, Public Health England, Reino Unido
Eberhard Schatz, Correlation Network
Etienne Maffli, Adicción Suiza
Eva Hoch, LMU Múnich, Alemania
Gerhard Beuhringer, TU Dresde, Alemania
Giovanna Campello, UNODC
Giuseppe Carra, Universidad de Milán Bicocca, Italia
Grzegorz Krol, Universidad de Varsovia, Polonia
Harry Sumnall, Universidad John Moores de Liverpool, Reino Unido
Henk Garretsen, Universidad de Tilburg, Países Bajos
Inge Birkemose, Autoridad danesa de la salud
Luís Mendão, Grupo Europeo de Tratamientos del Sida
Margriet van Laar, Instituto Trimbos, Países Bajos
Marta Torrens Melich, Hospital Parc de Salut Mar, España

Michael Schaub, ISGF, Suiza

Phaedon Kaloterakis, Kethea, Grecia

Rolf Mayer, Verein Arbeits- und Erziehungshilfe, Alemania

Valentina Kranželić, Universidad de Zagreb, Croacia

Viktor Mravčík, Centro Nacional de Vigilancia para las Drogas y la Adicción, Chequia

Virginie Paillou, CEID-Addictions, Francia

Ulrich Marcus, Instituto Robert Koch, Alemania

Willem Scholten, consultor, Países Bajos

Wouter Vanderplasschen, Universidad de Gante, Bélgica

Y, como siempre, damos las gracias a nuestros centros de referencia nacionales y a los miembros del Comité Científico que aportan la información y proporcionan las recomendaciones que fundamentan todas nuestras publicaciones.

Introducción

Esta guía y el paquete asociado de materiales en línea constituyen un punto de referencia para aquellos encargados de planificar o ejecutar respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa. Las respuestas más adecuadas dependerán de los problemas específicos relacionados con las drogas, de los contextos en los que surgen y de los tipos de intervención posibles y socialmente aceptados. Mediante la divulgación de información clave sobre algunas de las cuestiones más importantes relacionadas con las drogas en Europa y las respuestas disponibles, esta guía se propone ayudar a las personas que deben hacer frente a estos desafíos a desarrollar nuevos programas y a mejorar los ya existentes.

Esta publicación se revisará cada tres años. Complementa al *Informe europeo sobre drogas* y al *Informe sobre los mercados de drogas en la UE*, este último de carácter trienal. En conjunto, estos tres informes tienen por objeto ofrecer una imagen exhaustiva de la situación en Europa con el fin de ayudar a los responsables políticos y a los profesionales sanitarios a elaborar y aplicar políticas e intervenciones que contribuyan a una Europa más sana y más segura.

La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) tiene por objeto reducir la oferta, la demanda, la dependencia y los daños sociales y sanitarios relacionados con el consumo de drogas. El papel del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) consiste en apoyar la Estrategia mediante la aportación de «información fáctica, objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias»; recopilar información sobre las tendencias emergentes y proporcionar información sobre buenas prácticas en los Estados miembros de la Unión Europea, así como facilitar el intercambio de dichas prácticas entre ellos. Para alcanzar este objetivo, el EMCDDA recopila información procedente de un amplio abanico de colaboradores, en particular de la red Reitox, integrada por los centros de referencia nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea (UE), Noruega y Turquía. Esta guía cumple el cometido del EMCDDA en relación con los objetivos de reducción de la demanda de droga y de las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de drogas. No abarca los mercados de drogas ni la reducción de la oferta, que están incluidos en el Informe sobre los mercados de drogas en la UE.

Definición: respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

Por «respuestas a los problemas relacionados con las drogas» se entenderá cualquier tipo de acción o intervención que se realice para abordar las consecuencias negativas asociadas al fenómeno de las drogas ilegales.

Cuando se abordan las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas, el foco de atención se centra en las acciones o intervenciones que abordan el consumo de drogas y los daños sanitarios y sociales asociados, como las muertes, las enfermedades infecciosas, la dependencia, los trastornos mentales y la exclusión social. No se incluyen en la definición las acciones emprendidas con el fin de reforzar la legislación en materia de drogas o reducir la oferta de drogas; estas se incluyen en el *Informe sobre los mercados de drogas en la UE*.



El consumo de drogas y sus problemas asociados constituyen un fenómeno complejo y pluridimensional que evoluciona con el tiempo. Por ello, las respuestas necesarias para prevenir y mitigar los daños asociados para los individuos y las sociedades son, necesariamente, múltiples y variadas. Además, deberán adaptarse a las pautas cambiantes tanto del consumo de drogas como de los problemas relacionados, y a los diferentes contextos nacionales. Como consecuencia, no es viable proporcionar un examen exhaustivo de las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa y, por ello, en su lugar, esta publicación ha sido concebida como una introducción al tema, con información más detallada sobre algunas de las cuestiones más importantes relacionadas con las drogas desde una perspectiva europea. En particular, proporciona una vía de acceso a los recursos en línea que facilitan información más detallada y que se actualizarán regularmente.

Las respuestas sanitarias y sociales al consumo de drogas y los problemas relacionados se plantean a diversos niveles y pueden abordarse desde múltiples ángulos. Entre ellos, los diferentes:

- niveles estructurales — nivel europeo, nacional, regional, local y de servicio;
- perspectivas — política, de planificación, médica; y
- grupos objetivo — poblaciones enteras, subgrupos, individuos.

En un extremo del espectro, los responsables políticos nacionales y los encargados de la planificación pueden intentar dar respuestas amplias de salud pública a una serie de problemas de drogas interrelacionados. A su vez, y no menos importante, los médicos que prestan atención en primera línea pueden estar intentando encontrar las vías más adecuadas para responder a las necesidades de los clientes individuales. En realidad, las necesidades de los encargados de la planificación y las de los médicos podrían no ser tan dispares, pese a que el alcance y la profundidad de los desafíos a los que se enfrentan varíen. Ambos deberán emprender algún tipo de evaluación de la situación actual, tomar decisiones basadas en la serie de intervenciones posibles disponibles y, en función de la información sobre aquellas actuaciones que funcionan o son eficaces, desarrollar un plan de aplicación y seguimiento. Aunque esta guía está principalmente orientada a quienes tratan los problemas relacionados con las drogas desde una perspectiva de planificación de la salud pública, tanto a nivel local como nacional, el diseño de enfoques, la relación con las pruebas y las herramientas también resultarán útiles para los trabajadores y para los equipos de respuesta en primera línea.



Cómo utilizar esta guía

Esta guía ha sido concebida como un documento de referencia y no está pensada para ser leída de principio a fin. Entre el capítulo introductorio y el capítulo final, los bloques principales de la guía son los apartados individuales de los tres capítulos centrales. Para facilitar la lectura y la consulta del informe, cada apartado empieza con un resumen, y los recuadros se utilizan para resaltar elementos clave, como las definiciones, las pruebas contrastadas, la perspectiva general del tema y las implicaciones políticas. Cada apartado incluye una lista de recursos pertinentes. A cada tipo de recuadro le corresponde un símbolo diferente para ayudar a los lectores a identificar rápidamente la información esencial (véase a continuación).



Definiciones, explicaciones, descripciones



Pruebas, directrices o buenas prácticas



Foco sobre... cuestiones o temas transversales importantes



Implicaciones para la política y la práctica



Otros recursos

El capítulo 1 describe el marco utilizado en el informe para reflexionar sobre el proceso de respuesta y los factores que deben tenerse en cuenta en cada fase. Esto es de especial interés para quienes planifican políticas o intervenciones sociales y sanitarias para abordar los problemas de drogas, pero puede aplicarse igualmente a intervenciones a nivel individual.

Los capítulos del 2 al 4 presentan las respuestas sanitarias y sociales a una serie de problemas relacionados con el consumo de drogas en Europa desde tres perspectivas diferentes. Inevitablemente, hay yuxtaposiciones entre estas perspectivas diferentes y las más importantes se subrayan en los apartados pertinentes.

El capítulo 2 proporciona ejemplos de respuestas a problemas asociados con determinadas pautas de consumo, incluidos los problemas con el cannabis, la dependencia de opioides, las muertes relacionadas con las drogas, la transmisión de enfermedades infecciosas y el consumo de estimulantes. También se abordan las nuevas pautas en el consumo de drogas, incluidos el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas y el uso indebido de medicamentos, al igual que el policonsumo.

El capítulo 3 aborda la forma de responder a las necesidades de determinados grupos objetivo, tales como la cohorte de consumidores de opioides de mayor edad existente en muchos países; las mujeres que consumen drogas; los nuevos migrantes y solicitantes de asilo que llegan a Europa; los jóvenes vulnerables; y las familias afectadas por el consumo de drogas.

El capítulo 4 presenta ejemplos de respuestas a los problemas de drogas en diferentes contextos: centros penitenciarios, vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos, lugares de trabajo, centros educativos y comunidades locales.

El capítulo 5 se centra en la mejora de la aplicación. Cubre una serie de temas, entre ellos el empleo de pruebas (y el trabajo en ámbitos en los que las pruebas son escasas); el papel de las normas de calidad; y los beneficios de adoptar un enfoque de los sistemas que conecte los servicios con el fin de mejorar su eficacia.

Se pueden consultar enlaces a otros recursos, incluida la versión electrónica de la guía, breves exposiciones sobre política y prácticas, y documentos de referencia en <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>. Estos se actualizarán de forma regular con nuevos materiales.

1



CAPÍTULO 1

Un marco para el desarrollo de respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

RESUMEN

- Las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa se llevan a cabo en el contexto de los marcos jurídicos y las políticas europeas, nacionales y locales, y estos influyen en la selección y aplicación de las respuestas.
- Las respuestas deben cumplir un conjunto de principios clave, por ejemplo, el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- La elaboración y la aplicación de respuestas a los problemas relacionados con las drogas, ya sea a escala europea, nacional, local o individual, incluye tres fases esenciales:
 - identificar la naturaleza de los problemas de drogas que deben tratarse;
 - seleccionar posibles intervenciones eficaces para abordar estos problemas; y
 - aplicar, supervisar y evaluar el impacto de estas intervenciones.
- En cada fase deben tenerse en cuenta muchos factores diferentes, destacándose en este capítulo algunos de los más importantes.

Los daños asociados al consumo de drogas dependen del tipo de drogas consumidas y de cómo se consumen, de quién las consume y del contexto en que se las consume. Las múltiples formas diferentes en que pueden interactuar estos factores generan una gran variedad de escenarios para el consumo de drogas, que se asocian a consecuencias para la salud de diversa gravedad. Las combinaciones más comunes de formas de consumo de drogas, consumidores y contextos varían entre los países de Europa y, en consecuencia, varían la naturaleza y el alcance de sus problemas relacionados las drogas.

Además de diferir entre países, el consumo de drogas y sus problemas pueden cambiar con el tiempo. Esto significa que no puede existir un modelo único para abordar los problemas relacionados con las drogas y que los responsables de responder a dichos problemas deben

revisar regularmente las formas de asistencia y adaptar las intervenciones existentes o desarrollar nuevas intervenciones adaptadas a las necesidades cambiantes. Asimismo, se señala la necesidad de un enfoque sistemático que integre la evaluación de la eficacia en la elaboración y aplicación de las respuestas a los problemas de drogas.

Este capítulo proporciona una introducción a las cuestiones principales que deben tenerse en cuenta a la hora de elaborar y aplicar respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. También resume el marco en torno al cual se estructura esta guía. El marco está concebido para que lo utilicen aquellos profesionales que están implicados en la elaboración y aplicación de intervenciones sanitarias y sociales, y para que sirva como lista de control conceptual a la hora de revisar las políticas o prácticas vigentes o de desarrollar nuevas actividades.



1.1 | Contexto general y principios básicos

El enfoque global de la Unión Europea (UE) respecto a las drogas se presenta en la [Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga \(2013-2020\)](#) y en los planes de acción que la acompañan. Como se establece en la [EU Common Position on UNGASS 2016](#), presentada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, este enfoque se basa en noción de que «las políticas de drogas se deben fundamentar en un enfoque sólido de salud pública, se deben basar en pruebas empíricas y deben estar respaldadas por sistemas de seguimiento y evaluación fiables y objetivos, de conformidad con los derechos humanos reconocidos por instrumentos jurídicos internacionales». En consonancia con la Estrategia de la UE, también destaca la necesidad de un «planteamiento integrado, equilibrado y empíricamente contrastado» que aborde tanto la reducción de la demanda como de la oferta.

Esta guía se centra en las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas, que principalmente se ajustan al elemento de reducción de la demanda de las políticas de drogas. En relación con la reducción de la demanda, la Posición Común de la UE también declara que «las políticas de reducción de la demanda de droga eficaces, específicas, multidisciplinarias y con base empírica deben incluir la prevención, la detección e intervención tempranas, la reducción de riesgos y daños, el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación y reinserción sociales y deben fundamentarse en la continuidad del servicio». Subraya que, en consonancia con el objetivo de los tratados sobre control de drogas para proteger la salud pública, los drogodependientes deben ser considerados personas que necesitan atención, asistencia y tratamiento a fin de mejorar su salud, facilitar la reinserción social y reducir el estigma y la marginalización.

No obstante, tanto el marco jurídico como las actividades de aplicación de la legislación pueden repercutir considerablemente en las respuestas sanitarias y sociales, ya sea para obstaculizarlas o para facilitarlas. Por ejemplo, las actividades de aplicación de la legislación centradas en las personas consumidoras de drogas pueden inhibir la búsqueda de ayuda. De este modo, las actividades de control de las drogas pueden agravar los daños provocados por el consumo y pueden suponer un obstáculo para el

funcionamiento eficaz y efectivo de los servicios sanitarios y sociales. Por otro lado, la legislación laboral que impide la discriminación de las personas con antecedentes de problemas ligados al consumo de drogas puede promover la reinserción social y mejorar la eficacia de los tratamientos y la rehabilitación. Los enfoques legislativo y político de los Estados miembros de la UE, que varían considerablemente, pueden influir considerablemente en las respuestas sanitarias y sociales adoptadas y dotadas de recursos, así como en su eficacia.

La Posición Común sobre la UNGASS, la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga y otros documentos de la UE, como los estándares mínimos de calidad en la reducción de la demanda, también señalan una serie de principios clave para las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. En esta guía, hemos identificado aquellos que son esenciales para las respuestas en este ámbito (véase el recuadro de la página siguiente). Estos principios deben ser fundamentales para todas las respuestas sanitarias y sociales y se abordarán en diferentes contextos en esta guía.



Principios básicos para las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa

Las respuestas sanitarias y sociales deben:

- respetar los derechos humanos, incluidos:
 - el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
 - el derecho del consumidor de drogas a dar su consentimiento informado para el tratamiento;
- respetar los principios éticos, incluidos el consentimiento informado, la confidencialidad y el acceso equitativo;
- fomentar la implicación de los usuarios del servicio y de las personas en la misma situación en el diseño y la ejecución del servicio;
- adoptar un enfoque de la salud pública;
- basarse en una evaluación de las necesidades y diseñarse para las carencias específicas de la población objeto;
- adaptarse a las características culturales y sociales, incluidas las cuestiones de género y las desigualdades en materia de salud; y
- plantearse y fundamentarse en pruebas de manera adecuada, así como supervisarse y evaluarse debidamente.



1.2 | Introducción al marco

El proceso de respuesta a los problemas de drogas puede dividirse en tres amplias fases (gráfico 1.1): la identificación de los determinados problemas relacionados con las drogas que deben abordarse; la selección de la respuesta o las intervenciones que deben ponerse en marcha; y la aplicación de las intervenciones, en las que se incluyen la supervisión y la evaluación del impacto. Este enfoque puede aplicarse para desarrollar respuestas a cualquier escala: nacional, local o de sistema. Asimismo, se emplean los mismos procesos básicos ya sea para desarrollar una respuesta a un problema en particular por primera vez o para revisar las formas de asistencia vigentes. Aunque en este caso no es el objetivo principal, estas mismas fases en sentido amplio (identificación del problema o evaluación de las necesidades, selección de la respuesta o intervención, y aplicación y revisión) también son pertinentes a la hora de trabajar con individuos con problemas relacionados con las drogas.

En todos los casos, el punto de partida debe consistir en entender el alcance y la naturaleza de los problemas que deben tratarse, que luego podrán traducirse en objetivos pendientes de cambio. Esto puede lograrse mediante la verificación de los datos disponibles sobre el problema, desde estadísticas nacionales hasta investigación local y evaluaciones de necesidades, y la consulta con las partes interesadas. La selección de prioridades y los objetivos de intervención surgirán de la definición del problema y se derivarán de la información sobre los comportamientos públicos y políticos y sobre las prioridades locales y nacionales.

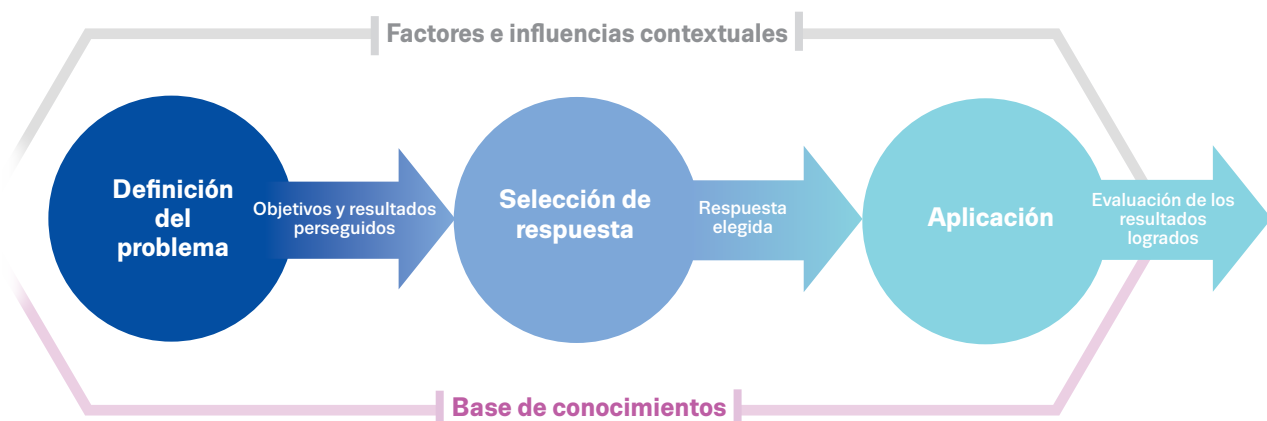
En la segunda fase, se toman decisiones sobre las acciones que deben emprenderse, así como sobre los planes para aplicarlas. Los factores que deben tenerse en cuenta en esta fase son los tipos de intervención que pueden resultar eficaces, los grupos objetivo y los contextos en que se aplicarán las medidas. Dependiendo de las circunstancias, esto puede implicar la selección de una serie de opciones de intervención con eficacia probada o la adopción y adaptación de intervenciones que se han revelado eficaces en otros lugares. Si no existen opciones adecuadas, esto puede implicar el desarrollo de una nueva intervención. Cuando un programa o estrategia ya está operativo, puede ser necesario revisar su prestación a la luz de las necesidades de grupos concretos o para subsanar lagunas en la cobertura. Estas decisiones se verán influidas por factores tales como la magnitud o la gravedad del problema, los recursos y las competencias disponibles, los resultados previstos y los valores y las preferencias de la comunidad.

Una vez elegidas las respuestas, la siguiente fase es la aplicación. El buen funcionamiento de una intervención con base empírica en un caso determinado dependerá de su aplicación y del contexto local. En consecuencia, la supervisión y la evaluación de la aplicación, incluidos los costes y resultados, constituyen un componente esencial en esta fase para documentar la revisión continua y el proceso de planificación.

Los restantes apartados del presente capítulo describen el marco de planificación de la respuesta y los factores que deben tenerse en cuenta en cada fase con más detalle.

GRÁFICO 1.1.

Las tres etapas generales del desarrollo de respuestas a los problemas de drogodependencia



1.3 | Definición del problema y evaluación de las necesidades

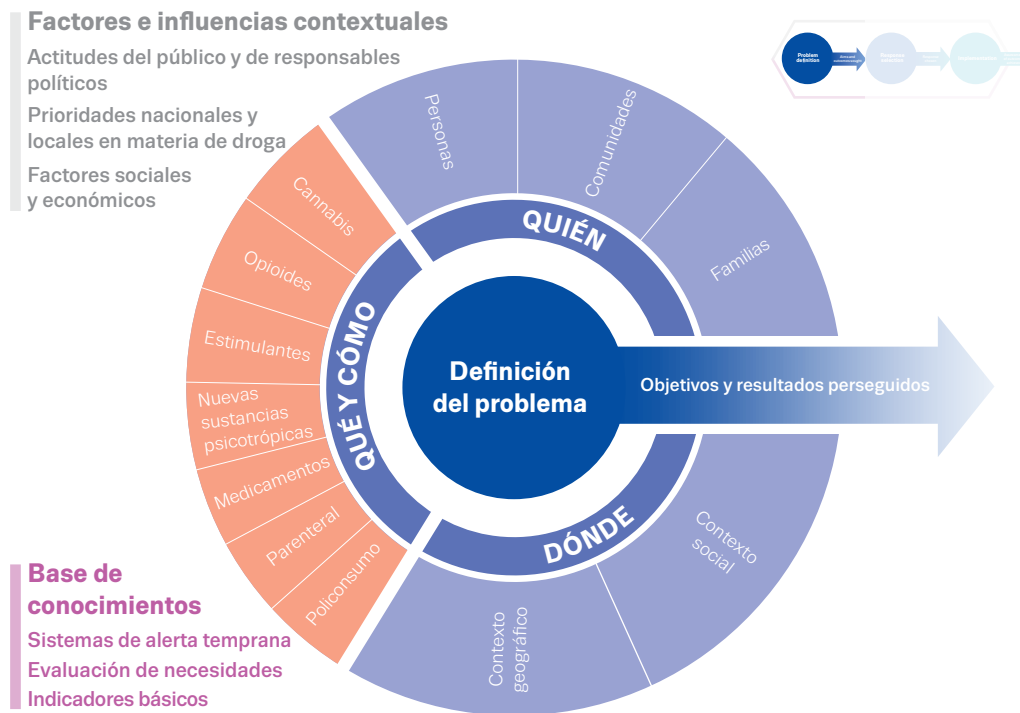
La definición del problema o la evaluación de necesidades pueden realizarse a diferentes niveles y por diversos actores, entre ellos las autoridades públicas, los encargados de la planificación, los consejeros o el personal sanitario. Se pueden adoptar diversos enfoques y están disponibles numerosos instrumentos de apoyo al proceso, por ejemplo, el [Prevention and Evaluation Resources Kit \(PERK\)](#) y los [indicadores epidemiológicos](#) que utiliza habitualmente el EMCDDA. A nivel individual, el personal sanitario puede utilizar herramientas de evaluación consolidadas, como el Índice europeo de gravedad de la adicción o el Test de identificación de los trastornos provocados por el consumo de drogas. El [Evaluation Instruments Bank](#) en línea contiene

una amplia selección de dichas herramientas que pueden ser útiles a nivel individual y de población.

Las preguntas clave que deben abordarse en la fase de evaluación inicial son a quién afecta, qué tipos de sustancias y pautas de consumo están implicados, y dónde tiene lugar el problema. Las respuestas deben adaptarse a los problemas concretos relacionados con las drogas que se planteen, y estos pueden diferir entre países y a lo largo del tiempo. La amplia variedad de factores que deben tenerse en cuenta en esta fase del proceso se debate en este apartado y se ilustran en el [gráfico 1.2](#).

GRÁFICO 1.2.

Factores que deben tenerse en cuenta en la fase 1: definición del problema



Responsabilidad del tipo de droga y de las pautas de consumo en los daños relacionados con las drogas

Las drogas psicotrópicas actúan en el cerebro y provocan efectos diversos sobre la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento y la conducta. En un principio estos efectos pueden ser positivos, por ejemplo, aliviar el dolor o el malestar psíquico, o provocar placer, pero también pueden ocasionar una serie de perjuicios. Estos perjuicios pueden asociarse a la intoxicación, ya que las drogas pueden tener un efecto eufórico y mermar la capacidad de pensamiento y la coordinación física. Si una persona intoxicada conduce un coche, manipula maquinaria o realiza actividades físicas, puede lesionarse a sí misma o a otras personas y, en ocasiones, provocar muertes. Los individuos que sufren depresión e intoxicación pueden incurrir impulsivamente en pensamientos suicidas. Las personas intoxicadas pueden implicarse en actos violentos en contextos sociales que favorecen tales conductas, como los bares repletos de otros individuos intoxicados. El consumo crónico de drogas, sobre todo el consumo diario prolongado, puede provocar síndrome de dependencia. Los consumidores que sufren este síndrome tienen dificultades para reducir o abandonar el consumo de la droga, y continúan consumiéndola, aunque perjudique su salud y bienestar, así como el de sus familiares y amigos. Si este consumo de la droga es persistente puede producir o agravar los síntomas de trastornos mentales y físicos y ocasionar problemas a la hora de practicar actividades sociales importantes, como asistir a la escuela, trabajar o cuidar de los hijos. En los casos más graves, el consumo abusivo cotidiano y prolongado de drogas puede menoscabar la atención al cuidado personal, y la persona puede acabar en una situación de indigencia.

Los problemas de drogas pueden variar según el tipo de droga, la vía de administración (por ejemplo, oral, parenteral o inhalación del humo) y la frecuencia o pauta de consumo. Estos interactúan con otros factores, como las características del consumidor de la droga (por ejemplo, jóvenes, mujeres u hombres, personas integradas en la sociedad o personas desfavorecidas) y el contexto social en que se consumen las drogas (por ejemplo, el lugar de trabajo, en casa, en una discoteca o en un bar, en la calle); factores que incrementan o reducen los problemas de los consumidores. Por consiguiente, es importante identificar qué factores son pertinentes cuando se desarrollan las intervenciones orientadas a abordar los problemas relacionados con las drogas.

La identificación de las drogas y las pautas de consumo problemático principales indicarán los posibles daños principales asociados. La heroína y los fármacos opioides

presentan un alto riesgo de dependencia, especialmente si se inyectan. Pueden ocasionar sobredosis mortales, y si los consumidores comparten los instrumentos de inyección pueden contraer y propagar infecciones de transmisión hemática, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C.

Los estimulantes, como la cocaína, la MDMA y las anfetaminas, provocan intoxicación. A menudo se consumen en contextos recreativos, pero se pueden relacionar con pautas y formas de consumo más problemáticas, como la inhalación del humo o la vía parenteral. Los consumidores intoxicados pueden mantener relaciones sexuales de riesgo y otras conductas de riesgo (por ejemplo, conducir un vehículo) que ponen en peligro su seguridad y la de los demás. El consumo de estimulantes durante semanas o meses y en dosis elevadas puede provocar psicosis y episodios cardiovasculares graves, como infartos o ictus.

El cannabis presenta un riesgo muy bajo de muerte, pero su consumo puede estar asociado a ingresos hospitalarios por toxicidad aguda. El riesgo de desarrollar una dependencia del cannabis es inferior al de los opioides o los estimulantes, o las drogas legales como el alcohol y el tabaco. Sin embargo, una minoría significativa de consumidores de cannabis desarrolla un consumo problemático y busca ayuda para abandonar el consumo de esta sustancia.

Pocos consumidores habituales de drogas consumen únicamente una sustancia. La mayoría practica el policonsumo: el consumo múltiple de drogas, en combinación o en momentos distintos. Por ejemplo, los consumidores de heroína por vía parenteral a menudo consumen otros opioides, alcohol, tabaco, benzodiazepinas, cannabis y estimulantes. Los consumidores de cocaína suelen consumir la droga con alcohol. Muchas personas que consumen cannabis diariamente también fuman tabaco. Estas combinaciones de drogas pueden incrementar el riesgo de sufrir daños, por ejemplo, aumentan la probabilidad de sufrir efectos tóxicos, de sobredosis mortales o de dependencia de varias drogas, que puede ser más difícil de superar que la dependencia de una sola droga.

Diferencias en los daños entre individuos y comunidades

Un paso importante a la hora de definir el problema es la identificación de los motivos más importantes (o los factores que conforman las causas principales) de los daños y qué individuos o comunidades son los más afectados. Por

ejemplo, ¿hay un problema debido al aumento del consumo de cannabis de los jóvenes? Si lo hay, ¿se concentra en un grupo de edad, una comunidad o una zona geográfica en particular? ¿Está asociado este incremento en el consumo de cannabis con el abandono escolar, el crecimiento del desempleo juvenil o el aumento de los problemas de salud mental? La respuesta a estos tipos de preguntas aclarará las cuestiones que deben abordarse, los resultados que deben procurarse y los criterios que deben utilizarse para determinar el impacto de la intervención.

Diversos factores individuales y sociales pueden convertir a algunos consumidores de drogas en más vulnerables a los daños. Sucede lo mismo con las familias y las comunidades afectadas por los problemas de drogas. Estos factores interactúan de manera compleja para reducir o aumentar los riesgos y los daños del consumo de drogas. Además, los factores mencionados pueden interactuar con el consumo de drogas de forma circular y crear un círculo vicioso. En el recuadro de la página 20, se resumen algunos de los factores principales que deben tenerse en cuenta, así como su repercusión sobre los daños. A lo largo del informe se proporciona más información.

El papel del contexto

El contexto en que se consumen las drogas debe tenerse en cuenta, ya que puede afectar al tipo y al alcance del daño que el consumo de drogas puede provocar. Aquellas personas que consumen drogas en solitario pueden presentar un mayor riesgo en relación con ciertos daños. No tendrán a nadie que les ayude si sufren una sobredosis. El consumo de opioides en solitario, por ejemplo, incrementa el riesgo de sufrir una sobredosis mortal.

Las personas que consumen drogas en lugares públicos, a menudo lo hacen furtiva y apresuradamente. Esto puede incrementar el riesgo de padecer una sobredosis o de contraer una infección vírica de transmisión hemática si comparten los instrumentos de inyección. La falta de higiene, a menudo asociada a estos contextos, también aumenta el riesgo de contraer una serie de infecciones. Este es un problema específico de las personas sin hogar. El consumo de drogas en los centros penitenciarios también es clandestino y arriesgado (véanse también los apartados 2.3, 2.4 y 4.1).

El consumo de drogas al aire libre en condiciones climáticas de frío puede exponer a los consumidores con sobredosis al riesgo de sufrir hipotermia. Por otro lado, el consumo de MDMA en una discoteca donde hace calor puede exponer

al consumidor, ya predispuesto a la hipertermia, a un mayor riesgo de padecer esta alteración insólita pero grave.

Identificación y determinación de la prioridad de los problemas que se deben tratar

La evaluación de las necesidades es susceptible de identificar una serie de posibles problemas a los que es preciso hacer frente. Un enfoque de salud pública es útil a la hora de decidir qué problemas deben tratarse. Este enfoque evalúa, en primer lugar, la gravedad de los problemas que sufren los consumidores de drogas y otras personas, teniendo en cuenta la naturaleza de los problemas y el número de personas que los padecen. A continuación, analiza intervenciones que reduzcan el impacto sobre la población de los problemas relacionados con las drogas que se hubieran detectado. Este enfoque identifica ámbitos de actuación prioritarios sobre una base empírica, pero, en cierta medida, sobre él influyen posicionamientos políticos y públicos.

Por ejemplo, en muchos países europeos, las muertes por sobredosis representan una causa importante de mortalidad en hombres de entre 25 y 55 años, y en algunas zonas se están incrementando. La heroína u otros opioides intervienen en la mayoría de estas muertes. Estas muertes prematuras tienen un gran efecto en las familias (que pierden a padres, hijos o hermanos), en la sociedad en general y plantean grandes exigencias de los servicios de urgencias sanitarias. Por ello, la reducción de las muertes relacionadas con los opioides constituye una gran prioridad en materia de salud pública en muchas jurisdicciones por lo que a las políticas en materia de drogas se refiere.

A pesar de que las muertes y otros episodios adversos asociados a nuevas sustancias psicotrópicas son escasos, a menudo generan gran atención en los medios y suscitan gran preocupación en el público. En consecuencia, tratar los daños provocados por el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas, cuyos riesgos para los consumidores son desconocidos, también constituye una prioridad en Europa.

Otro ejemplo viene dado por el consumo de drogas en lugares públicos, en los que el consumo y el tráfico de drogas tienen lugar en espacios públicos. Estas situaciones, asociadas a alteración del orden público y a posible violencia, a menudo suscitan preocupación entre la población y pueden resultar prioritarias a la hora de intervenir. Las respuestas, en este caso, deben tener en cuenta tanto las necesidades de las comunidades locales como las de los consumidores de drogas de alto riesgo.



Ejemplos de factores que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar los problemas relacionados con las drogas

■ Edad

En general, cuanto más joven es una persona cuando empieza a consumir una droga, mayor es la probabilidad de que la consuma habitualmente, contraiga una dependencia y sufra daños relacionados con la droga más adelante. Las personas mayores cuyo consumo es prolongado pueden estar especialmente expuestas tanto a problemas de salud graves como crónicos.

■ Sexo

Aunque el consumo de drogas es menor en las mujeres que en los hombres, las que las consumen tienen más probabilidades de desarrollar problemas y efectos adversos para la salud que sus homólogos masculinos. El consumo de drogas entre las mujeres en edad reproductiva puede perjudicar la fertilidad, y si las drogas se consumen durante el embarazo pueden afectar al feto en su fase de desarrollo.

■ Salud física

Las personas con problemas de salud física (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y respiratorias) que además consumen drogas presentan un mayor riesgo de padecer daños. El consumo de drogas puede agravar estas afecciones y elevar el riesgo de sufrir sobredosis mortales. El consumo de drogas también puede interferir en el cumplimiento terapéutico, con lo cual se obtendrán peores resultados.

■ Salud mental

Muchas personas con problemas de drogas presentan problemas de salud mental concomitantes. La relación entre las drogas y la salud mental es compleja: las drogas pueden aumentar el riesgo de contraer problemas de salud mental en las personas vulnerables, pueden agravar los problemas de salud mental existentes, y las personas con depresión, trastornos de ansiedad y esquizofrenia están expuestas a contraer problemas de dependencia en caso de consumirlas.

■ Influencias biológicas

La constitución neurobiológica de un individuo afecta a la respuesta de su cuerpo a las drogas y a su susceptibilidad respecto a los daños; una dosis que para una persona es tolerable, puede resultar mortal para otra. Las características personales, como la impulsividad, también repercuten en los riesgos y los daños asociados al consumo de drogas.

■ Factores socioeconómicos

Las personas socialmente desfavorecidas o excluidas son más propensas a consumir drogas y a experimentar daños relacionados con estas sustancias. Los problemas del consumo de drogas también pueden agravar las desventajas sociales, por ejemplo reduciendo las probabilidades de que los jóvenes finalicen sus estudios u obtengan puestos de trabajo bien remunerados. Los consumidores de drogas sin domicilio pueden recurrir a prácticas más arriesgadas para consumir drogas, como el uso compartido de los instrumentos de inyección o el consumo de drogas en contextos inseguros.

■ Factores familiares

Los factores familiares pueden incrementar o disminuir la vulnerabilidad a los problemas relacionados con las drogas. Por ejemplo, la presencia en la familia de miembros que consumen sustancias puede aumentar la probabilidad de consumir drogas, mientras que un apoyo familiar sólido y el control de los padres pueden constituir una protección frente a los problemas relacionados con las drogas y ayudar a superarlos.

■ Etnia, religión y orientación sexual

Las personas pertenecientes a grupos minoritarios definidos por la etnia, la religión o la orientación sexual pueden ser más o menos propensas al consumo de drogas que la mayoría dentro del corpus social. Los índices de consumo de drogas pueden ser mayores si estas son más fáciles de obtener dentro de las comunidades a las que pertenecen o si los programas de prevención no son adecuados para ellos. Si desarrollan problemas de drogas, el estigma y el limitado acceso a los servicios sanitarios pueden disuadirles de buscar ayuda. No obstante, algunas comunidades minoritarias presentan bajos índices de consumo de drogas por la fuerte cohesión social, los estrechos vínculos familiares y las prohibiciones religiosas relativas al consumo de drogas.



Foco sobre... Las estrategias nacionales sobre drogas en Europa

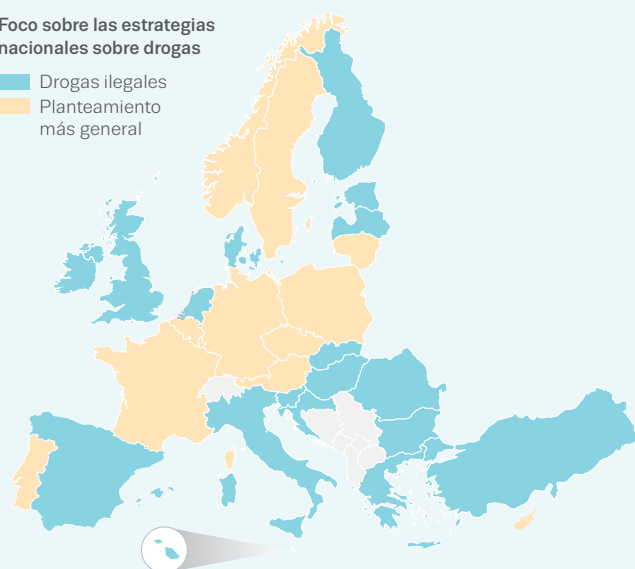
Las estrategias nacionales sobre drogas son herramientas de planificación y coordinación utilizadas por los países europeos para presentar respuesta a los diversos retos sanitarios, sociales y de seguridad planteados por los problemas relacionados con las drogas. Suelen incluir algunos principios, objetivos y prioridades generales, al tiempo que especifican las acciones previstas y los responsables de su aplicación. Estas estrategias apoyan el planteamiento equilibrado de las políticas sobre drogas presentado en la [Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga \(2013-2020\)](#) y en planes de acción asociados, que abordan tanto la reducción de la demanda de drogas como la de la oferta.

Muchos de los factores vinculados o que agravan los problemas relacionados con las drogas y la dependencia representan cuestiones sociales de mayor calado y también guardan relación con el consumo de otras sustancias que pueden ser adictivas, como el tabaco y el alcohol, o con conductas como el juego, pero también están vinculados a otros problemas, como por ejemplo la delincuencia. Estas posibles yuxtaposiciones vienen reconocidas por lo que, en Europa, parece ser una tendencia a la elaboración de documentos estratégicos en materia de lucha contra las drogas que prestan consideración a otras sustancias adictivas o que forman parte de una estrategia más amplia en relación con las adicciones.

Desde 2016, 18 países presentaban una estrategia en materia de drogas centrada principalmente en las drogas ilegales. En los otros 12 países, el enfoque político es más amplio y se otorga consideración a otras sustancias y conductas adictivas (véase la imagen). Estos documentos más generales siguen abordando principalmente las drogas ilegales, con variaciones en las otras sustancias o conductas analizadas; todos tratan el alcohol, 9 de ellos consideran el tabaco, 8 cubren los medicamentos, 3 incluyen el dopaje en el deporte (por ejemplo, las drogas para la mejora del rendimiento) y 7 abordan las conductas adictivas (por ejemplo, el juego). Parece existir una tendencia hacia estrategias más generales en materia de drogas, y la distinción entre un enfoque sobre las drogas ilegales y una estrategia más general no siempre está clara. Por ejemplo, en el Reino Unido, a pesar de que la estrategia general del país se centra principalmente en las drogas ilegales, las administraciones de Gales y de Irlanda del Norte cuentan con estrategias más amplias. En otros casos, en los documentos de apoyo se aprecia una mayor atención a determinados elementos de la estrategia. Es, por ejemplo, el caso de Finlandia, donde un plan de acción específico para la prevención aborda el alcohol, el tabaco, las drogas y el juego.

Foco sobre las estrategias nacionales sobre drogas

- Drogas ilegales
- Planteamiento más general



Véase también el documento del EMCDDA: National drug strategies in Europe: trends and developments.



1.4 | Desarrollo de respuestas sanitarias y sociales adecuadas

Clarificación de los objetivos en las intervenciones

Una vez definidos cuáles son los problemas de drogas que deben abordarse, el siguiente paso es identificar las respuestas que pueden ser eficaces a la hora de abordar estos problemas. De ser posible, debe utilizarse una combinación de intervenciones, puesto que las medidas individuales no suelen ser suficientes. La selección de las respuestas adecuadas exige un buen entendimiento de los objetivos principales que persiguen las intervenciones. Por ejemplo, estos objetivos pueden ser uno, o varios, de los siguientes:

- prevenir que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas;
- retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas;
- evitar que los consumidores experimentales de drogas se conviertan en consumidores habituales;
- ayudar a las personas a dejar de consumir drogas;
- reducir el consumo de drogas y los daños en las personas que ya las consumen;

- disminuir los daños relacionados con las drogas que sufren las comunidades; o
- incrementar la integración social de las personas con problemas de drogas.

Los objetivos dependerán de la evaluación de la naturaleza y el nivel de desarrollo del problema relacionado con las drogas que debe abordarse, por ejemplo:

- ¿está empezando a causar problemas una nueva droga, aunque el número de consumidores aún sea relativamente reducido?;
- ¿está causando nuevos problemas una droga consolidada, como la heroína, con muchos consumidores de alto riesgo?;
- ¿es preocupante la reaparición de una droga ilegal como la MDMA?

En el caso de una nueva sustancia psicotrópica, el objetivo puede ser disuadir a los jóvenes de que la experimenten y animar a aquellos que ya la consumen a que la dejen o a que no la consuman habitualmente, al tiempo que se evita dar la impresión de que el consumo de esta droga es recurrente. Puede que sea necesario realizar una investigación para identificar las pautas de consumo problemáticas de la nueva droga. Es posible que los educadores sanitarios deban buscar maneras eficaces y específicas de informar a los consumidores de drogas sobre los daños y las pautas de consumo más arriesgadas, como las intervenciones con compañeros o los mensajes a través de determinadas redes sociales en las que confían los consumidores de drogas.

En el caso de las drogas consolidadas, los objetivos pueden consistir en prevenir el inicio del consumo de la droga y animar a los consumidores con problemas a participar en los servicios de drogodependencia.



Portal de buenas prácticas

En el [Portal de buenas prácticas](#) del sitio web del EMCDDA se pueden encontrar más detalles sobre las pruebas de aquello que funciona para los diferentes problemas de drogas, para los grupos objetivo y para los diversos contextos, así como directrices y normas de calidad de la prestación de las diferentes intervenciones. Las actualizaciones de las pruebas se basan en revisiones sistemáticas, revisiones de revisiones y síntesis de pruebas incluidas en las directrices (normalmente, los estudios individuales no se tienen en cuenta, salvo en casos excepcionales) y se elaboran con la cooperación de miembros de las colaboraciones Cochrane y Campbell, y se revisan entre pares por expertos del sector. El Portal de buenas prácticas también contiene recopilaciones de directrices y normas europeas e internacionales, así como ejemplos de prácticas.



Foco sobre... La comprensión y el uso de pruebas

Los tipos de pruebas que pueden utilizarse para desarrollar y aplicar respuestas incluyen:

- la ciencia básica, cuyo conocimiento resulta útil para elaborar nuevas intervenciones;
- las evaluaciones de las intervenciones, como los ensayos aleatorios controlados y otros diseños experimentales o estudios observacionales;
- los estudios de aplicación, que pueden analizar los factores asociados a la prestación eficaz del servicio; y
- síntesis de opiniones de expertos, por ejemplo, tal como se utilizan en la elaboración de directrices, y en los que se implican todos los grupos de partes interesadas, incluidos los proveedores y los receptores de la intervención.

Los diversos tipos de pruebas varían por lo que respecta a sus puntos fuertes y débiles, así como a la información que pueden proporcionar. Los problemas relacionados con las drogas son pluridimensionales y no solo exigen intervenciones a nivel médico, sino también a nivel socioeconómico y educativo. Como consecuencia, a menudo es necesario integrar pruebas de una gran variedad de disciplinas y tipos de estudio.

Cuando se examinan las pruebas disponibles para orientar la toma de decisiones, el primer paso consiste en definir la cuestión objeto de la investigación, que, a su vez, determina el diseño de estudio más adecuado. Por ejemplo, la eficacia del tratamiento en las personas se evalúa mejor mediante ensayos aleatorios controlados. Para determinar el impacto a largo plazo de una intervención cuya efectividad ya ha sido comprobada o para analizar el efecto de las políticas más generales o de las intervenciones basadas en la población, es posible que los estudios de observación constituyan el método más adecuado. Entre ellos, las series temporales interrumpidas o los estudios controlados anteriores y posteriores. También es importante tener en cuenta la calidad y la relevancia de las pruebas disponibles. ¿Los resultados son de diseños de estudio adecuados?, ¿están basados en estudios bien dirigidos para minimizar los sesgos? y ¿se han presentado correctamente y están relacionados con los grupos objeto de interés?

Hay varias formas de evaluar la calidad o el valor de las pruebas disponibles. En general, las mejores pruebas proceden de revisiones sistemáticas que combinan los resultados de múltiples estudios y evalúan su calidad y hasta qué punto muestran resultados coherentes. Sin embargo, en los ámbitos más recientes es posible que la conclusión de suficientes estudios primarios y la realización de revisiones sistemáticas necesiten algún tiempo; así los servicios, con frecuencia, deberán desarrollarse en sectores en los que las bases empíricas son deficientes o parciales. Cuando se utilizan pruebas, también es importante reconocer que los puntos fuertes de la prueba no son lo único que debe tenerse en cuenta; pueden producirse intervenciones eficaces cuyas pruebas sean en realidad deficientes, así como puede contarse con pruebas sólidas que den a entender que ciertas intervenciones son ineficaces o, incluso, que pueden causar daños. Es importante señalar que las afirmaciones relativas a las pruebas no se pueden aplicar de forma general, sino en relación con unos resultados concretos y, por lo general, con poblaciones o contextos específicos, o con ambos.

A fin de proporcionar una clasificación de las pruebas con vistas a las intervenciones, esta guía utiliza un sistema basado principalmente en las revisiones sistemáticas, pero identifica también otras pruebas más limitadas. Esta clasificación tiene en cuenta la calidad de las revisiones, la calidad de los estudios primarios que incluyen y la coherencia de los resultados. Las categorías que se utilizan en esta guía son:



Pruebas de alta calidad: una o más revisiones sistemáticas actualizadas que incluyen estudios primarios de alta calidad con resultados coherentes. Las pruebas respaldan el uso de la intervención en el contexto en el que se evaluó.



Pruebas de calidad moderada: una o más revisiones actualizadas que incluyen varios estudios primarios de, como mínimo, calidad moderada con resultados generalmente coherentes. Las pruebas indican que es probable que estas intervenciones sean útiles en el contexto en el que se han evaluado, pero se recomienda efectuar más evaluaciones.



Pruebas de baja calidad: se dispone de algunos estudios primarios de calidad alta o moderada, pero no hay revisiones disponibles o hay revisiones con resultados incoherentes. Actualmente las pruebas son limitadas, pero las disponibles son prometedoras. Esto sugiere que puede valer la pena tener en cuenta estas intervenciones, concretamente en el contexto de ampliar los servicios para abordar nuevas necesidades o necesidades no satisfechas, pero deben evaluarse.

La guía también presenta algunas directrices sobre buenas prácticas que pueden incorporar ámbitos de nuevas intervenciones o prácticas que no han sido probadas pero que, aun así, se aceptan como útiles.

Véase el documento de referencia: [Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction](#).

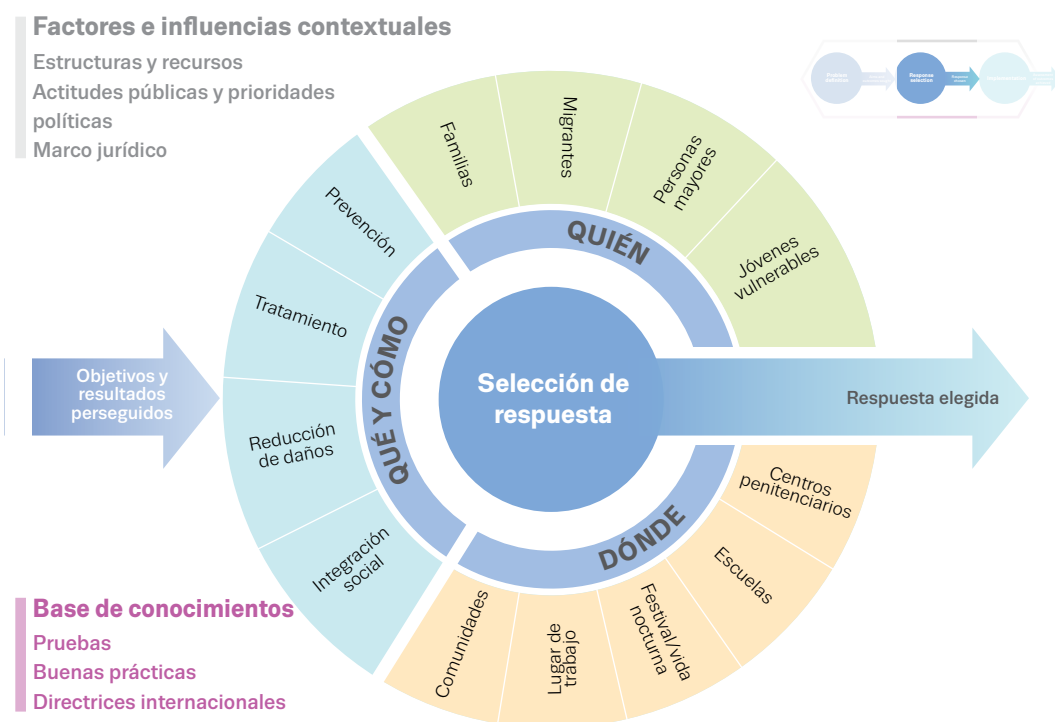
Selección de las opciones de respuesta más adecuadas

La fase siguiente, basada en la evaluación de necesidades y en los objetivos definidos, consiste en decidir cuál es la respuesta adecuada. Hay tres maneras posibles de abordar esta fase: ampliar o mejorar una respuesta existente; importar un planteamiento o programa que se haya utilizado en otro lugar; o elaborar una intervención nueva. En algunos casos, lo más apropiado puede ser modificar ligeramente las respuestas existentes (por ejemplo, ampliar los horarios de funcionamiento de un servicio o añadir un componente a un programa de formación). En otras circunstancias, se necesitará una nueva intervención y deberán tenerse en cuenta una serie de factores a fin de seleccionar la respuesta más adecuada y eficaz (gráfico 1.3).

Las primeras preguntas son qué opciones de respuesta están disponibles para abordar el problema y qué pruebas existen de su eficacia (véase «Foco sobre la comprensión y el uso de pruebas», página 23). Lo ideal sería que las intervenciones estuvieran respaldadas por pruebas disponibles muy sólidas, en la medida de lo posible por metanálisis y revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados a gran escala y estudios de observación de resultados de tratamientos que combinen los resultados de varios estudios con un gran número de individuos. No obstante, estas pruebas no siempre están disponibles, y cuando las pruebas son muy escasas o no están disponibles, el consenso de los expertos puede ser la mejor opción disponible hasta que se obtengan mejores pruebas.

GRÁFICO 1.3.

Factores que deben tenerse en cuenta en la fase 2: selección de respuesta o intervención



Si no hay ninguna respuesta apta disponible, entonces será necesario realizar una búsqueda para elaborar una intervención, investigar su viabilidad y evaluar su aceptación por parte del grupo objetivo. Seguidamente, cuando el programa esté aplicado y se haya adquirido experiencia, deberá realizarse un análisis para evaluarlo.

Los principales tipos de respuestas disponibles y métodos de prestación se describen brevemente en el [apartado 1.5](#). A menudo, es precisa una combinación de medidas de respuesta para tratar los diversos aspectos de los problemas complejos.

Otro factor a tener en cuenta en esta fase son los grupos objetivo específicos de la intervención. Por ejemplo, ¿a quién se aplica el programa:

- a toda la población de posibles consumidores, por ejemplo los adultos;
- a subgrupos de la población que presentan un mayor riesgo de empezar a consumir drogas o que tienen necesidades especiales, como los jóvenes socialmente desfavorecidos, las personas sin domicilio, las mujeres, los grupos de minorías étnicas; o
- a personas que ya consumen drogas o que muestran vulnerabilidad individual?

La última consideración recae sobre el contexto en que el programa se prestará, como escuelas, ambientes nocturnos, lugares de trabajo, centros penitenciarios o centros de tratamiento. Esta variedad de contextos proporciona oportunidades e impone restricciones que deben tenerse en cuenta.



Comprensión de los costes sociales de los problemas de drogas

Los costes de la sociedad relacionados con el fenómeno de las drogas ilegales son amplios y variados. En ellos se incluyen las consecuencias negativas para los individuos y sus familias, así como las repercusiones en las vecindades y la sociedad en general. Además, generan gasto en los servicios de salud y en el sistema de justicia penal. Asimismo, hay costes adicionales como las prestaciones sociales, la financiación de las intervenciones de prevención y la formación e investigación relativas al consumo de drogas.

Entender el coste de las respuestas relacionadas con las drogas es importante para la planificación y la fijación de prioridades. Sin embargo, la información sobre el gasto público relacionado con las drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En los 23 países que han elaborado estimaciones en los últimos diez años, ese gasto público se estima entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB). Se calcula que la reducción de la demanda constituye entre el 23 % y el 83 % del gasto público total relacionado con las drogas, y el tratamiento de la drogodependencia y otros costes sanitarios explican gran parte de este gasto. Un informe reciente ([Drug treatment expenditure: a methodological overview](#)) sobre métodos de cálculo del gasto en tratamiento de la drogodependencia ha destacado tanto los avances en el ámbito de la estimación del gasto en tratamientos como los muchos desafíos pendientes para producir estimaciones sólidas y comparables. También proporciona una base para desarrollar el trabajo de este ámbito en el futuro.

Por otra parte, el gasto público en respuestas al problema de las drogas constituye solo una parte del coste total que soporta la sociedad por las drogas ilegales. También cabe mencionar los costes que asumen los individuos y otros costes externos de la sociedad, como la pérdida de productividad por las muertes prematuras y las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas, así como el impacto económico en los barrios afectados por el tráfico de drogas o por el consumo de drogas en público. Además de estos posibles costes cuantificables deben sumarse el daño, el dolor y el sufrimiento humanos y otras consecuencias, que no se pueden cuantificar pero que, de todos modos, deben tenerse en cuenta. La estimación de estos amplios costes sociales del consumo de drogas puede ser útil para calcular el impacto y la relación coste-beneficio de las respuestas sanitarias y sociales, y para abogar por la asignación de más recursos a estas respuestas. En los países europeos que disponen de datos, el coste social de las drogas ilegales se estima entre el 0,1 % y el 2 % del PIB.

Véanse la página temática sobre [el gasto público relacionado con las drogas](#) en el sitio web del EMCDDA y el documento orientativo del proyecto Leader en <http://www.alicerap.eu/>

Además de los enumerados anteriormente, hay otros factores que deberán tenerse en cuenta a la hora de escoger la combinación de intervenciones que se aplicará. También se determinarán las estructuras y los recursos disponibles para ejecutar las intervenciones. Por ejemplo:

- ¿hay organizaciones gubernamentales, sin ánimo de lucro, benéficas y de la sociedad civil que ya proporcionan este tipo de servicios?;
- ¿los servicios están disponibles en la medida adecuada o tienen la capacidad de ampliar sus servicios?;
- ¿qué recursos adicionales pueden ser precisos para permitir que amplíen su capacidad, por ejemplo fondos para nuevos edificios, más personal y más formación para el personal?

En momentos en que los recursos son escasos o si es necesaria una rápida respuesta a una crisis, puede que se deban equilibrar la cobertura de los servicios (llegar al mayor número de personas) y la intensidad o el nivel de prestación (calidad del servicio) que se pueden ofrecer.

La prioridad política otorgada a los problemas de drogas es un factor importante para la asignación de recursos. ¿Es suficiente generar los recursos necesarios para ampliar la capacidad? O ¿se espera que los proveedores de servicios existentes aborden los nuevos problemas con los recursos actuales? ¿Cómo se establecerán las prioridades de prestación de servicios a los distintos pacientes y cómo se decidirá la asignación de recursos entre diferentes servicios?

Los comportamientos públicos hacia el consumo de drogas pueden ser un factor determinante para las prioridades políticas, la cantidad de recursos sociales destinados a los problemas de drogas y el enfoque que se adopta para tratarlos. Estos comportamientos dependerán de la «imagen rectora» predominante respecto al consumo de drogas, si el consumo de drogas se percibe principalmente como un vicio, un delito, una opción personal, una enfermedad o una discapacidad.

La legislación en materia de drogas de un país puede repercutir en las respuestas que se proporcionan. En todos los países de la UE, la ley define la posesión de drogas controladas como una infracción, y en muchos países el consumo de estas drogas es un delito. En principio, las personas que consumen drogas ilegales pueden ser condenadas con penas de prisión, pero muchos países adoptan un enfoque de salud pública respecto a los problemas sanitarios y sociales del consumo de drogas y derivan a los consumidores de drogas del sistema de justicia penal a los servicios de tratamiento. En algunos países esto ha conducido al aumento de la financiación del tratamiento y la asistencia para abordar los problemas sanitarios y sociales que sufren los consumidores de drogas.



1.5 | Principales tipos de respuestas disponibles

Hay una amplia variedad de respuestas sanitarias y sociales disponibles para tratar los problemas de drogas. Pueden utilizarse con diversas poblaciones, en diferentes fases del problema e individualmente o combinadas. Cuando se consideran a escala nacional o local, todas estas medidas pueden formar parte de un sistema exhaustivo de reducción de la demanda de droga y deben coordinarse e integrarse.

Enfoques sobre prevención

Los enfoques para la prevención en materia de droga cubren un amplio espectro, que va desde los que se dirigen a la sociedad en conjunto (prevención ambiental) hasta las intervenciones que se centran en los individuos en peligro (prevención indicada). Los desafíos principales consisten en ajustar estas estrategias diferentes a los grupos objetivo y los contextos, y en garantizar que poseen una base empírica y que cubren la población suficiente. La mayoría de las estrategias de prevención se centran en el consumo de sustancias en general, algunas también tienen en cuenta los problemas asociados, como la violencia y las conductas sexuales de riesgo; un número reducido de estrategias se concentra en sustancias específicas, como el alcohol, el tabaco o el cannabis.

Las estrategias de **prevención ambiental** tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios del alcohol y las prohibiciones de la publicidad y el consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos escolares protectores, por ejemplo promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y comprensivo, y enseñando normas y valores de civismo.

La **prevención universal** aborda poblaciones enteras, normalmente en contextos escolares y comunitarios, con el objetivo de transmitir a los jóvenes las competencias sociales para evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas.

La **prevención selectiva** interviene en grupos, familias o comunidades específicos, que son más propensos

a consumir drogas o a desarrollar una dependencia, a menudo porque tienen pocos vínculos sociales y recursos.

La **prevención indicada** se centra en individuos con problemas de conducta o psicológicos, que anticipan un mayor riesgo de sufrir problemas de consumo de sustancias más adelante. En la mayoría de los países europeos, la prevención indicada implica principalmente el asesoramiento de jóvenes que consumen sustancias.

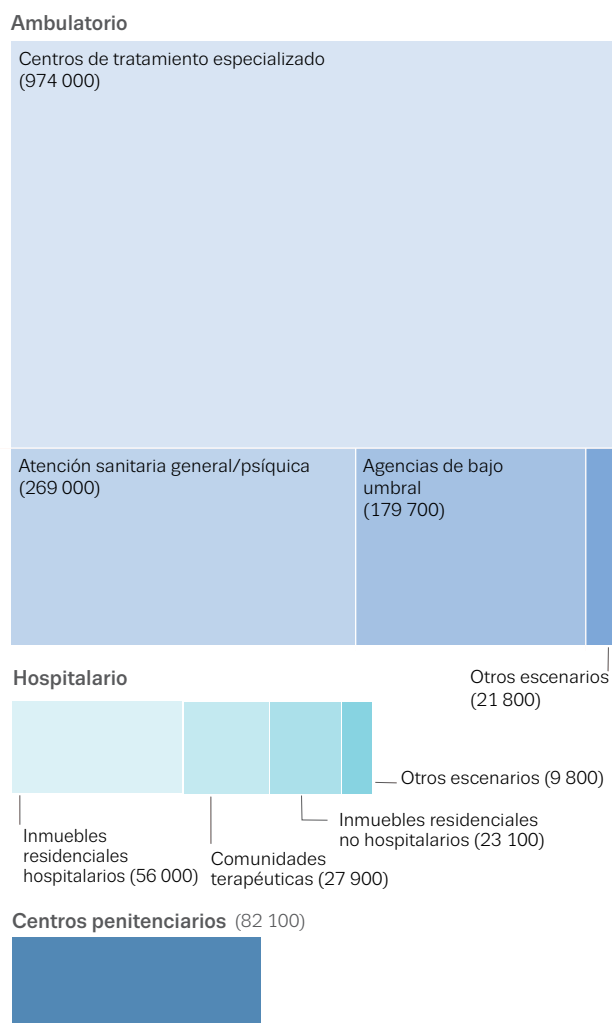
Tratamiento

En Europa se utilizan una serie de intervenciones para tratar los problemas de drogas, entre ellas las intervenciones psicosociales, la sustitución de opioides y la desintoxicación. La importancia relativa de esas modalidades de tratamiento diferentes en cada país depende de distintos factores, tales como la organización del sistema nacional de asistencia sanitaria y la naturaleza de los problemas de drogas en cada país. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia pueden prestarse en varios entornos ambulatorios y hospitalarios: unidades de tratamiento especializado; atención primaria y clínicas de salud mental; servicios de bajo umbral; servicios residenciales hospitalarios y centros residenciales especializados; y servicios en centros penitenciarios (véase el gráfico 1.4).

Gran parte del tratamiento de la drogodependencia en Europa se proporciona en instalaciones ambulatorias, y las dos modalidades principales de tratamiento ambulatorio son el tratamiento de sustitución de opioides y las intervenciones psicosociales.

El tratamiento de sustitución es la intervención principal para los consumidores de opioides en Europa. En general, se administra en servicios ambulatorios especializados, aunque en algunos países se ofrece también en régimen de ingreso en centros sanitarios y en los centros penitenciarios. Además, en aproximadamente un tercio de todos los Estados miembros de la UE, los médicos de familia a menudo desempeñan un papel importante a la hora de organizar cuidados compartidos con centros de tratamiento de drogodependencia especializados.

GRÁFICO 1.4.
Número de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2015, por ámbitos



Las intervenciones psicosociales incluyen el asesoramiento, las entrevistas motivacionales, las terapias cognitivo-conductuales, la gestión de casos, las terapias grupales y familiares y la prevención de la reincidencia. Estas intervenciones ayudan a los consumidores a gestionar y superar los problemas de drogas. Son la modalidad principal de tratamiento que se ofrece a los consumidores de drogas estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas. También se prestan a los consumidores de opioides junto con el tratamiento de sustitución de opioides. En muchos países, la competencia de la prestación de tratamiento psicosocial en régimen ambulatorio es compartida por instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. Generalmente, los proveedores comerciales en Europa desempeñan un papel secundario a la hora de prestar intervenciones psicosociales.

Una proporción inferior de tratamiento de drogodependencia en Europa se presta en instalaciones hospitalarias. El tratamiento hospitalario o residencial, ya sea en un hospital o no, exige a los pacientes que vivan en el centro de tratamiento durante varias semanas o incluso meses, con el fin de facilitar que los pacientes se abstengan de consumir drogas. La prestación de tratamiento de mantenimiento con opioides en centros hospitalarios es escasa, pero existe para determinados grupos de pacientes con elevados niveles de morbilidad. Un requisito previo para ingresar puede ser la desintoxicación, una intervención a corto plazo con supervisión médica que procura reducir y acabar con el consumo de drogas, con apoyo para aliviar los síntomas de abstinencia u otros efectos negativos. Normalmente, la desintoxicación es una intervención que requiere el ingreso en un hospital, un centro de tratamiento especializado o un establecimiento residencial con servicios médicos o psiquiátricos.

En los centros en régimen de ingreso, los pacientes reciben tratamientos psicosociales estructurados e individualizados, y participan en actividades orientadas a su rehabilitación y reinserción social. A menudo se adopta un enfoque terapéutico comunitario. El tratamiento en régimen de ingreso también puede prestarse en hospitales psiquiátricos a aquellos que también sufren trastornos mentales. Las instituciones públicas, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales están involucrados en la prestación de atención en régimen de ingreso en Europa, y los proveedores principales varían según el país.

Cada vez es más frecuente la prestación de servicios de prevención y tratamiento a través de internet. Estas intervenciones pueden ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de tratamiento para personas con problemas por el consumo de drogas, que de otra forma no podrían acceder a servicios especializados (véanse «Foco sobre las intervenciones de salud electrónica», página 119, y el documento de referencia sobre la salud electrónica y la salud móvil).

Reinserción social

Muchos consumidores de drogas de alto riesgo, sobre todo los consumidores crónicos de opioides, sufren exclusión social. El desempleo y el bajo nivel de educación son comunes, y muchos no tienen domicilio o viven en alojamientos inestables. Las intervenciones que abordan estas cuestiones se centran en la reinserción social de los consumidores de drogas, por ejemplo, mejoran la capacidad de la persona para conseguir y mantener un empleo.

Entre los planteamientos adoptados se incluyen los programas de formación profesional que apuntan a mejorar las habilidades y cualidades necesarias para encontrar y mantener un empleo. Las empresas sociales y cooperativas que ofrecen experiencia laboral y empleo asistido pueden facilitar la transición del tratamiento a un empleo convencional. Los programas que interactúan con los empleadores para animarles a contratar personas que han sufrido problemas de drogas y a proporcionar apoyo en el trabajo también son valiosos (véase el [apartado 4.3](#) sobre respuestas en el lugar de trabajo).

Tratar los problemas relativos a la vivienda también suele ser esencial para la reinserción social. Los servicios de apoyo a la vivienda pueden proporcionar alojamiento a corto o largo plazo, así como acceso a otros servicios, como la atención médica, el tratamiento de la drogodependencia, las actividades sociales, la educación y la formación. Incluyen programas como «Housing First», que ofrece alojamiento tan pronto como sea posible, antes de tratar los problemas de drogas o prestar otro tipo de apoyo a la persona.

Reducción de daños

La reducción de daños comprende intervenciones, programas y políticas que procuran reducir los daños sanitarios, sociales y económicos del consumo de drogas en los individuos, las comunidades y las sociedades. Un principio fundamental de la reducción de daños es el desarrollo de respuestas pragmáticas para lidiar con el consumo de drogas, mediante una jerarquía de objetivos de intervención que hacen especial hincapié en la reducción de daños relacionados con la salud por el consumo persistente de drogas. Se abordan las necesidades sanitarias y sociales inmediatas de los consumidores de drogas problemáticos, especialmente aquellos en situación de exclusión social,

mediante la administración de tratamientos de sustitución de opioides y programas de intercambio de agujas y jeringuillas para prevenir las muertes por sobredosis y reducir la propagación de enfermedades contagiosas. Otros planteamientos incluyen los programas de acercamiento, la promoción de la salud y la educación.

En 2003, el Consejo de Ministros de la Unión Europea aprobó una [Recomendación](#) relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia, que instaba a los Estados miembros a que adoptaran una serie de políticas e intervenciones para tratar los daños para la salud asociados a la drogodependencia. En 2007, la Comisión Europea fijó como objetivo de salud pública [la prevención y la reducción de los daños asociados a la drogodependencia](#) en todos los países. Las políticas nacionales en materia de droga reflejan cada vez más los objetivos de reducción de daños definidos en la Estrategia de la UE en materia de drogas, y en Europa hay un consenso general sobre la importancia de reducir los daños, sobre todo la propagación de enfermedades infecciosas y la morbilidad relacionada con las sobredosis.

Recientemente, han surgido nuevas oportunidades para mejorar el alcance y la eficacia de las intervenciones de reducción de daños, en particular mediante los avances en el ámbito de la tecnología de la información y de las aplicaciones móviles. Los nuevos enfoques incluyen, por ejemplo, el uso de [aplicaciones de salud electrónica](#) para prestar breves intervenciones y apoyo para la recuperación de forma más amplia, y el uso de [información conductual](#) para desarrollar programas más eficaces (véanse también [«Foco sobre las intervenciones de salud electrónica»](#), página 119, y [«Foco sobre la aplicación de la información conductual a las prácticas y las políticas sobre drogas»](#), página 169).

1.6 | Aplicación, supervisión y evaluación de las respuestas seleccionadas

La aplicación satisfactoria de cualquier respuesta política depende de una serie de factores que deberán tenerse en cuenta a la hora de planificar o revisar las políticas o programas (véase el gráfico 1.5).

Factores que afectan a la aplicación

En primer lugar, el apoyo de los responsables políticos y del público es fundamental. Los responsables políticos y el público deben aceptar que hay un problema en materia de drogas que requiere una respuesta específica. También deben estar convencidos de que un enfoque de salud pública es más adecuado que una respuesta mayormente de orden público. Puede que sea necesario fomentar que se haga hincapié en la relación coste-beneficio de la acción y de la inacción, a fin de garantizar la asignación de los recursos sociales necesarios para una respuesta política pública eficaz.

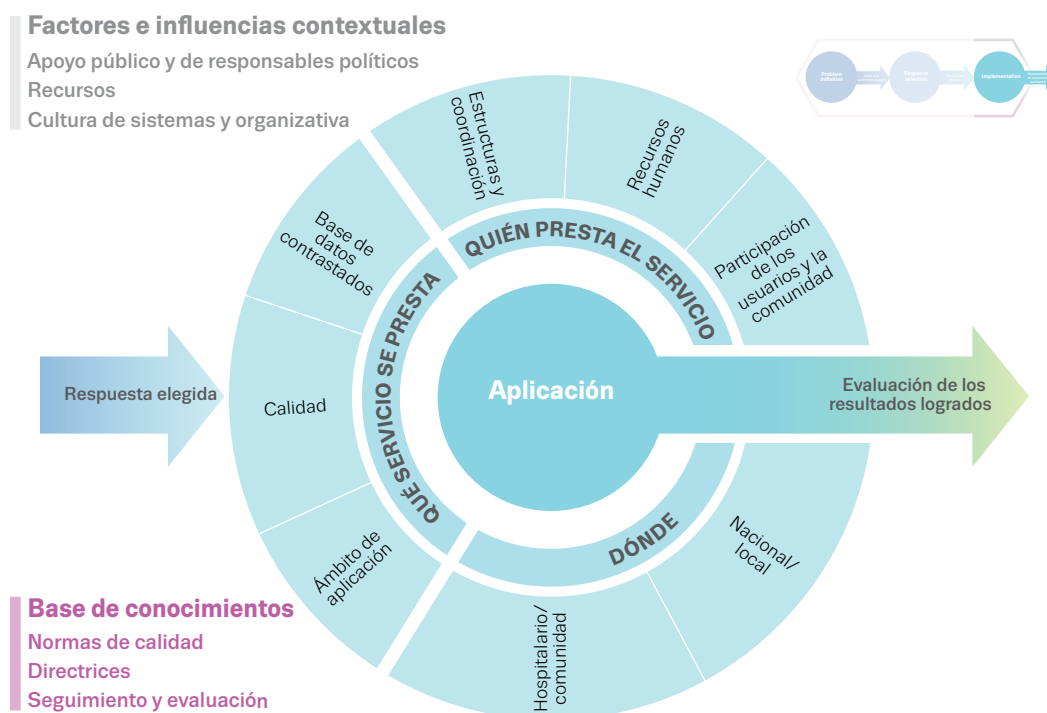
La aplicación eficaz de una intervención depende de si se dispone de suficiente personal capacitado para

prestarla. Esto puede exigir la formación de más personal para permitir que se amplíen los servicios. También puede implicar el reciclaje del personal que está más habituado a tratar con otros tipos de consumidores de drogas problemáticos (por ejemplo, los consumidores que se inyectan opioides en lugar de los consumidores de estimulantes o de cannabis con problemas) o que deben trabajar con grupos nuevos, como consumidores de drogas más jóvenes.

Las intervenciones también exigen instalaciones y localizaciones adecuadas para proporcionar tratamiento, actividades de acercamiento u otros programas. La implicación de la comunidad puede ser fundamental si las comunidades albergan servicios de tratamiento o de acercamiento. Algunas de las preocupaciones que deberán abordarse incluyen el miedo a que los servicios atraigan a los consumidores de drogas y aumenten los problemas relacionados con estas, o que contribuyan a la concentración de consumidores en los servicios y a que trafiquen y consuman drogas abiertamente.

GRÁFICO 1.5.

Fase 3: Aplicación



Gestión y coordinación de servicios

Los sistemas de gestión son necesarios para coordinar la labor de diferentes agencias y servicios que intentan abordar los problemas relacionados con las drogas. La coordinación puede exigir el establecimiento de comités consultivos o grupos de referencia con amplia representación de las principales partes interesadas. Estos pueden determinar la dirección de una estrategia global. También garantizan la implicación de todos aquellos que se ven afectados por una política; esta implicación promueve una mayor aceptación de los enfoques de la política.

Además, la interacción entre problemas relacionados con las drogas y otros problemas sociales o de salud significa que es importante garantizar una coordinación adecuada entre los servicios en materia de drogas y otros servicios sanitarios. Por ejemplo, a menudo los problemas de drogas se asocian a problemas de salud mental y, por ello, es fundamental que los servicios en materia de drogas y los de salud mental trabajen en común para asegurar que ambos problemas se abordan de manera eficaz (véase «[Foco sobre la comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental](#)», página 32). Lamentablemente, a menudo esto no sucede.

Las normas de calidad para la prestación del servicio son otro mecanismo para contribuir a la aplicación eficaz. Estas se comentan en el capítulo 5. La UE ha publicado las normas de calidad mínimas para la reducción de la demanda de droga que cubren la prevención, la reducción de riesgos y daños, el tratamiento, la reinserción social y la rehabilitación.

Puede que sea necesario consultar periódicamente con las agencias implicadas en la prestación del servicio, a fin de identificar y resolver los problemas de aplicación. Los representantes de los usuarios del servicio pueden hacer comentarios sobre la ejecución del servicio y aportar sugerencias sobre cómo mejorar su diseño y prestación. Es fundamental que se cree una cultura organizativa basada en la colaboración y no en la competencia entre agencias y servicios para conseguir recursos y pacientes.

Control y evaluación de la prestación del servicio

El control, la evaluación y la notificación son fundamentales para una buena prestación del servicio. Permiten al personal controlar la ejecución de sus programas, mejorar su prestación, evaluar la rentabilidad y rendir cuentas a las fuentes de financiación de los servicios que

prestan. También deben posibilitar la identificación de las consecuencias negativas imprevistas de intervenciones u otras acciones, por ejemplo, un cambio en una práctica que ocasione un aumento de la tasa de abandono; o la identificación de los casos en que las acciones para evitar el desvío de medicamentos recetados reducen su acceso a los pacientes que los necesitan, lo cual deriva en la ineficacia del tratamiento y el dolor y sufrimiento asociados, así como en el aumento de los costes sanitarios.

El control de la aplicación y la aceptación de las intervenciones exigen sistemas de recopilación de datos sostenibles. A fin de que los datos resulten útiles, deben cumplimentarse unos formularios sistemática y debidamente. Los resultados deben comunicarse al personal para mostrar el valor de la recogida de datos. Ejemplos de las preguntas que deben plantearse en las acciones de control y evaluación son:

- ¿qué tipos de intervenciones se han prestado (por ejemplo, asesoramiento, apoyo social, tratamiento de sustitución de opioides)?;
- ¿para cuántos o para qué tipos de pacientes o grupos objetivo han servido?;
- ¿cuáles son los resultados respecto a la prevención o reducción del consumo de drogas y de los daños relacionados con las drogas, o respecto a la mejora de la calidad de vida de los pacientes?;
- ¿cómo son los costes de la intervención en comparación con programas o servicios alternativos?

Estos datos son útiles tanto para fines internos como externos; por ejemplo: para evaluar y perfeccionar los servicios y las respuestas para los pacientes; informar a las entidades financiadoras; defender la continuidad de la financiación o la financiación adicional para servicios vigentes; o abogar por intervenciones alternativas más rentables. Normalmente, el control y la evaluación de la prestación de servicios en curso los realizan los propios servicios, mientras que lo ideal sería que la evaluación de resultados y del impacto la efectuaran evaluadores externos, que puedan ser más objetivos. El control y la evaluación se abordan con más detalle en el [apartado 5.3](#).

Puesto que los efectos de las intervenciones en los daños relacionados con las drogas pueden detectarse con retraso, el desafío de los responsables políticos recae en asegurar que los servicios continúan financiándose incluso después de haber superado la crisis advertida en materia de drogas. Los resultados de la investigación sobre el impacto de los servicios, su rentabilidad y el alcance de los problemas de drogas en la población pueden desempeñar un papel útil en este proceso.



Foco sobre... La comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental

Los problemas de salud mental son muy comunes en las personas que sufren un trastorno por dependencia, y estos pacientes presentan problemas clínicos y psicosociales más graves que los pacientes con trastornos por dependencia sin problemas de salud mental concomitantes.

Las enfermedades psiquiátricas concomitantes más frecuentes en los individuos con trastornos por dependencia son la depresión mayor, la ansiedad (fundamentalmente, trastornos de angustia y por estrés postraumático) y los trastornos de la personalidad (principalmente, trastornos asociales y trastorno límite de la personalidad). La comorbilidad con estos problemas de salud mental aumenta la dificultad de tratar los trastornos por dependencia, así como el riesgo de desarrollar cronicidad, y contribuye a presentar pronósticos más desfavorables, tanto para los trastornos psiquiátricos como para los de dependencia.

En las publicaciones se aprecia un amplio consenso respecto a que los dos tipos de trastornos deben abordarse desde un planteamiento multidisciplinar, en que los profesionales en materia de drogas y los de salud mental trabajan en conjunto para alcanzar objetivos comunes. No obstante, hay falta de consenso en lo que respecta al contexto del tratamiento más adecuado y a las estrategias farmacológicas y psicosociales que se deben utilizar.

El obstáculo principal a la hora de tratar los trastornos por dependencia y los trastornos psiquiátricos concomitantes es que, en la mayoría de los países europeos, se separan las redes de tratamiento de la salud mental y del consumo de drogas. Esto suele significar que cada servicio de tratamiento carece de los conocimientos suficientes para tratar ambos tipos de trastornos, lo cual conduce a enfoques de tratamiento, normas y recursos financieros distintos.

Mejora de las respuestas para las personas con comorbilidad

Es preciso un enfoque sistemático para detectar y tratar los problemas de salud mental concomitantes de las personas con trastornos por dependencia.

El consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos deben evaluarse mediante instrumentos validados. Los instrumentos de diagnóstico estándar para los trastornos por dependencia y para los trastornos psiquiátricos pueden utilizarse habitualmente cuando la falta de tiempo del personal o la carencia de conocimientos impidan realizar evaluaciones más amplias.

Los enfoques terapéuticos para tratar los diagnósticos duales, ya sea a nivel farmacológico, psicológico o ambos, deben abordar los dos trastornos desde el primer contacto para identificar la mejor opción para cada individuo.

Es necesario que:

- se revise en profundidad la organización de los servicios en los países europeos;
- se realice un estudio multinacional mediante una metodología estandarizada para facilitar las comparaciones transnacionales;
- se introduzcan elementos específicos sobre la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con trastornos por dependencia en los sistemas de notificación de Europa, para permitir el seguimiento rutinario;
- los estudios de resultados de tratamientos mejoren su base empírica respecto a los tratamientos farmacológicos y psicosociales para las personas con comorbilidad de consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos
- se realice una revisión e investigación exhaustivas sobre posibles intervenciones tempranas para identificar casos de alto riesgo (por ejemplo, jóvenes adolescentes), a fin de desarrollar medidas de prevención.

Véase la publicación: EMCDDA Insights 2013 [Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data](#).



Otros recursos

EMCDDA

- Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK).
- Evaluation Instruments Bank.
- Portal de buenas prácticas.
- Drug-related public expenditure.
- Drug treatment expenditure: a methodological overview, EMCDDA Insights, 2017.
- National drug strategies in Europe: trends and developments, 2017.
- Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction, Harry R. Sumnall, Geoff Bates y Lisa Jones, documento de referencia.

Otras fuentes

- Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020).
- Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020.
- EU Common Position on UNGASS 2016.
- Minimum quality standards for drug demand reduction interventions in the EU, 2015.
- Documento orientativo del proyecto Leader.
- Informe sobre la aplicación de la Recomendación del Consejo, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2



CAPÍTULO 2

Problemas derivados de determinados tipos o pautas de consumo de drogas

El presente capítulo aborda los problemas desde la perspectiva de determinadas pautas de consumo de drogas y las sustancias específicas que preocupan a muchos países de la Unión Europea (UE). En cada caso, se proporciona una visión global de los aspectos más importantes del problema, junto con una revisión de las intervenciones que pueden ser adecuadas para responder al problema. Además, se presenta un breve resumen de las pruebas disponibles sobre la eficacia, un repaso de las respuestas que se utilizan actualmente en Europa y un examen de algunas de las repercusiones relacionadas para la política y la práctica. También se proporcionan enlaces a información más detallada sobre los temas tratados.

Los problemas de drogas que se abordan en este capítulo son:

- los problemas asociados al consumo de cannabis;
- la dependencia de los opioides;
- las muertes relacionadas con los opioides;
- la hepatitis vírica, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones asociadas al consumo de drogas inyectables;
- los problemas relacionados con el consumo de estimulantes;
- las nuevas sustancias psicotrópicas;
- el consumo indebido de medicamentos; y
- el policonsumo.



2.1 Respuesta a los problemas asociados con el consumo de cannabis



RESUMEN

Problemas

El consumo de cannabis puede producir, o empeorar, una serie de problemas económicos, sociales y de salud física y mental. Existe una mayor probabilidad de que aparezcan problemas si el consumo empieza a una edad temprana y se convierte en consumo habitual y de duración prolongada. Así, los objetivos principales de las respuestas sanitarias y sociales para abordar el consumo de cannabis y los problemas asociados deben incluir:

- prevenir el consumo, o demorar su comienzo desde la adolescencia hasta los primeros años de la edad adulta;
- prevenir que el consumo de cannabis pase de ocasional a regular;
- reducir los modos de consumo nocivos; y
- ofrecer intervenciones, incluido el tratamiento, para las personas cuyo consumo de cannabis ha pasado a ser problemático.

Palabras clave:

cannabis, prevención,

salud electrónica,

jóvenes, normativa

sobre el cannabis,

intervenciones breves

Opciones de respuesta

- *Programas de prevención*, como intervenciones escolares de varios componentes que desarrollen competencias sociales y habilidades de rechazo, toma de decisiones saludables y hacer frente a los obstáculos y corrección de concepciones normativas erróneas sobre el consumo de drogas; intervenciones familiares; e intervenciones por ordenador estructuradas.
- *Intervenciones breves*, por ejemplo, entrevistas motivacionales realizadas en departamentos de urgencias o entornos de atención primaria.
- *Tratamiento*: las investigaciones sugieren que la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y la gestión de contingencias pueden reducir el consumo de cannabis y los daños a corto plazo; la terapia familiar multidimensional puede reducir el consumo de pacientes jóvenes de alta gravedad; y algunas intervenciones en línea y por ordenador pueden reducir el consumo de cannabis a corto plazo.
- Intervenciones de *reducción de daños*, por ejemplo, que aborden los daños asociados con fumar cannabis, especialmente cuando se consume de forma conjunta con el tabaco.

Perspectiva europea

- La prevención universal está ampliamente extendida, pero no siempre se basa en pruebas. En algunos países europeos se utilizan enfoques de prevención selectiva, por lo general en delincuentes jóvenes o jóvenes en instituciones asistenciales, pero poco es lo que se sabe sobre su eficacia. Los enfoques de prevención indicada y las intervenciones breves no parecen ser objeto de un uso generalizado.
- En muchos países de la UE se ofrece tratamiento para las personas con problemas de cannabis en los programas genéricos de tratamiento por drogas, y el tratamiento específico para el cannabis está disponible en la mitad de los países. La mayor parte de los tratamientos se ofrecen en entornos comunitarios o ambulatorios y, cada vez más, en línea.

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa y a escala mundial. Se estima que unos 17,1 millones de jóvenes europeos (de 15 a 34 años), o el 13,9 % de este grupo de edad, consumieron cannabis el año pasado. Esta estimación incluye a 10 millones de jóvenes de 15 a 24 años (17,7 % de este grupo de edad). La edad del primer consumo de cannabis es inferior al resto de drogas ilegales, y el consumo de cannabis es más elevado entre los jóvenes.

A menudo, el consumo de cannabis es experimental, y normalmente solo dura un período de tiempo reducido de la edad adulta temprana. Sin embargo, una minoría de consumidores desarrollan pautas problemáticas y más persistentes de consumo de cannabis, y estos problemas están estrechamente relacionados con el consumo habitual, prolongado y de cantidades elevadas. Entre estos problemas se incluyen:

- salud física deficiente (por ejemplo, síntomas respiratorios crónicos);
- problemas de salud mental (por ejemplo, dependencia del cannabis y síntomas psicóticos); y
- problemas sociales y económicos derivados de un rendimiento escolar precario, el abandono escolar, una productividad laboral deficiente o la implicación en el sistema de justicia penal.

Estos resultados son más probables si los consumidores empiezan a consumir habitualmente en la adolescencia, cuando el cerebro es joven y aún se está desarrollando. Los riesgos pueden aumentar con el consumo de productos de cannabis más potentes, sobre los que presentan altas concentraciones del componente psicoactivo, el tetrahidrocannabinol (THC), y menores concentraciones de otro componente, el cannabidiol (CBD).

Las consecuencias negativas para los jóvenes con antecedentes penales por infracciones de consumo o posesión han suscitado la preocupación de algunos países, en que las sanciones penales pueden ser desproporcionadas respecto a los daños que causa el consumo de cannabis. Este es uno de los factores que impulsan la experimentación con diferentes modelos reguladores en este sector (véase «[Foco sobre la repercusión de los nuevos modelos de regulación del cannabis en las respuestas](#)», página 40).

En Europa, el método más común para consumir cannabis es fumado y mezclado con tabaco. Esto conlleva riesgos sanitarios adicionales, y la dependencia de la nicotina también puede dificultar aún más el tratamiento. Además, apunta hacia la necesidad de analizar de manera más

holística las políticas y las respuestas relacionadas con el cannabis y el tabaco.

También aumenta la preocupación relativa a los problemas asociados a los agonistas de los receptores cannabinoides sintéticos de potencia elevada, generalmente denominados «cannabinoides sintéticos». A pesar de actuar en los mismos receptores cannabinoides del cerebro, estas sustancias son muy distintas al cannabis, y en este informe se analizan en el [apartado 2.6](#) sobre nuevas sustancias psicotrópicas y en el [apartado 4.1](#) sobre centros penitenciarios.

Los objetivos principales de las respuestas sanitarias y sociales para abordar el consumo de cannabis y los problemas asociados pueden incluir:

- prevenir el consumo, o demorar su comienzo desde la adolescencia hasta los primeros años de la edad adulta;
- prevenir que el consumo de cannabis pase de ocasional a regular;
- reducir los modos de consumo nocivos; y
- ofrecer tratamiento a las personas cuyo consumo de cannabis ha pasado a ser problemático.

Los responsables políticos también deberían estudiar la forma de reducir la implicación de jóvenes consumidores de cannabis en el sistema de justicia penal.

Opciones de respuesta

Intervenciones para prevenir, demorar el inicio o el aumento del consumo de cannabis

Por lo general, los programas de prevención eficaces para el consumo de cannabis adoptan una perspectiva de desarrollo y no son específicos para la sustancia. Los programas de prevención para adolescentes a menudo aspiran a reducir o demorar el consumo de cannabis, además del consumo de alcohol y cigarrillos.

Se ha observado que los programas de prevención bien diseñados impartidos en las escuelas han reducido el consumo de cannabis. Dichos programas se basan en un manual (es decir, su aplicación está estandarizada y las personas que los aplican utilizan protocolos y manuales) y, por lo general, tienen múltiples objetivos: desarrollar las competencias sociales y las habilidades de rechazo; mejorar la toma de decisiones y hacer frente a los obstáculos; concienciar sobre las influencias sociales respecto al consumo de drogas; corregir concepciones normativas



Visión general de las pruebas sobre... las intervenciones para prevenir o demorar el consumo de cannabis



Las intervenciones de varios componentes pueden reducir el consumo de alcohol y de cannabis cuando se aplican en escuelas con el uso de enfoques de influencia social, corrigiendo concepciones normativas erróneas y desarrollando competencias sociales y habilidades de rechazo. Los programas que solo facilitan información sobre los riesgos del consumo de drogas han demostrado no ser eficaces para prevenir el consumo.



Las intervenciones familiares universales, como Familias Unidas, Focus on Kids o Strengthening Families 10-14, pueden ser eficaces en la prevención del consumo de cannabis cuando se realizan en varios entornos y ámbitos.



Las intervenciones por ordenador estructuradas pueden ser eficaces para prevenir el consumo de cannabis cuando se efectúan en escuelas o grupos familiares.



Las intervenciones con entrevistas motivacionales dirigidas al consumo de cannabis pueden ser eficaces cuando se realizan en los departamentos de urgencias o en los entornos de asistencia primaria.



No se tiene la certeza de que las intervenciones breves en las escuelas puedan reducir el consumo de sustancias de los jóvenes, si bien algunas informaciones indican que pueden tener un impacto limitado en el consumo de cannabis.

erróneas, como que es común consumir drogas entre compañeros; y proporcionar información sobre los riesgos que comporta el consumo de drogas. Los programas impartidos en las escuelas, centrados exclusivamente en ampliar el conocimiento de los estudiantes sobre los riesgos del consumo de drogas, han resultado ineficaces a la hora de prevenir el consumo de cannabis y otras drogas. Para consultar ejemplos de programas con una evaluación positiva visite el [Portal de buenas prácticas](#) (véase también el [apartado 4.4](#)).

Existen pocas pruebas de calidad que muestren que las intervenciones familiares universales basadas en un manual para padres e hijos pueden prevenir el consumo de cannabis. Los programas de prevención que se aplican en varios entornos y ámbitos (por ejemplo, en escuelas y a las familias, con asesoramiento y campañas en los medios) parecen ser los más eficaces. Las pruebas sobre la eficacia de la prevención selectiva dirigida a las familias de los jóvenes clasificados como «en riesgo» son diversas y no se pueden extraer conclusiones sobre la eficacia de este planteamiento.

Las campañas mediáticas independientes (incluyendo TV, radio, prensa escrita e internet) que recurren a los principios del *marketing* social y divulgan información sobre el riesgo de consumir drogas suelen valorarse como ineficaces para

lograr cambios de conducta. Por esta razón normalmente se recomienda que se utilicen solo como parte de un mayor conjunto de programas que integra una amplia variedad de enfoques.

En general, las intervenciones breves pretenden actuar en las fases tempranas del consumo de drogas para reducir la intensidad del consumo o evitar que se convierta en un consumo problemático. La mayoría de las veces se utilizan para responder a las drogas que suelen consumir los jóvenes, como el cannabis. Estas intervenciones tienen una duración limitada y sus objetivos y métodos de aplicación varían significativamente. Uno de los aspectos más atractivos de este enfoque es que puede utilizarse en entornos diferentes, por ejemplo, médicos de atención primaria, asesores, monitores de jóvenes o policías. Con frecuencia, integran elementos de las entrevistas motivacionales. Un estudio reciente del EMCDDA reveló que, si bien había investigaciones que respaldaban su eficacia, siguen siendo escasas y que es un ámbito que se debe analizar más. El desarrollo de breves intervenciones en línea constituye un trabajo innovador, y también hay escasas (poca calidad) pruebas de que las intervenciones estructuradas prestadas a través del ordenador y de internet puedan prevenir el consumo de cannabis, cuando se aplican en escuelas o a grupos de familias.

Reducción de daños por el consumo de cannabis

Se ha prestado menos atención a la reducción de daños por el consumo de cannabis que por el de otras sustancias, pero, aun así, es importante. Las intervenciones de reducción de daños para consumidores de cannabis pueden centrarse en evitar pautas de consumo más problemáticas, limitar el consumo y concienciar sobre la necesidad de controlar los posibles efectos negativos del consumo en otros ámbitos vitales, por ejemplo el rendimiento escolar o las relaciones sociales. Una reciente [revisión](#) de las publicaciones realizada por Fischer et al. (2017), para actualizar las directrices sobre el consumo de cannabis de menor riesgo en Canadá, proporciona recomendaciones pertinentes con base empírica que se utilizan más adelante.

Tratar los daños específicos asociados al consumo de cannabis, sobre todo combinado con tabaco, es otro tema importante, aunque ignorado. Las intervenciones en este ámbito se centrarían en fomentar vías alternativas de administración, que no implicasen fumar o el uso del tabaco, y en limitar los daños provocados por la inhalación.

Las alternativas a fumar, como los vaporizadores o los productos comestibles, están disponibles, si bien estos métodos tampoco están exentos de riesgos. El consumo de comestibles descarta los riesgos respiratorios, pero el inicio retrasado del efecto psicoactivo puede provocar que se consuman cantidades superiores a lo previsto, con graves consecuencias adversas. Existen pocas pruebas para juzgar los posibles beneficios o daños relativos de algunas de las nuevas tecnologías o de las ya consolidadas en este ámbito. No obstante, es evidente que desde una perspectiva de salud pública el uso combinado de tabaco con cannabis debe evitarse.

Algunas prácticas que se utilizan habitualmente a la hora de fumar cannabis, como la «inhalación profunda» y la

contención de la respiración, incrementan la entrada de productos tóxicos en los pulmones. Se debe incitar a los consumidores a evitar estas prácticas.

Los productos con mayor contenido de THC están asociados a un elevado riesgo de sufrir problemas crónicos y graves. Debe concienciarse a los consumidores sobre la importancia de conocer la naturaleza y la composición de los productos de cannabis que consumen. Algunas pruebas experimentales indican que el CBD puede moderar los efectos psicotrópicos y las posibles consecuencias adversas del THC, por lo que sería recomendable consumir cannabis con un contenido reducido de THC y elevados niveles de CBD. Sin embargo, en un mercado ilegal, normalmente no se dispone de información sobre el contenido de THC y CBD.

Los estudios señalan que la conducción bajo los efectos del cannabis aumenta el riesgo de sufrir un accidente automovilístico, y este riesgo puede incrementarse si también se consumen alcohol u otras sustancias psicotrópicas. Sería prudente que los consumidores se abstuvieran de conducir (o manipular maquinaria peligrosa) durante al menos seis horas después de haber consumido el cannabis. Los consumidores también deben tener en cuenta, y respetar, los límites jurídicos aplicables a escala local, que definen la conducción bajo los efectos del cannabis.

En particular, ciertos grupos de la población deberían evitar el consumo de cannabis, ya que parecen estar expuestos a un mayor riesgo de padecer daños relacionados con esta sustancia. Entre ellos, los individuos con antecedentes en la familia o a nivel personal de psicosis o de un trastorno por dependencia, los adolescentes y las embarazadas, para evitar efectos adversos en el feto.

Visión general de las pruebas sobre... el tratamiento del consumo problemático de cannabis



Las intervenciones conductuales (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y la gestión de contingencias) pueden reducir el consumo y mejorar el funcionamiento psicosocial de adultos y adolescentes a corto plazo.



La terapia familiar multidimensional reduce el consumo y mantiene a los pacientes bajo tratamiento, especialmente a los pacientes jóvenes de alta gravedad.



Las intervenciones en línea y por ordenador pueden ser eficaces a la hora de reducir el consumo de cannabis, al menos a corto plazo, y constituyen un modo rentable de llegar a un gran número de consumidores de cannabis.





Foco sobre... La repercusión de los nuevos modelos de regulación del cannabis en las respuestas

Regulación del cannabis en la Unión Europea

Una serie de jurisdicciones de la UE ha reducido las sanciones por el consumo o la posesión de pequeñas cantidades de cannabis y, en algunos casos, por el cultivo de algunas plantas para el consumo personal. La mayoría de los países de la UE en la actualidad recurre a multas, advertencias y a la libertad vigilada a modo de sanciones por posesión de pequeñas cantidades de cannabis. La mayoría de estos cambios se derivan de modificaciones en las políticas de ejecución formales o informales relativas a la posesión, más que a cambios jurídicos a escala nacional.

Durante unos cuarenta años los Países Bajos han tolerado la venta al por menor de cannabis. Recientemente, los clubes sociales de cannabis españoles han producido cannabis para suministrarlo sin fines de lucro a sus miembros. Estos clubes han proliferado y están apareciendo en otras partes de Europa. En muchos países europeos se han aprobado los medicamentos derivados del cannabis y, en el momento de la publicación, el consumo de cannabis con fines médicos está permitido o tolerado en muchos Estados miembros.

Legislación del cannabis en América

A diferencia de en la Unión Europea, en algunas partes de América se ha introducido una política de legalización del consumo recreativo de cannabis para adultos:

- los ciudadanos de 8 estados de los Estados Unidos votaron para permitir la producción y la venta comercial de cannabis para el consumo recreativo de adultos (Colorado y Washington, 2012; Oregón y Alaska en 2014; y California, Massachusetts, Maine y Nevada en 2016); además, los votantes de Washington D. C. aprobaron una medida por la que se legalizaba el cultivo a domicilio, la posesión y la donación de cannabis, pero no los comercios minoristas;
- en 2013, Uruguay se convirtió en el primer país que legalizaba el consumo de cannabis para adultos;
- en 2017 el Gobierno federal de Canadá introdujo legislación con el fin de legalizar la producción comercial y la venta de cannabis para el consumo recreativo de adultos.

Ventajas e inconvenientes de la legalización

Los defensores de la legalización sostienen que: limitará el acceso de los adolescentes al cannabis; mejorará la regulación de los productos de cannabis; reducirá la exposición de los consumidores de cannabis a drogas más dañinas; eliminará las sanciones penales por el consumo de cannabis; y generará ingresos fiscales que pueden utilizarse para prevenir y tratar los trastornos provocados por el consumo de cannabis. También declaran que se sabe muy poco sobre las consecuencias para la salud de los productos de elevada potencia que se suelen vender en los estados donde se ha legalizado.

Los opositores a la legalización alegan que la normalización asociada del consumo de cannabis y la posible disminución de los precios incrementarán el número de consumidores de cannabis y el consumo intensivo de los consumidores existentes y, por consiguiente, incrementarán todos los daños relacionados con el cannabis en la comunidad.

¿Cuáles son los posibles efectos de la legislación del cannabis?

Es demasiado pronto para extraer conclusiones sólidas sobre las consecuencias de la legislación del cannabis, pero deben supervisarse los posibles efectos positivos y negativos que se detallan a continuación:

- cambios de los niveles o las pautas de consumo de cannabis;
- visitas a urgencias por intoxicaciones accidentales de niños; intoxicación de adultos por consumo de cannabis; y cuadros graves de vómitos en consumidores empedernidos;
- búsqueda de tratamiento por el consumo de cannabis de adultos y adolescentes, y fuentes de derivación;
- accidentes de vehículos motorizados, en total y aquellos en que el alcohol y el cannabis están involucrados;
- cambios relacionados en el consumo y los daños asociados a otras sustancias psicotrópicas controladas y reguladas (incluidos alcohol, tabaco, medicamentos y drogas ilegales, como opioides) para evaluar el impacto global en la salud pública;
- costes asociados a los diferentes enfoques (incluidos costes del sistema de justicia penal, el impacto en la delincuencia y los costes de la regulación del mercado).

Véanse el informe del EMCDDA de 2017 sobre [la legislación del cannabis en Europa](#) y el documento de referencia, [New developments in cannabis regulation](#).

Tratamiento del consumo problemático de cannabis

El tratamiento de los problemas relacionados con el cannabis se basa principalmente en enfoques psicosociales, las intervenciones basadas en la familia para adolescentes y las intervenciones cognitivo-conductuales para adultos. Las pruebas disponibles respaldan una combinación de terapia cognitivo-conductual, entrevistas motivacionales y gestión de contingencias. Asimismo, existen algunas pruebas de calidad moderada que apoyan la posible eficacia de la terapia familiar multidimensional para los jóvenes consumidores de cannabis. Cada vez se recurre más a las intervenciones digitales y por internet para llegar a los consumidores de cannabis; y los primeros resultados a la hora de reducir el consumo y de facilitar el tratamiento en persona (cuando sea necesario) son prometedores. Se necesitan pruebas de mejor calidad sobre la eficacia de este enfoque.

Están en curso una serie de estudios experimentales sobre la intervención farmacológica como medio para abordar los problemas relacionados con el cannabis. Esto incluye el posible consumo de THC y THC sintético, junto con otros medicamentos psicotrópicos, como antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo. Hasta la fecha, los resultados presentados han sido contradictorios y no se ha identificado un enfoque farmacológico efectivo para tratar la dependencia del cannabis.

Qué se hace en Europa para reaccionar frente al consumo de cannabis y a los problemas asociados

Prevención

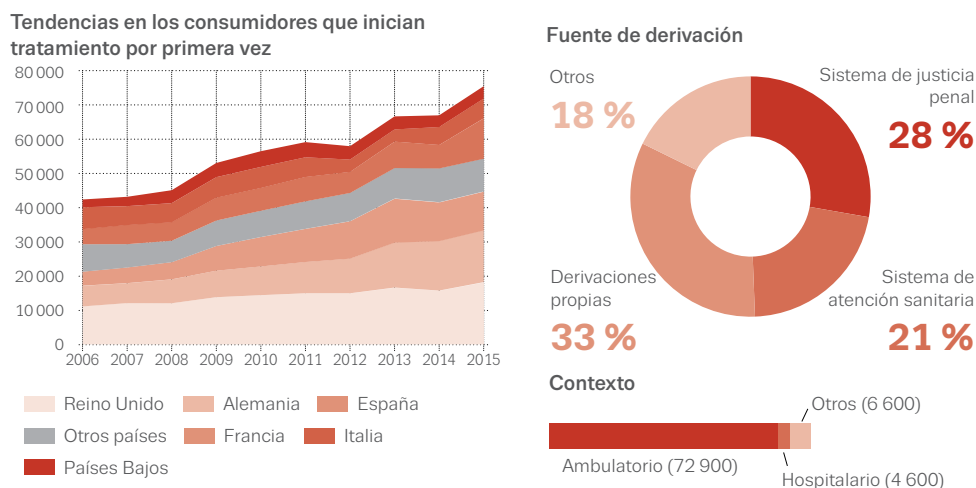
Se ha observado que los programas de prevención universal basados en un manual, cuyo objetivo consiste en

desarrollar competencias sociales y habilidades de rechazo, abordar las influencias sociales y corregir concepciones normativas erróneas sobre el consumo de drogas, son un componente central de los programas de prevención nacional de siete países de la UE. Los programas familiares de base empírica ofrecen ligeramente mayor disponibilidad. Otros países han priorizado otros enfoques de prevención, por ejemplo medidas de prevención del entorno (véase el apartado 4.2 para más información al respecto) o enfoques comunitarios (véase el apartado 4.5).

Las respuestas de prevención selectivas para grupos vulnerables son comunes en los países nórdicos, Irlanda y en partes de España e Italia. Abordan tanto la conducta individual como los contextos sociales y, a escala local, a menudo involucran varios servicios y partes interesadas (por ejemplo, servicios sociales, familia, jóvenes y policía). Los grupos objetivo a los que se atiende con más frecuencia son jóvenes delincuentes, estudiantes con problemas académicos o sociales y jóvenes en centros asistenciales. Poco se conoce sobre el contenido de estas estrategias de prevención y la evaluación de su eficacia es limitada. Las opiniones de expertos indican que las técnicas más habituales se basan en el suministro de información. La prestación de prevención indicada para individuos en riesgo es limitada en Europa, ya que solo cuatro países señalan que estos programas están disponibles para la mayoría de las personas que los necesitan (véase también el apartado 3.4 sobre respuestas para jóvenes vulnerables).

GRÁFICO 2.1.

Consumidores de cannabis que inician tratamiento en Europa: tendencias a lo largo del tiempo y fuente de derivación en 2015



Nota: La fuente de derivación y los contextos se basan en todas las personas que acceden al tratamiento con cannabis como droga principal sobre la base de los datos disponibles más recientes de todos los países. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

Intervenciones breves

El coste relativamente reducido de las intervenciones breves y el hecho de que puedan prestarse en varios entornos y por diversos profesionales tras una breve formación las hacen instintivamente interesantes, a pesar de que también poseen características muy variadas. Algunos ejemplos que se han aplicado en varios países europeos incluyen eSBIRT, que proporciona intervenciones breves en los servicios de urgencias; Preventure, un programa para alumnos cuyos rasgos de carácter se consideran de riesgo; y Fred, que trabaja con jóvenes que se encuentran en una fase temprana de un procedimiento penal. A pesar de todo, parece que las intervenciones breves no han sido objeto de una aplicación a gran escala en Europa. Únicamente tres países notifican una prestación exhaustiva y completa de estas intervenciones en las escuelas y dos notifican este nivel de prestación en servicios de bajo umbral.

En Francia se han establecido centros especiales para jóvenes que consumen cannabis u otras sustancias psicotrópicas, y también para sus familiares, que pueden ser reacios a acceder a servicios de tratamiento tradicionales. Estos Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) están subordinados a los centros especializados en el tratamiento de las adicciones (CSAPA). Su misión es intervenir a tiempo, entre la prevención y el tratamiento.

Tratamiento para los problemas de cannabis

El número de personas admitidas a tratamiento por primera vez por problemas relacionados con el cannabis en la Unión Europea pasó de 43 000 en 2006 a 76 000 en 2015 (gráfico 2.1). Desde 2009, el cannabis ha sido la droga principal más frecuentemente notificada entre los nuevos pacientes sometidos a tratamiento. Este incremento puede ser debido a diversos factores, entre ellos los cambios en el consumo de cannabis entre la población en general, especialmente el consumo intensivo; los cambios en las percepciones de riesgo; la mayor disponibilidad de productos de cannabis más potentes; y las variaciones en la prestación de tratamiento y la derivación. El sistema de justicia penal se ha convertido en una importante fuente de derivación al tratamiento por consumo de cannabis; en 2015 más de un cuarto de los consumidores de cannabis que empezaron un tratamiento por primera vez en Europa venía derivado del sistema de justicia penal, y en algunos países, esta proporción es significativamente superior. Los datos también están condicionados por las distintas definiciones y prácticas nacionales en relación con lo que se considera tratamiento para los trastornos relacionados con el cannabis, que pueden ir desde una breve intervención prestada en línea hasta el ingreso en centros asistenciales.



Respuestas al consumo de cannabis y sus problemas: consecuencias para la política y la práctica

Elementos básicos

- Las respuestas principales en este ámbito incluyen los enfoques de prevención general dirigidos a desalentar el consumo o demorar el inicio, intervenciones breves para las personas con problemas menores y tratamiento formal para aquellos con problemas más graves.

Oportunidades

- Debe prestarse más atención a los enfoques de reducción de daños para el consumo de cannabis, en concreto en relación con las pautas de consumo y el consumo concomitante de tabaco.
- Mayor uso de los enfoques de salud electrónica.
- Los nuevos modelos reguladores para el cannabis que están aflorando a nivel mundial pueden facilitar información útil sobre las ventajas y los inconvenientes de las diferentes opciones regulatorias y su probable impacto sobre las respuestas a los problemas provocados por el cannabis.

Lagunas

- Sigue siendo necesario desarrollar un mejor conocimiento de la naturaleza de los trastornos relacionados con el cannabis y cuáles son las opciones de tratamiento más eficaces y adecuadas para los diferentes pacientes.
- Se requiere un mejor conocimiento de los tipos de tratamiento recibidos por el número cada vez mayor de personas que inician el tratamiento por el consumo de cannabis en Europa, con el fin de garantizar que la prestación es adecuada y eficaz.

En Europa, la mayor parte de los tratamientos relacionados con el cannabis se proporcionan en un marco comunitario o en ambulatorios, pero cabe destacar que aproximadamente una de cada cinco personas que inicia un tratamiento por drogas en régimen de ingreso notifica problemas importantes relacionados con el cannabis. Aunque muchos países europeos ofrecen tratamiento a personas con problemas relacionados con el consumo de cannabis dentro de sus programas generales de tratamiento del consumo de sustancias, aproximadamente la mitad disponen de opciones de tratamiento específicas para el cannabis. La elaboración de programas específicos de tratamiento del consumo de cannabis puede estar vinculada a las necesidades locales o nacionales específicas (por ejemplo, los servicios existentes pueden estar muy centrados en los opioides y, por ello, a algunos grupos de consumidores de cannabis no les interesan).

La disponibilidad y la cobertura de las opciones de tratamiento para los consumidores de cannabis varían entre países y pueden no guardar necesariamente relación con la disponibilidad de programas específicos. En los países en los que se ha desarrollado un tratamiento específico para el cannabis, la cobertura de la población afectada se ha considerado «buena», y los expertos señalan que la mayoría de los individuos que necesitan ser tratados por trastornos relacionados con el consumo de cannabis dispone de acceso al tratamiento. Sin embargo, algunos países solo ofrecen una cobertura limitada, en ocasiones a pesar de los altos niveles generales de necesidad. Se sabe menos sobre el acceso a los tratamientos para los trastornos por consumo de cannabis en países en los que no existen intervenciones específicas para esta sustancia.



Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Boletín estadístico.](#)
- [Cannabis legislation in Europe: an overview](#), 2017.
- [Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.](#)
- [Treatment of cannabis-related disorders in Europe](#), Insights, 2015.
- [New developments in cannabis regulation](#), Beau Kilmer, background paper.
- [Implementation of drug-, alcohol- and tobacco-related brief interventions in the European Union Member States, Norway and Turkey](#), Technical reports, 2017.

Otras fuentes

- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J. y Room, R. (2017), « Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations», *American Journal of Public Health* 107, n.º 8 (1 de agosto de 2017): doi:10.2105/AJPH.2017.303818.
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N. y Simon, S. (2017), «Cannabis use among people entering drug treatment in Europe: A growing phenomenon?», *European Addiction Research* 23, páginas 113-121.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.2 | Abordaje de la dependencia de los opioides



RESUMEN

Problemas

Aunque la prevalencia de la dependencia de los opioides entre los adultos europeos es baja y varía considerablemente entre los diferentes países, está asociada a una cantidad desproporcionada de daños relacionados con las drogas, entre los que se incluyen enfermedades infecciosas y otros problemas de salud, mortalidad, desempleo, delincuencia, indigencia y exclusión social. El consumo de heroína sigue siendo una de las principales preocupaciones, pero en muchos países europeos el consumo de opioides sintéticos también ha crecido y, en algunos países, resulta predominante en la actualidad.

Palabras clave:
opioide, tratamiento de sustitución de opioide, reinserción social, tratamiento

Opciones de respuesta

- Las *intervenciones farmacológicas*, como el tratamiento de sustitución de opioides (TSO), normalmente con metadona o buprenorfina. El tratamiento asistido con heroína puede ser útil para las personas que no han respondido a otras formas de TSO.
- Las *intervenciones conductuales y psicosociales* para abordar los aspectos psicológicos y sociales del consumo de drogas incluyen intervenciones breves, tratamientos psicológicos estructurados, intervenciones motivacionales, gestión de contingencias y terapia conductual de parejas. Con frecuencia se utilizan de forma conjunta con las intervenciones farmacológicas.
- La *rehabilitación residencial* implica vivir en un centro de tratamiento, donde se sigue un programa estructurado y previsto para ofrecer asistencia médica, terapéutica y otras actividades. Este enfoque es adecuado para los pacientes con niveles elevados o medios de necesidad.
- Los *grupos de autoayuda y ayuda mutua* imparten técnicas cognitivas, conductuales y de autocontrol sin directrices profesionales formales.
- Los *servicios de recuperación/ayuda para la reinserción*, por ejemplo, asistencia para encontrar empleo y vivienda.

El tratamiento eficaz a largo plazo de la dependencia de los opioides requiere, con frecuencia, múltiples episodios de tratamiento y combinaciones de respuestas. Las intervenciones de reducción de daños, los servicios de salud mental y otros servicios, que abordan los problemas de salud física y mental concomitantes, también serán importantes.

Perspectiva europea

- Los consumidores de opioides son el mayor grupo en el tratamiento especializado de la drogodependencia en Europa. No obstante, existen diferencias entre los países. Estas diferencias reflejan variaciones en la prevalencia, pero también en la orientación de los sistemas de tratamiento contra las drogas.
- El enfoque de tratamiento más frecuente es el tratamiento de sustitución de opioides, facilitado normalmente en contextos ambulatorios. La metadona (63 %) y la buprenorfina (35 %) son los medicamentos más frecuentemente utilizados para el TSO en Europa. Se calcula que, en general, aproximadamente el 50 % de las personas con dependencia de los opioides recibe algún tipo de tratamiento de sustitución, pero la cobertura varía mucho de un país a otro.
- Todos los países europeos ofrecen tratamiento residencial, pero el nivel de prestación varía enormemente.

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

El consumo de opioides por vía parenteral, en particular la heroína, ha representado el mayor problema suscitado por las drogas en muchos países de Europa durante los últimos cuarenta años. La heroína es el opioide ilegal más consumido en Europa y puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. El uso indebido de opioides aparte de la heroína, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo, podría estar aumentando. En tres países, estos fueron los opioides consumidos en mayor medida por personas que iniciaban un tratamiento en 2015: fentanilo en Estonia y buprenorfina en Chequia y Finlandia.

La prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo en adultos (de 15 a 64 años) en Europa se estima en el 0,4 % de la población de la UE, lo que equivale a 1,3 millones de personas. Sin embargo, la prevalencia varía significativamente de un país a otro, con estimaciones que oscilan entre menos de 1 caso y más de 8 casos por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años. También cabe destacar que la elaboración de estas estimaciones representa un desafío a nivel metodológico y que deben interpretarse con cautela.

Aunque la prevalencia del consumo de opioides ilegales es muy inferior a la del consumo de otras drogas, los opioides causan una cantidad desproporcionada de daños relacionados con las drogas, entre ellos:

- elevados índices de dependencia, a menudo asociada al desempleo, a actos delictivos para conseguir dinero con el que comprar drogas, a la indignancia y la exclusión social;
- numerosas muertes relacionadas con los opioides, en particular por sobredosis;
- «lugares públicos de consumo de drogas» y delitos relacionados con las drogas que deterioran determinadas zonas; y
- la propagación del VIH, la hepatitis vírica y otras infecciones por el uso compartido del material inyectado.

Los consumidores principalmente de opioides representan una amplia proporción de las personas sometidas a tratamiento por drogodependencia. El consumo problemático de opioides también está asociado a la exclusión y a las desventajas sociales, y superar una adicción y reinsertarse en la comunidad suele requerir tratamiento a largo plazo y múltiples episodios de tratamiento.

En general, los datos disponibles indican que actualmente el número de personas que empiezan a consumir heroína, especialmente por vía parenteral, es menor que en el

pasado. Sin embargo, muchos consumidores de opioides a largo plazo en Europa practican el policonsumo, y en la actualidad tienen entre 40 y 50 años de edad. El consumo prolongado de drogas por vía parenteral, una salud deficiente, las condiciones de vida precarias y el consumo concomitante de tabaco y alcohol hacen que estos consumidores sean propensos a sufrir problemas de salud crónicos, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias o hepáticas. Los desafíos que plantea la respuesta a las complejas necesidades de este grupo se abordan en el [apartado 3.1](#).

Las respuestas que abordan la dependencia de opioides tienen por objeto implicar a los drogodependientes en un tratamiento y prestar otro tipo de apoyo con el fin de tratar sus múltiples problemas psicosociales y problemas crónicos de salud, así como para reducir la exclusión social. Superar su dependencia de los opioides suele ser un objetivo del tratamiento a largo plazo más que del tratamiento inmediato. Los servicios de reducción de daños, como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, también desempeñan un papel importante a la hora de involucrar a los drogodependientes de opioides en los servicios y de tratar los daños relacionados con los opioides, como las sobredosis. Se analizan con más profundidad en los [apartados 2.3 y 2.4](#).

Opciones de respuesta

Están disponibles una serie de enfoques para tratar a los drogodependientes de opioides y contribuir a su reinserción en la comunidad:

- Las *intervenciones farmacológicas*, como el tratamiento de sustitución de opioides (TSO) a largo plazo; los medicamentos que más se utilizan son la metadona o la buprenorfina. Normalmente, se combinan con intervenciones psicosociales.
- Las *intervenciones conductuales y psicosociales* para abordar los aspectos psicológicos y sociales del consumo de drogas incluyen intervenciones breves, tratamientos psicológicos estructurados, intervenciones motivacionales, gestión de contingencias y terapia conductual de pareja.
- La *rehabilitación residencial* implica vivir en un centro de tratamiento, donde se sigue un programa estructurado y previsto para ofrecer asistencia médica, terapéutica y otras actividades. Este enfoque es adecuado para los pacientes con niveles de necesidad elevada o media. El internamiento puede ser de corta o larga duración en función de las necesidades de cada individuo.
- Los *grupos de autoayuda y ayuda mutua* imparten técnicas cognitivas, conductuales y de autocontrol sin directrices profesionales formales.
- Los *servicios de recuperación/ayuda para la reinserción*, por ejemplo, la asistencia para encontrar empleo y vivienda.

Las pruebas de ensayos controlados y de estudios de observación indican que el tratamiento de la drogodependencia es eficaz a la hora de reducir los daños provocados por el consumo de opioides y la dependencia. Además de reducir las conductas de riesgo de la administración por vía parenteral, el tratamiento también reduce el riesgo de sobredosis, la delincuencia y los daños para la sociedad, incluidos los efectos adversos en familias y vecindarios (véase en esta página el recuadro sobre visión general de las pruebas, que presenta un resumen de las pruebas para los distintos tipos de tratamiento). No se recomienda la desintoxicación de opioides con sedación intensa, que además puede ser dañina.

En comparación con otros ámbitos, la base empírica para el tratamiento de los problemas relacionados con los opioides

es relativamente sólida. Sin embargo, no es completa y las cuestiones importantes exigen investigación adicional. No queda claro, por ejemplo, si la desintoxicación con sedación mínima ayuda a los consumidores de opioides a completar el tratamiento y evitar una recaída, o si los adolescentes con dependencia de opioides responden mejor a la desintoxicación o al TSO.

El tratamiento eficaz a largo plazo de la dependencia de los opioides con frecuencia requiere múltiples episodios de tratamiento y combinaciones de respuestas. Por ejemplo, el tratamiento de sustitución de opioides en general implica el mantenimiento farmacológico a largo plazo, por lo general en combinación con intervenciones psicosociales y visitas médicas regulares para mejorar una serie de resultados sanitarios y sociales. La calidad en la



Visión general de las pruebas sobre... el tratamiento de la dependencia de los opioides



El tratamiento de sustitución de opioides mantiene a los pacientes en tratamiento, reduce el consumo ilegal de opioides, las conductas de riesgo relacionadas y la mortalidad, y mejora la salud mental. Su impacto puede potenciarse con el apoyo psicosocial.



Se recomiendan la metadona y la buprenorfina como medicamentos para los tratamientos farmacológicos de mantenimiento a largo plazo.



La metadona retiene a más personas durante las primeras semanas de tratamiento que la buprenorfina.



El tratamiento con heroína se ha revelado eficaz para los consumidores crónicos de opioides que no han respondido al tratamiento con metadona.



La metadona o la buprenorfina son opciones de tratamiento eficaces para las personas dependientes de los fármacos opioides.



El tratamiento de sustitución de opioides es claramente preferible a la desintoxicación en mujeres embarazadas dependientes de los opioides. Las intervenciones psicosociales aisladas no mejoran los resultados obstétricos o relacionados con los opioides.



Cuando se indica la desintoxicación, deben utilizarse dosis reducidas de metadona o buprenorfina en combinación con intervenciones psicosociales.



La desintoxicación con agonistas alfa₂adrenérgicos (por ejemplo, clonidina) también es eficaz, pero la metadona presenta menos efectos adversos.



El uso de naltrexona para la prevención de las recaídas generalmente no está recomendado, salvo en los casos en los que la recaída tendría consecuencias graves e inmediatas.



Ofrecer a los consumidores de drogas un enfoque de tratamiento basado en los incentivos (gestión de contingencias) y empleo mejora sus condiciones sociales.

prestación del tratamiento es importante: las cantidades adecuadas de medicamentos de sustitución del opioide son fundamentales para evitar que las personas consuman heroína u otros opioides además de lo que se les receta. La continuidad del tratamiento también es vital, puesto que el período inmediatamente posterior al cese del tratamiento, ya sea por abandono, alta o transferencia entre servicios (por ejemplo, tras salir de un centro penitenciario), se asocia a elevados riesgos de sufrir una sobredosis (véanse los apartados 2.3 y 3.1). Asimismo, para consolidar los buenos resultados a largo plazo, las personas que reciben TSO pueden aprovechar una variedad de medidas adicionales, como la prevención de recaídas y el apoyo a la reinserción social, incluidas formación y ayuda para encontrar empleo y vivienda.

Algunos subgrupos pueden necesitar apoyo especial: véanse el apartado 3.1 sobre consumidores de drogas problemáticos de edad avanzada y el apartado 3.2 sobre las respuestas a las necesidades de las mujeres que consumen drogas.

Qué se hace en Europa para responder a la dependencia de los opioides

Panorama general

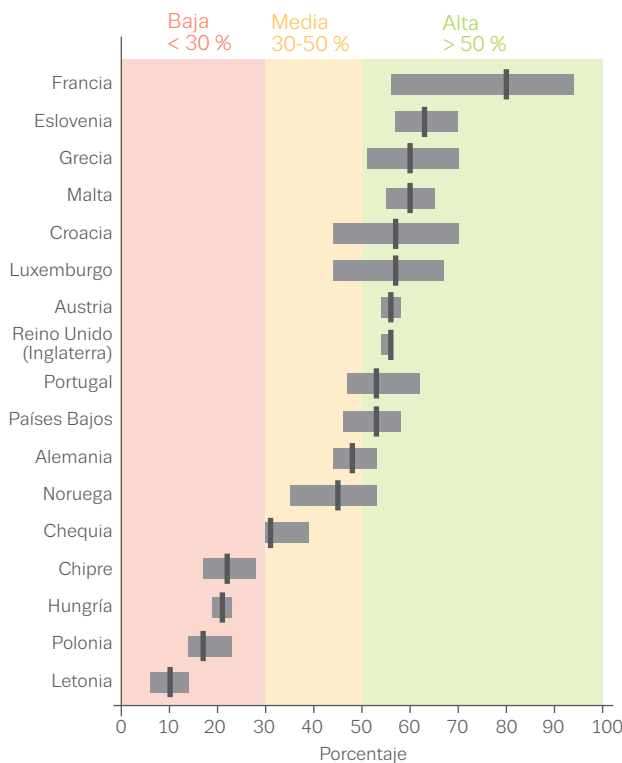
Los consumidores de opioides son el mayor grupo en el tratamiento por drogas especializado, aunque varían de un país a otro. Por ejemplo, mientras que la amplia mayoría de las personas admitidas a tratamiento en Estonia eran consumidores de opioides, en Hungría representaban menos del 5 %. En 2015, 191 000 pacientes participaron en el tratamiento de la adicción especializado en Europa, y sus drogas primarias eran opioides; 37 000 de estos pacientes entraban en tratamiento por primera vez, y la mayoría de ellos (79 %) consumía principalmente heroína.

La mayor parte de los tratamientos para las personas con dependencia de opioides en Europa se prestan en régimen ambulatorio, principalmente en servicios especializados en el tratamiento de las drogas. Los servicios de umbral bajo, la asistencia sanitaria general, la asistencia en salud mental y los médicos de atención primaria desempeñan un papel importante en algunos países. La asistencia en régimen de internamiento es menos frecuente, pero sigue siendo importante respecto al número de personas tratadas en hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados, todos utilizados para este fin.

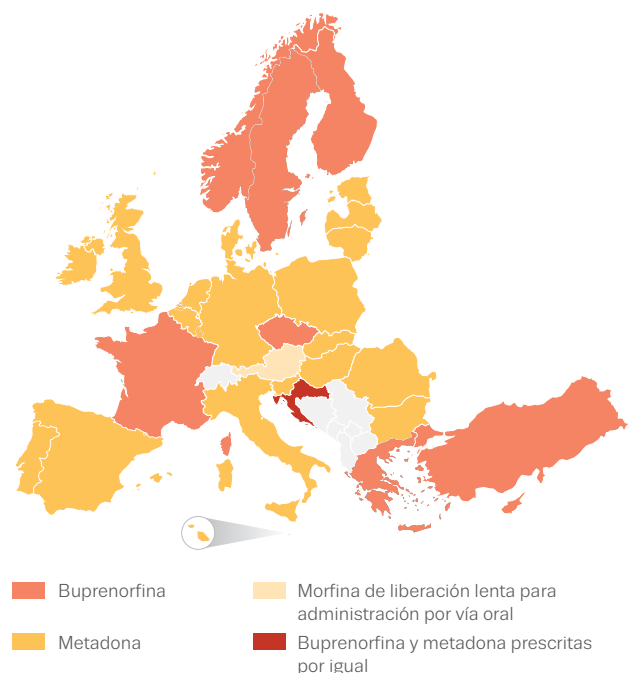
GRÁFICO 2.2.

El tratamiento de sustitución de opioides en Europa: cobertura y principales medicamentos prescritos

Cobertura del tratamiento de sustitución



Principales medicamentos de sustitución de opioides prescritos



Nota: Cobertura, porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo que reciben la intervención estimados; datos mostrados como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre. Los datos se refieren a 2015 o al último año disponible.

En los centros de tratamiento en Europa, se presta una gran variedad de servicios a los consumidores de drogas, y estos difieren según el centro. Esta complejidad, unida al tratamiento de la dependencia de opioides que suele ser a largo plazo, indica que la gestión del caso desempeña un papel importante a la hora de garantizar que los servicios cumplen las necesidades de cada individuo y que continúa

involucrado en el tratamiento. La conexión con otros servicios, como los de salud mental y de salud sexual, también es importante pero, a menudo, problemática (véanse «[Foco sobre la comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental](#)», página 32, y «[Foco sobre el abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas](#)», página 72).



Foco sobre... La abstinencia, la recuperación, la reducción de daños y la reinserción en Europa

¿Cuáles son los objetivos principales del tratamiento?

La abstinencia del consumo de drogas ha sido el objetivo habitual a largo plazo en la mayoría de los tratamientos de las adicciones. El término «recuperación» en el ámbito de la adicción se ha utilizado tradicionalmente en el marco del movimiento «de los doce pasos». Más recientemente, la recuperación se ha concebido como un proceso que consiste en alcanzar el control voluntario de sustancias y en trabajar para conseguir resultados positivos en muchos ámbitos de la existencia. El concepto de recuperación se yuxtapone con el de la reinserción social y exige muchas intervenciones semejantes, como los programas de formación y ayuda para el empleo y provisión de una vivienda.

La aparición del VIH/sida en los años ochenta del pasado siglo llevó a los servicios a centrarse en la reducción de daños. A menudo, los servicios adoptaban una «jerarquía de objetivos» en que dejar o reducir el consumo o la administración por vía parenteral de heroína constituía el primer paso para lograr los objetivos de abstinencia y recuperación a largo plazo. Recientemente, se ha iniciado un nuevo debate sobre el papel relativo de los objetivos de la abstinencia y la recuperación junto con la reducción de daños.

¿Son incompatibles estos objetivos de tratamiento?

Los consumidores de opioides se encuentran entre los grupos cuyos objetivos de tratamiento son más difíciles de alcanzar, en especial para aquellos que reciben un TSO a largo plazo, que suelen presentar altos niveles de morbilidad y una integración social deficiente. La recuperación, si se observa desde el punto de vista del empleo a tiempo completo, una buena salud, etc., puede no ser un objetivo factible para esta población envejecida prematuramente y que sigue envejeciendo (véase el [apartado 3.1](#)). Muchos de ellos nunca han tenido un empleo y, por ello, es muy difícil integrarlos en el mercado laboral. Muchos sufren problemas de salud a largo plazo que los servicios, que trabajan para conseguir la mejor calidad de vida para este grupo de consumidores de drogas marginado y estigmatizado, deben tener en cuenta. Para lograr mejores resultados para este grupo es posible que deban volver a analizarse los objetivos del tratamiento de la drogodependencia, que deben considerarse complementarios en lugar de contrapuestos. Una orientación hacia la reducción de daños puede ser muy apropiada en las primeras fases del TSO a fin de disminuir el riesgo y fomentar el compromiso. Una vez alcanzada la estabilización en el TSO, la prioridad a largo plazo puede pasar a ser la reinserción y la recuperación con el fin de permitir a los consumidores alcanzar una mejor calidad de vida y un mayor rango de objetivos.

Los que empiezan un tratamiento presentan antecedentes variados, problemas diferenciados y recursos distintos a los que recurrir, que probablemente variarán con el tiempo. Por esta razón, los objetivos del tratamiento y los servicios de apoyo prestados deben ser personalizados y deben revisarse regularmente.

Repercusiones en la prestación del servicio

Destinar más atención a la recuperación y la reinserción implica una mayor colaboración con los usuarios del servicio para rediseñar los servicios a fin de mejorar la calidad de vida y satisfacer sus necesidades en sentido más amplio. Estos nuevos modelos de tratamiento también deben utilizar los servicios locales y los recursos comunitarios, así como abordar los estigmas y la discriminación que pueden obstaculizar la integración de los consumidores de drogas en sus comunidades. Una mayor participación de las personas en la misma situación puede incrementar el bienestar y la conexión social de los usuarios del servicio, transmitir esperanza y permitir a los usuarios trabajar como voluntarios en puestos al margen del ámbito médico para reforzar la rentabilidad del servicio.

Véase el documento de referencia: [Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within drug treatment in the European context](#).



Tratamiento para la dependencia de los opioides: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- La intervención fundamental es el TSO en combinación con el tratamiento psicosocial. Esta es una forma eficaz de reducir el consumo ilegal de opioides, la transmisión de enfermedades infecciosas, las sobredosis y la delincuencia.
- Se dispone de diferentes medicamentos para el tratamiento de sustitución. Las opciones terapéuticas deben basarse en las necesidades individuales, deben incluir el diálogo con los pacientes y deben revisarse regularmente.
- El tratamiento psicosocial orientado a la abstinencia en los centros residenciales puede beneficiar a algunas personas dependientes de los opioides si se mantienen en tratamiento. No obstante, esta forma de tratamiento es relativamente costosa y la tasa de recaídas suele ser elevada, con un mayor riesgo de sobredosis mortales. La selección y gestión adecuadas de los pacientes son tan importantes como el apoyo en caso de recaída.

Oportunidades

- Optimizar la prestación de servicios: La calidad del tratamiento ofrecido es importante, en concreto, es esencial que las dosis de medicamentos de sustitución de opioides sean adecuadas y resulta fundamental la continuidad del tratamiento. Aumentar el acceso al TSO debería continuar siendo una prioridad de salud pública en los países en los que se encuentra por debajo de los niveles recomendados.
- En los casos en los que se ha logrado una buena cobertura y las personas en TSO llevan muchos años en tratamiento, puede ser necesario incrementar la atención prestada a la reinserción social, incluido el empleo. Asimismo, también puede ser necesario revisar cuáles son las metas terapéuticas individuales adecuadas para las diferentes personas y promover la recuperación cuando sea apropiado.

Lagunas

- Los servicios de tratamiento deben permanecer atentos al consumo de otros opioides distintos de la heroína entre las personas que inician el tratamiento y también al policonsumo, incluidos el alcohol y el tabaco.
- Se requiere más información sobre la necesidad de tratamiento no atendida para garantizar una disponibilidad adecuada de los servicios.

Tratamiento de sustitución de opioides en Europa

Se estima que aproximadamente el 50 % de las personas con dependencia de opioides en Europa recibe algún tipo de tratamiento de sustitución. Las estimaciones nacionales varían entre el 10 % y el 80 %, lo cual muestra la heterogeneidad de la situación en Europa respecto a la cobertura del tratamiento y al hecho de que la prestación de tratamiento siga siendo insuficiente en muchas zonas de Europa (gráfico 2.2).

Las investigaciones realizadas en 12 países europeos (ATOME, el proyecto de investigación del acceso a los opiáceos en Europa) analizaban los factores que pueden limitar la disponibilidad adecuada de los medicamentos opioides, incluidos los que se utilizan para el tratamiento de la dependencia de opioides. Los escollos jurídicos y normativos, las políticas restrictivas, los conocimientos limitados y las actitudes negativas, los costes y los criterios de inclusión reducidos; todos representan posibles obstáculos para conseguir niveles adecuados de prestación de tratamiento. Algunas barreras importantes para mejorar el acceso a la asistencia en algunos países eran las restricciones que limitaban el número de médicos

que podían recetar medicamentos del TSO o el número de farmacias que podían dispensar estos productos.

En 2015, unos 630 000 consumidores de opioides recibieron TSO en la Unión Europea, desde 2010 esta cifra ha disminuido ligeramente (5 %) en general. Algunos países han mostrado reducciones más significativas durante este período, con cifras de TSO que disminuyeron más de una cuarta parte en España, Hungría, los Países Bajos y Portugal, por ejemplo. Al mismo tiempo, 14 países han ampliado la cobertura de tratamiento. Durante el mismo período, muchos países han presentado un aumento global de la edad de las personas que reciben TSO (véase el apartado 3.1).

Los medicamentos a base de metadona y buprenorfina son los que más se recetan para el TSO en Europa, y representan cerca del 63 % y el 35 % de todos los TSO, respectivamente. También se limita el uso de otras sustancias, como la diacetilmorfina o la morfina de liberación retardada (en tratamientos con heroína), cuya prescripción se estima de cerca del 2 % de los pacientes en TSO.

El tratamiento con heroína está disponible en Alemania, Dinamarca, los Países Bajos y el Reino Unido. Luxemburgo está en proceso de introducir este tipo de tratamiento, y también está disponible para algunos consumidores en el marco de los principios del uso compasivo tras un ensayo clínico en algunas zonas de España.

Enfoques de tratamiento residenciales

En la mayoría de los países europeos, los programas de tratamiento residenciales constituyen un importante elemento de las opciones de tratamiento y rehabilitación a disposición de los consumidores de opioides.

El término «tratamiento residencial» engloba una serie de modelos de tratamiento en que las personas con problemas de drogodependencia conviven como una unidad terapéutica, normalmente en una comunidad o en un centro hospitalario. Tradicionalmente estos enfoques solían estar enfocados a la abstinencia; sin embargo, en la actualidad, hay un creciente interés por integrar al TSO en este marco. Las directrices clínicas de base empírica y los estándares de servicio para garantizar la calidad del tratamiento residencial existen en la mayoría de los países

en que este enfoque se utiliza con frecuencia. Los enfoques terapéuticos utilizados en los servicios de tratamiento residenciales, a menudo, incluyen el uso del modelo de los doce pasos o el modelo Minnesota y de intervenciones cognitivo-conductuales.

El nivel de prestación de tratamiento residencial difiere de un país a otro. Más de dos tercios de los 2 500 centros en Europa se encuentran en solo 6 países, e Italia cuenta con el mayor número de centros (708). Los enfoques de tratamiento utilizados en servicios residenciales también varían en toda Europa. En 15 países, la mayoría de los programas residenciales utiliza el enfoque terapéutico comunitario.

Por lo general, las personas que ingresan en un tratamiento hospitalario son hombres de unos 30 años de edad. Presentan más desventajas sociales que las personas que reciben tratamiento ambulatorio (nivel inferior de educación, condiciones de vida inestables y desempleo). Un poco menos de la mitad inicia el tratamiento por problemas principalmente con los opioides (principalmente la heroína).



Otros recursos

EMCDDA

- Portal de buenas prácticas.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.
- Pregnancy and opioid use: strategies for treatment, EMCDDA Papers, 2014.
- Residential treatment for drug use in Europe, EMCDDA Papers, 2014.
- Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges, Insights, 2014.
- Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us? Perspectives on drugs, 2013.
- Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights, 2012.
- New heroin-assisted treatment, Insights, 2012.
- Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within the drug treatment in the European context, background paper, Annette Dale-Perera.

Otras fuentes

- OMS. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009.
- OMS. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014.
- ATOME project. Final report and recommendations to ministries of health, 2014.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.3 Reducción del número de muertes relacionadas con los opioides



RESUMEN

Problemas

La mortalidad relacionada directa o indirectamente con el consumo de opioides es una de las principales causas de muerte prematura evitable entre los adultos europeos. Las tasas de mortalidad global relacionadas con las drogas son del 1-2 % al año entre los consumidores de opioides de alto riesgo en Europa, y las sobredosis ascienden a más de 7 000 muertes al año. Otras causas importantes de muerte entre los consumidores de opioides de alto riesgo son las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio.

Los períodos principales de mayor riesgo son los posteriores a los períodos de abstinencia cuando se pierde la tolerancia, en concreto al salir de un centro penitenciario o al abandonar un tratamiento basado en la abstinencia.

Palabras clave:
muertes relacionadas con la droga, sobredosis, naloxona, salas de consumo supervisado de droga, fentanilos

Opciones de respuesta

Se centran principalmente en prevenir la incidencia de sobredosis y en mejorar la supervivencia de los que las sufren.

- Incluir y retener a los consumidores problemáticos de opioides en los TSO y garantizar la continuidad del tratamiento entre los centros penitenciarios y la comunidad, así como en otros puntos de transición.
- Promover la concienciación sobre las sobredosis, en concreto en períodos clave de riesgo y otros factores de riesgo, como el consumo concomitante de alcohol o benzodiazepinas.
- Garantizar la disponibilidad de antagonistas de los opioides (naloxona) y promover el uso adecuado por parte de los profesionales que responden o intervienen en las sobredosis.
- La educación y la formación de los consumidores de drogas, los compañeros y los familiares para identificar las sobredosis e intervenir con naloxona en el domicilio mientras se espera la llegada de la ambulancia.
- Facilitación de salas de consumo supervisado de droga para apoyar el consumo seguro por vía parenteral.

Perspectiva europea

- Aproximadamente la mitad de las personas con dependencia de los opioides en Europa están inscritas en TSO, pero la cobertura varía ampliamente de un país al otro.
- La información sobre el riesgo de sobredosis está disponible actualmente en 28 países que informan al EMCDDA.
- En 2016, había en funcionamiento 78 salas de consumo supervisado de droga en 6 países de la UE y Noruega. También había 12 que funcionaban en Suiza.
- Los programas de naloxona en el domicilio existían en 10 países europeos en 2016.

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

La mortalidad relacionada directa o indirectamente con el consumo de opioides es una de las principales causas de muerte prematura evitable de los adultos europeos. En 2015 se registraron más de 7 500 muertes por sobredosis en la Unión Europea, y los opioides estaban involucrados en aproximadamente el 80 % de los casos.

El índice de mortalidad global por sobredosis en la Unión Europea es aproximadamente de 20 muertes por millón de habitantes, si bien los índices y tendencias nacionales varían significativamente. Esta variación se debe a diversos factores, entre ellos las diferencias en las cifras de personas en riesgo de muerte por sobredosis, y en la notificación y la codificación de los casos de sobredosis en las bases de datos de mortalidad nacionales.



Foco sobre... Los fentanilos

¿Qué son los fentanilos?

Los fentanilos son una familia de opioides muy potentes. Un reducido número de fentanilos se utiliza en la medicina humana y veterinaria, en anestesia y para la gestión del dolor. Últimamente, se ha notificado un aumento de los fentanilos no controlados al Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre las nuevas sustancias psicoactivas. Los fentanilos han aparecido en los mercados en línea y en el mercado negro, a veces se venden como si fuesen heroína o mezclados con esta o con otras drogas ilegales, e incluso con medicamentos falsificados. Por su potencial para causar daños graves, ya hay quince fentanilos que están controlados en la Convención Única de 1961 de las Naciones Unidas sobre Estupefactivos. No obstante, ciertas empresas químicas y farmacéuticas, sobre todo situadas en China, pueden fabricar y comercializar suficiente libre y abiertamente nuevos fentanilos, no controlados en las convenciones de las Naciones Unidas. Estos desarrollos forman parte de un fenómeno que ha observado la aparición de una amplia variedad de nuevas sustancias psicotrópicas en el mercado de las drogas europeo en la última década (véase el [apartado 2.6](#)).

¿Por qué son preocupantes los fentanilos?

El consumo ilegal de fentanilos es una creciente preocupación en Europa por el elevado riesgo de sobredosis mortal causada por una depresión respiratoria grave. Los consumidores de opioides a largo plazo corren el riesgo de sufrir una sobredosis debido al desconocimiento de los efectos y las dosis adecuadas de estas sustancias nuevas. Para los consumidores que no toleran los opioides, incluso en dosis reducidas, pueden ser mortales. En Estonia, se ha observado el consumo de estas drogas por vía parenteral durante más de una década y se han notificado cifras elevadas de muertes por sobredosis. Otros países de la UE también han registrado muertes relacionadas con los fentanilos. Los fentanilos presentan riesgos, no solo para los que los consumen (a veces sin saberlo), sino también para las personas que accidentalmente pueden estar expuestas a ellos, como los trabajadores del servicio de correos, la policía y los agentes de aduanas, los familiares y amigos de los consumidores.

Estas sustancias se ocultan y transportan fácilmente porque con cantidades muy reducidas se producen muchos miles de dosis. Esto los convierte en un producto muy atractivo para el crimen organizado y un grave desafío para las agencias de control de drogas. Un nuevo motivo de preocupación es la aparición de nuevas formas farmacéuticas, como los nebulizadores nasales y líquidos que se vaporizan con cigarrillos electrónicos, que facilitan el consumo de fentanilos y que, tal vez, sean más aceptables a nivel social.

¿Cómo está respondiendo Europa?

Los sistemas de alerta temprana, incluido el Sistema de Alerta Temprana de la UE situado en el EMCDDA, desempeñan un papel importante a la hora de identificar y responder a los daños causados por los nuevos fentanilos, facilitando una reacción rápida a las amenazas para la salud pública relacionadas con estas sustancias (véanse [el sitio web del EMCDDA](#) para consultar evaluaciones de riesgos de los fentanilos y el recuadro sobre el [Sistema de Alerta Temprana de la UE](#), página 78).

Las respuestas a las intoxicaciones agudas causadas por fentanilos deben seguir las directrices para la intoxicación por opioides, incluida la administración de naloxona para la depresión respiratoria. Sin embargo, experiencias recientes indican que, en algunos casos, puede ser necesario aumentar las dosis de naloxona o repetirlas para revertir una intoxicación. Por lo tanto, la formación y orientación relacionadas con el tratamiento de la intoxicación por opioides, y asociadas a los programas de naloxona, deben identificar explícitamente las respuestas adecuadas a la intoxicación por fentanilo. Deben incluir orientación respecto a las existencias suficientes de naloxona para satisfacer las necesidades en posibles brotes de intoxicación por fentanilo.

Los índices de mortalidad por todas las causas en las cohortes de consumidores de opioides de alto riesgo oscilan entre el 1-2 % al año, que es de 5 a 10 veces lo que se registra en personas de la misma edad y sexo. La causa principal de esta elevada mortalidad son las sobredosis, aunque hay otras causas que contribuyen a ella significativamente y que guardan relación indirecta con el consumo de drogas, como las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio. Con frecuencia, los consumidores de opioides de alto riesgo presentan una salud física precaria, que se refleja con elevados índices de enfermedades pulmonares y cardiovasculares crónicas (a menudo, relacionadas con el tabaco) y con problemas hepáticos por las infecciones del virus de la hepatitis C y el consumo excesivo de alcohol. Estas afecciones representan una elevada proporción de las hospitalizaciones y de muertes con la edad. Actualmente, la población que consume opioides envejece cada vez más en muchos países europeos, lo cual puede afectar tanto a los índices de mortalidad directa como a la indirecta. Desde 2007, el número de muertes por sobredosis registradas ha aumentado en los grupos de avanzada edad y ha disminuido en los grupos más jóvenes (véase el apartado 3.1 sobre personas mayores con problemas de drogas).

Tanto el tipo de sustancia utilizada como la vía de administración y la salud del consumidor tienen un efecto en el riesgo de sobredosis. La heroína y sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales en Europa, a menudo en combinación con otras sustancias. Últimamente, se ha registrado un aumento de las muertes relacionadas con la heroína en Europa, aunque se encuentran otros opioides (metadona, buprenorfina y, en menor medida, otros opioides y fentanilos de venta con receta) en una proporción significativa de muertes por sobredosis y predominan en algunos países. Probablemente, el papel de los opioides sintéticos producidos ilegalmente esté insuficientemente documentado, ya que

su presencia no se analiza de manera habitual en muchos países. Normalmente, en las muertes por sobredosis están involucradas varias sustancias y, a menudo, se encuentran benzodiazepinas y alcohol junto con los opioides.

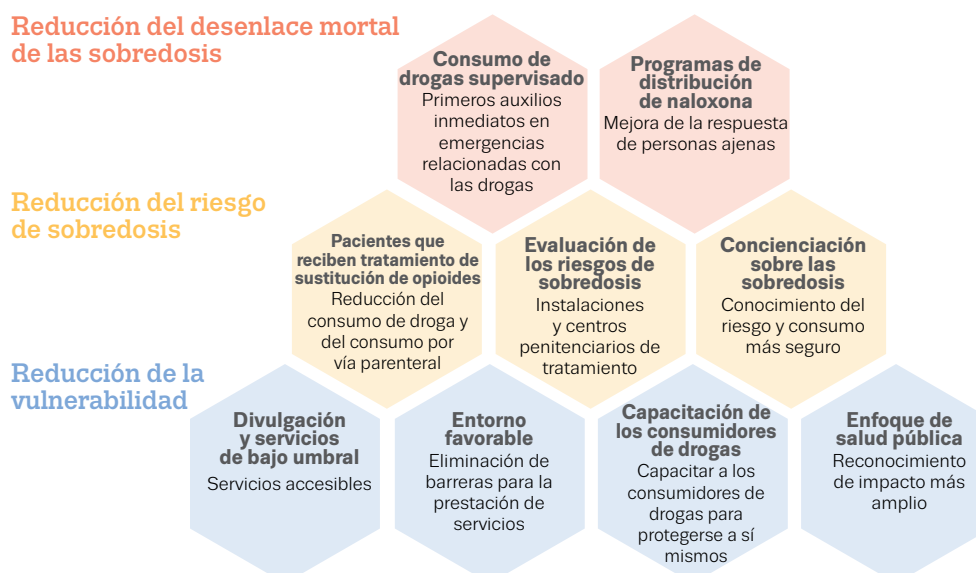
Hay diversos factores circunstanciales que pueden incrementar el riesgo de muerte por sobredosis, entre ellos, en el caso de los consumidores de opioides, la interrupción del tratamiento o la discontinuidad del tratamiento y la asistencia. En determinadas situaciones, por ejemplo, tras la desintoxicación o el alta del tratamiento libre de drogas, la tolerancia de los consumidores a los opioides disminuye significativamente y, por ello, presentan un riesgo de sobredosis particularmente elevado si vuelven a consumir. Por estas mismas razones, la incapacidad de asegurar la continuidad de la asistencia por una derivación y un seguimiento inadecuados tras la salida de un centro penitenciario, también se ha señalado como un factor importante de riesgo.

Opciones de respuesta

Las respuestas principales dirigidas a reducir las muertes por opioides son de dos amplios tipos: la primera implica un conjunto de intervenciones destinadas a prevenir que se produzcan las sobredosis, y la segunda se centra en evitar que la persona muera cuando tiene lugar una sobredosis. Además, las intervenciones de reducción de daños más amplias pueden disminuir la vulnerabilidad frente a las sobredosis, al tiempo que las intervenciones de salud pública más extensas que mitigan el consumo de drogas y capacitan a los consumidores para que se protejan también pueden proporcionar un entorno en que las sobredosis sean poco probables. Este tercer grupo de intervenciones más amplias no se aborda aquí, pero se cubre en otra parte de esta guía.

GRÁFICO 2.3.

Intervenciones para reducir el riesgo de muertes relacionadas con los opioides



La permanencia en el tratamiento reduce el riesgo de sobredosis

El riesgo de sufrir una sobredosis se reduce mientras los consumidores de opioides permanecen en TSO. Un metanálisis de estudios de observación muestra que el TSO, con metadona y buprenorfina, disminuye las sobredosis y todas las causas de muerte en las personas con dependencia de opioides. La tasa de mortalidad de pacientes sometidos a tratamiento con metadona equivale a un tercio de la tasa de los consumidores de opioides sin tratamiento. Los análisis de muertes por sobredosis en diferentes fases del TSO indican que las intervenciones preventivas deben centrarse en las cuatro primeras semanas de tratamiento (en particular, para la metadona) y en las cuatro primeras semanas tras salir del tratamiento. Son dos períodos en los que el riesgo de sufrir sobredosis es especialmente elevado. Las personas que empiezan y abandonan el tratamiento con frecuencia son especialmente vulnerables a las sobredosis; al igual que los consumidores de drogas justo después de salir de un centro penitenciario (véase el [apartado 4.1](#)). Para evitar muertes tras la salida de un centro penitenciario, es importante derivar, de manera diligente y preparada, a la persona a un TSO comunitario o a otras opciones de tratamiento adecuadas («continuidad de la asistencia»). Los servicios de tratamiento también deben asegurar que los pacientes son conscientes de los riesgos de sobredosis cuando dejan el tratamiento y de cómo reducirlos.

Formación en materia de concienciación sobre las sobredosis y alertas de salud pública

Una comunicación eficaz con los consumidores puede actuar como catalizador para reducir daños, ya que muchos consumidores de drogas subestiman o no son conscientes de los riesgos de sobredosis a los que están expuestos. En el supuesto ideal, los profesionales cualificados prestarían regularmente

las intervenciones de prevención, educación y asesoramiento relativas a las sobredosis en entornos sanitarios y de atención primaria, incluidos los servicios de reducción de daños, como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. La detección del riesgo de sobredosis de los consumidores de opioides puede disminuir la mortalidad general, mientras que las evaluaciones del riesgo de sobredosis permiten la identificación temprana de los individuos de alto riesgo.

En los últimos años, los Estados Unidos y Canadá han asistido un drástico incremento de las muertes relacionadas con los opioides, en parte por el uso indebido de medicamentos y, en parte, por la aparición de opioides sintéticos (incluidos los fentanilos) en el mercado de las drogas ilegales. Europa no ha sufrido estos problemas al nivel observado en Norteamérica. Aun así, los opioides sintéticos, tanto los que se desvían de su consumo legítimo como los que se producen para su venta en el mercado de las drogas ilegales, constituyen un problema grave en algunos países. El creciente número de nuevos opioides no controlados que se notifica al Sistema de Alerta Temprana de la UE se suma a las preocupaciones en este ámbito (véanse el [apartado 2.6](#) y «Foco sobre los fentanilos», página 52). Dados los posibles efectos nocivos de estas drogas, es importante que Europa se mantenga alerta y esté preparada para responder rápida y eficazmente a todo incremento de las amenazas observadas en este ámbito. Para ello es necesario invertir en las capacidades de vigilancia, incluida una mejor información toxicológica sobre las muertes relacionadas con el consumo de drogas. También apunta a la necesidad de identificar las fuentes de los opioides involucrados en estas muertes, a fin de encontrar respuestas adecuadas (véase también el [apartado 2.7](#)). También requiere que los países dispongan de las capacidades adecuadas de prevención, tratamiento y reducción de daños y que estén preparados para reforzar, llegado el caso, su capacidad de respuesta para reducir la mortalidad relacionada con el consumo de opioides.



Visión general de las pruebas sobre... la reducción del número de las muertes relacionadas con los opioides



Las muertes por sobredosis entre los consumidores de opioides disminuyen mientras estos participan en el tratamiento de sustitución de opioides.



Cada vez se dispone de más pruebas de que las intervenciones educativas y formativas con naloxona en el domicilio evitan las muertes por sobredosis de opioides.



La administración intranasal de naloxona es eficaz en el tratamiento de las sobredosis por opioides.



Las salas de consumo supervisado de droga incrementan la seguridad del consumo parenteral, reducen las infecciones transmitidas por la sangre y las sobredosis y animan a los consumidores de drogas por vía parenteral a acudir a los servicios de asistencia. Además, estos servicios están asociados a efectos positivos en el orden público.

Salas de consumo supervisado de droga

Lo ideal sería que las salas de consumo supervisado de droga fuesen instalaciones sanitarias controladas por profesionales, en las que los consumidores de drogas pueden consumirlas de manera segura y en condiciones higiénicas bajo la supervisión de personal capacitado. El objetivo que persiguen es reducir los riesgos del consumo parenteral antihigiénico (incluidas complicaciones infecciosas graves, como septicemia y endocarditis), prevenir las sobredosis y vincular a los consumidores de drogas con los servicios de tratamiento, sanitarios y sociales (véase «Foco sobre las salas de consumo supervisado de droga», página 156).

En un principio, las salas de consumo supervisado de droga fueron concebidas como respuesta a nivel de salud pública frente a la rápida propagación del VIH/sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los años ochenta del pasado siglo y a los problemas que plantea el consumo de drogas en lugares públicos. Estas instalaciones fueron concebidas con el fin de atraer a consumidores de droga a los que es difícil acceder, especialmente a los marginados

que se inyectan droga en la calle, bajo condiciones de riesgo y antihigiénicas. Son varias las maneras en las que pueden reducir las muertes por sobredosis: mediante la intervención directa en casos de sobredosis que se producen sobre el terreno; mediante la formación y la concienciación sobre la prevención de las sobredosis, incluida la formación impartida a los usuarios del servicio sobre el uso de la naloxona. También pueden fomentar la participación en el TSO.

Existen pruebas concretas de estudios de observación que muestran que las salas de consumo supervisado de droga contribuyen a un consumo parenteral más seguro entre los consumidores y reducen las sobredosis cerca de los servicios. Al mismo tiempo, animan a las personas que se inyectan drogas a interactuar con los servicios sanitarios. El grado hasta el que las salas de consumo supervisado de drogas reduzcan la mortalidad por sobredosis dependerá de la proporción de la población de consumidores que se inyectan opioides que pueda acceder a estas salas, y de las demás intervenciones relacionadas con las sobredosis que se emprendan.

GRÁFICO 2.4.

Intervenciones en curso en países europeos que pueden reducir las muertes relacionadas con opioides



Nota: Año de los datos, 2016.

Naloxona para revertir las sobredosis

La heroína y otros opioides se unen a los receptores del sistema nervioso, incluidas las zonas del cerebro implicadas en el control de la respiración. Su consumo puede inhibir la respiración, ocasionando la pérdida de consciencia, la insuficiencia orgánica y la muerte. Sin embargo, muchas muertes por sobredosis podrían evitarse mediante la intervención de las personas que las presencian. La naloxona es un antagonista de los opiáceos que puede invertir las sobredosis por opioides. En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó poner la naloxona a disposición de todos aquellos que puedan ser testigos de una sobredosis por opioides. Por lo tanto, es fundamental garantizar su disponibilidad y su uso por parte de los primeros en intervenir, como la policía, el personal de ambulancias y los servicios de urgencias. Además, la formación de los consumidores de drogas y de otras personas que pueden ser testigos de sobredosis, como familiares y trabajadores de hostales, sobre cómo reconocer y responder a las sobredosis, junto con la distribución de naloxona, pueden reducir las muertes por sobredosis de opioides. Las personas que reciben formación sobre la prevención de la sobredosis y que aprenden a administrar la naloxona de forma segura y eficaz a otros pueden salvar la vida de aquellos que se aplican sobredosis en su

presencia. Afloran pruebas esperanzadoras de la eficacia de la administración intranasal de la naloxona que pueden facilitar su uso entre un mayor número de personas en el futuro.

Los reclusos recién liberados pueden beneficiarse en particular del acceso a la naloxona. La evaluación de un programa de distribución de naloxona a reclusos que habían recuperado la libertad en Escocia reveló que guardaba relación con un considerable descenso de las muertes por opioides tras un mes fuera del centro penitenciario.

Qué se hace en Europa para prevenir las muertes relacionadas con opioides

Tal como se describe en el [apartado 2.2](#), se estima que casi la mitad de las personas que sufren dependencia de opioides en la Unión Europea recibe algún tipo de tratamiento de sustitución de opioides, aunque la cobertura varía considerablemente.



Reducción del número de muertes relacionadas con los opioides: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

Las principales intervenciones en este ámbito son:

- Facilitación de suficientes tratamientos de sustitución de opioides, con la dosis adecuada, la gestión de cada caso y el apoyo adicional.
- Disponibilidad y utilización de naloxona por parte de los equipos de primera intervención, como el personal de ambulancias, los servicios paramédicos y otras personas que atienden los casos de sobredosis.
- Formación de concienciación en materia de sobredosis para promover un consumo menos arriesgado entre los consumidores de opioides (por ejemplo, cómo evitar el consumo parenteral, la mezcla de drogas y el alcohol, el consumo no solo y el fraccionamiento de la dosis).

Oportunidades

- Establecer programas de naloxona para llevar a fin de que esta sustancia se encuentre ampliamente a disposición de las personas que presentan un alto riesgo de sobredosis por opioides y de sus pares, compañeros y familia, a fin de que puedan intervenir mientras esperan la llegada de los servicios de ambulancia.
- Mejorar la asistencia entre el centro penitenciario y la comunidad para evitar las muertes relacionadas con las drogas en las dos primeras semanas después de la salida del centro penitenciario, cuando el riesgo de sobredosis es extraordinariamente elevado.

Lagunas

- Detectar y analizar los obstáculos para la creación de salas de consumo supervisado de droga en ámbitos con cifras elevadas de consumidores de drogas por vía parenteral en espacios públicos.
- Brindar una mejor asistencia a quienes abandonan el tratamiento basado en la abstinencia, dado que la pérdida de tolerancia a los opioides aumenta el riesgo de sobredosis mortal.

Los 28 países que notifican información al EMCDDA afirman que divulgan información sobre el riesgo de sobredosis. En ocasiones, esta información se encuentra disponible en diversas lenguas para los consumidores de drogas extranjeros. Hay un creciente uso de internet y de nuevos canales de comunicación, como las herramientas de salud electrónica que evalúan el riesgo de sobredosis y los vídeos orientados a concienciar sobre las sobredosis, que pueden exhibirse en las salas de espera de los servicios de tratamiento de drogas.

Las salas de consumo supervisado de droga llevan funcionando en Europa desde hace treinta años: la primera se creó en Berna, Suiza, en 1986. En 2016, estaban en funcionamiento 78 salas de consumo supervisado de droga en 6 países de la UE y Noruega (gráfico 2.4). Entre ellas, las dos primeras salas de consumo supervisado de droga que abrieron en Francia como parte de un ensayo de seis años, y la creación de nuevas salas en Dinamarca y Noruega. También existían doce locales en funcionamiento en Suiza, y varios países están estudiando la legislación que permita la creación de salas de consumo supervisado de droga. Esto es indicio del creciente interés por este tipo de prestación.

En los últimos años, en Europa, ha aumentado la distribución de naloxona «para llevar» entre consumidores de opioides, sus parejas, compañeros y familiares, junto con la formación para reconocer una sobredosis y responder a ella. Los programas de naloxona para llevar también se han puesto a disposición del personal de servicios que mantiene contacto regular con consumidores de drogas.

Existen programas de naloxona para llevar en 10 países europeos. En 2015 se amplió el suministro de naloxona para llevar a los centros penitenciarios de Estonia, tras aumentar su distribución en ámbitos de la comunidad desde 2013. También se observan, en varios otros países, programas similares de distribución de naloxona a personas que salen de centros penitenciarios.

Hasta 2017, los kits de naloxona para llevar, por lo general, incluían jeringuillas precargadas con el medicamento, para el consumo parenteral. Se desarrolló una formulación para el consumo intranasal y un aplicador específico, y están disponibles en Europa para facilitar el uso del fármaco entre personas no expertas.



Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.](#)
- [Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs, 2017.](#)
- [Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles, Perspectives on drugs, 2017.](#)
- [Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights, 2016.](#)
- [Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers, 2015.](#)

Otras fuentes

- UNODC. [Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, 2013.](#)

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.4 Reducción de la propagación del VIH, la hepatitis vírica y otras infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral



RESUMEN

Problemas

Compartir jeringuillas aumenta el riesgo de transmisión y adquisición de infecciones transmitidas por la sangre, como el VIH y los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC). Tradicionalmente, las intervenciones dirigidas a los consumidores de drogas por vía parenteral, principalmente el TSO, los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y las medidas de reducción de daños para disminuir las conductas de riesgo se centraron principalmente en reducir la transmisión del VIH. El éxito de estas medidas se aprecia en la baja proporción de transmisión del VIH atribuible al consumo de drogas por vía parenteral (aproximadamente el 5 % de los diagnósticos para los que se conoce la vía de transmisión), que se ha mantenido estable durante la última década. No obstante, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo un modo de transmisión del VIH importante en algunos países, y en Europa se siguen produciendo brotes de VIH relacionados con este consumo, especialmente en lugares donde la cobertura de los servicios es baja.

La hepatitis C es la infección vírica transmisible por la sangre de mayor prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Los avances en tratamientos

muy eficaces de la hepatitis C han provocado un cambio en las prioridades para abordar los altos índices de infección del VHC que presentan las personas que consumen drogas por vía parenteral. La infección crónica por el VHC puede provocar la muerte por hepatopatía grave, como la cirrosis y el cáncer de hígado.

Opciones de respuesta

- Ofrecer tratamiento de sustitución de opioides y otro tratamiento eficaz contra la drogodependencia a los consumidores de drogas por vía parenteral.
- Programas de intercambio de agujas y jeringuillas que facilitan jeringuillas estériles a los consumidores.
- Vacunación contra la hepatitis A y B, el tétanos y la gripe, y administración también de la vacuna antineumocócica para las personas seropositivas.
- Pruebas rutinarias para la detección del VIH, el VHC (VHB para los no vacunados) y otras infecciones, incluida la tuberculosis.
- Esto debe asociarse con la derivación y la prestación de tratamiento para las personas infectadas, incluidos los nuevos tratamientos antivíricos de acción directa para el VHC disponibles actualmente.
- Promoción de la salud centrada en hábitos de inyección más seguros; salud sexual, incluido el uso de preservativos; y prevención, detección y tratamiento de enfermedades.
- Desarrollo de enfoques proactivos, de múltiples componentes, que se adapten a las necesidades del consumidor y a las condiciones locales.

Perspectiva europea

- De los 30 países supervisados por el EMCDDA, todos, excepto Turquía, proporcionan jeringuillas limpias gratuitas en puntos especializados. No obstante, existen diferencias considerables en la cobertura, lo que indica la necesidad de aumentar la prestación de servicios en algunos países.
- Todos los países de la UE ofrecen TSO, pero la cobertura en algunos países sigue siendo baja, incluidos los países en los que se notifican factores de riesgo de infección por el VIH o la hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral.
- Un número creciente de países europeos ha adoptado o está preparando estrategias para la hepatitis C, y junto con estas se están introduciendo, en algunos países, nuevos tratamientos antivíricos de acción directa para el VHC con objeto de eliminar la infección.

Palabras clave: enfermedades infecciosas, daños del consumo de drogas para la salud, salas de consumo supervisado de drogas, hepatitis, programas de intercambio de agujas y jeringuillas

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

En los años ochenta y noventa del pasado siglo, la transmisión debida al consumo de drogas por vía parenteral constituía la causa principal de infección por el VIH en Europa. Desde entonces, la mayor disponibilidad de intervenciones de reducción de daños y de tratamiento, como el suministro de jeringuillas, el TSO y la terapia antirretroviral combinada, y la disminución de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral se han sumado a un descenso espectacular de las infecciones por el VIH notificadas y atribuidas al consumo por vía parenteral de drogas. No obstante, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo una vía importante de transmisión del VIH en algunos países de la UE y, en otros países, continúan produciéndose brotes esporádicos. Además, a pesar del descenso en los últimos años, más de 1 de cada 10 casos nuevos de sida en la Unión Europea aún sigue atribuyéndose al consumo de drogas por vía parenteral. Esto puede ser indicio de un diagnóstico tardío o de una mala gestión del caso, siendo ambas causas de daños provocados a pacientes que pueden evitarse. Muchos de estos casos se notificaron en Grecia, Letonia y Rumanía, donde podría ser necesario reforzar las pruebas del VIH y las respuestas al tratamiento.

La infección por el VHC, tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. A menudo, la infección es asintomática, y muchas de las personas que la padecen ignoran el estado de su infección. El virus puede causar tanto hepatitis aguda como hepatitis crónica, y se estima que entre el 75 y el 80 % de los infectados desarrollará infección crónica. La hepatitis C crónica puede propiciar hepatopatías graves, como la cirrosis y el cáncer, que pueden ocasionar la muerte. La prevalencia de anticuerpos contra el VHC (un marcador que indica que ha habido infección del virus) en muestras nacionales de personas que consumen drogas por vía parenteral varía mucho, pero en 2014/15, los índices en la mayoría de las muestras nacionales superaban el 40 %.

La infección por el VHB es menos habitual, ya que en los programas nacionales de inmunización se suministra a gran escala una vacuna eficaz. Sin embargo, es posible que los consumidores de drogas no hayan participado en las campañas habituales. Se carece de datos fiables, pero de los 7 países con estimaciones nacionales, entre el 2,2 % y 11 % de los consumidores de drogas por vía parenteral sufrían hepatitis B. El VHB puede transmitirse mediante el intercambio de instrumentos de inyección, el contacto sexual o de madre a hijo (durante el embarazo, el parto y tras el nacimiento).

La inyección de drogas también conlleva el riesgo de contraer otras enfermedades infecciosas, como botulismo por heridas y carbunco. Los grupos marginalizados, incluidas las personas con graves problemas de drogas, ya sea por vía parenteral u otra, también pueden estar expuestas a un elevado riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como la tuberculosis. La inyección de drogas puede causar daños en las venas y problemas circulatorios asociados. Por ejemplo, la inyección de drogas cuya forma original es la pastilla, como la buprenorfina, puede causar diversos problemas de salud posiblemente graves.

Aunque los opioides son las drogas más inyectadas en Europa, un número considerable de personas consume por vía parenteral otras drogas, como las anfetaminas, la mefedrona y los esteroides anabólicos. Se les adjudican los mismos riesgos de infección y otros daños asociados al consumo por vía parenteral. Independientemente de las drogas que se inyecten, el principal objetivo en materia de salud pública es el mismo: reducir la transmisión de enfermedades infecciosas por compartir jeringuillas, agujas y otros instrumentos de inyección.

Esto se puede lograr mediante la combinación de dos amplios enfoques. En primer lugar, tratar de reducir el número de oportunidades de inyección insegura mediante la prestación de un tratamiento efectivo de la drogodependencia, y el suministro de suficiente material de inyección limpio y de fácil acceso para eliminar la necesidad de compartir los instrumentos utilizados. El segundo enfoque aspira a reducir el número de personas infectadas, tratando a aquellos que sufren la enfermedad y vacunando a los que no están infectados pero corren el riesgo de infectarse.

Opciones de respuesta

La preocupación suscitada por la propagación del VIH y del sida en los años ochenta y noventa del pasado siglo llevó a desarrollar los programas de intercambio de jeringuillas y agujas, así como otros enfoques de reducción de daños. Las intervenciones principales disponibles para prevenir y controlar la propagación de infecciones entre personas que se inyectan drogas se señalan en el [recuadro sobre buenas prácticas](#) de la página 60. El tratamiento para la dependencia de opioides también desempeña una función importante a la hora de prevenir la propagación del VIH y la hepatitis vírica, y se aborda en el [apartado 2.2](#). Las personas en TSO se inyectan drogas con menor frecuencia y tienen conductas menos arriesgadas a la hora de inyectarse. Este apartado contempla otras intervenciones para prevenir infecciones de transmisión hemática y de otros tipos.



Buenas prácticas para controlar las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por vía parenteral

Los componentes clave de las intervenciones son:

- **Instrumentos de inyección:** Facilitación y acceso legal a agujas, jeringuillas y otros instrumentos estériles de forma gratuita, como parte de un enfoque integrado por múltiples componentes que incluye programas de reducción de daños, asesoramiento y tratamiento.
- **Vacunación:** Inmunización contra la hepatitis A y B, el tétanos y la gripe, y administración también de la vacuna antineumocócica para las personas infectadas por el VIH.
- **Tratamiento de la drogodependencia:** Tratamiento de sustitución de opioides y otras formas eficaces de tratamiento de la drogodependencia.
- **Pruebas:** Pruebas confidenciales y voluntarias rutinarias con consentimiento informado para el VIH, el VHC (VHB para las personas no vacunadas) y otras infecciones, como la tuberculosis, relacionadas con la derivación del tratamiento.
- **Tratamiento de enfermedades infecciosas:** Tratamiento antivírico para las personas infectadas por VIH, VHB o VHC. Tratamiento contra la tuberculosis de los casos de tuberculosis activa, profilaxis para los casos latentes y tratamiento de otras enfermedades infecciosas cuando esté indicado clínicamente.
- **Promoción de la salud:** Promoción de la salud centrada en hábitos de inyección más seguros; salud sexual, incluido el uso de preservativos; y prevención, detección y tratamiento de enfermedades.
- **Prestación dirigida de servicios:** Los servicios deben combinarse y prestarse en función de las necesidades del consumidor y las condiciones locales mediante los centros fijos y de acercamiento que ofrezcan tratamiento por drogas, reducción de daños, asesoramiento y análisis, así como derivación a los servicios de atención primaria generales y los servicios médicos especializados.

La combinación de estas intervenciones mejora su eficacia.

Adaptado de: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Estocolmo: ECDC; 2011.

Programas de intercambio de agujas y jeringuillas

Existen pruebas epidemiológicas de calidad moderada que indican que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas pueden reducir la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas. Hay pruebas similares, si bien no tan sólidas, que muestran que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas también pueden reducir la transmisión del VHC. Sin embargo, a fin de influir en los índices de población respecto a la transmisión de VIH y el VHC, es necesario que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se presten a una escala suficientemente amplia y combinados con otras respuestas, como el tratamiento. Además del suministro de agujas y jeringuillas, también hay pruebas de que la prestación de otros tipos de instrumentos, por ejemplo, cocinas o filtros estériles, reduce las conductas arriesgadas a la hora de inyectarse drogas. El suministro de filtros puede ser especialmente importante en países en los que las personas se inyectan sustancias cuya forma original es en pastilla, como la buprenorfina, y pueden provocar diversas complicaciones sanitarias que pueden resultar difíciles y caras de tratar.

Detección y tratamiento del VIH y la hepatitis vírica

El tratamiento de la infección por el VIH y el VHC es eficaz en los consumidores de drogas por vía parenteral (pruebas de calidad moderada). El estigma y la marginalización continúan siendo obstáculos importantes para la detección y el tratamiento de las infecciones víricas de transmisión hemática en personas que se inyectan drogas, y pueden retrasar el diagnóstico y el tratamiento. Por ejemplo, en 2015, el 58 % de las nuevas infecciones por VIH notificadas y relacionadas con la inyección de drogas se diagnosticaron tarde, en comparación con el 47 % relacionadas con todas las vías de transmisión. El diagnóstico y el inicio tempranos de la terapia antirretrovírica reducen la morbilidad y la mortalidad, y ofrecen a las personas infectadas una mayor probabilidad de tener una esperanza de vida normal, así como de reducir la transmisión del VIH a otras personas. Por esta razón, la política «detectar y tratar» respecto al VIH, cuando la terapia antirretrovírica se inicia justo después de diagnosticar el VIH, es importante para abordar la infección por el VIH en personas que consumen drogas por vía parenteral.

En muchos países, los servicios comunitarios para la drogodependencia de bajo umbral realizan análisis para detectar enfermedades infecciosas. Las normas mínimas de calidad de la UE respecto al tratamiento de la drogodependencia fomentan la realización voluntaria de pruebas de detección de infecciones transmitidas por la sangre en agencias comunitarias y promueven la orientación sobre conductas de riesgo y la asistencia para tratar las enfermedades. Estos servicios pueden aumentar los índices de vacunación contra la hepatitis A y B.

La detección temprana de la infección por el VHC y su tratamiento con los nuevos fármacos antivíricos de acción directa altamente eficaces evitan considerablemente las hepatopatías y las muertes (gráfico 2.5). Una revisión sistemática de las pruebas indica que muchas personas infectadas que consumen drogas por vía parenteral no han sido diagnosticadas ni tratadas. También son necesarios más datos empíricos y evaluaciones del efecto de la ampliación del tratamiento de la hepatitis C en personas que consumen drogas por vía parenteral a fin de demostrar la forma de maximizar los beneficios para la salud en este ámbito.

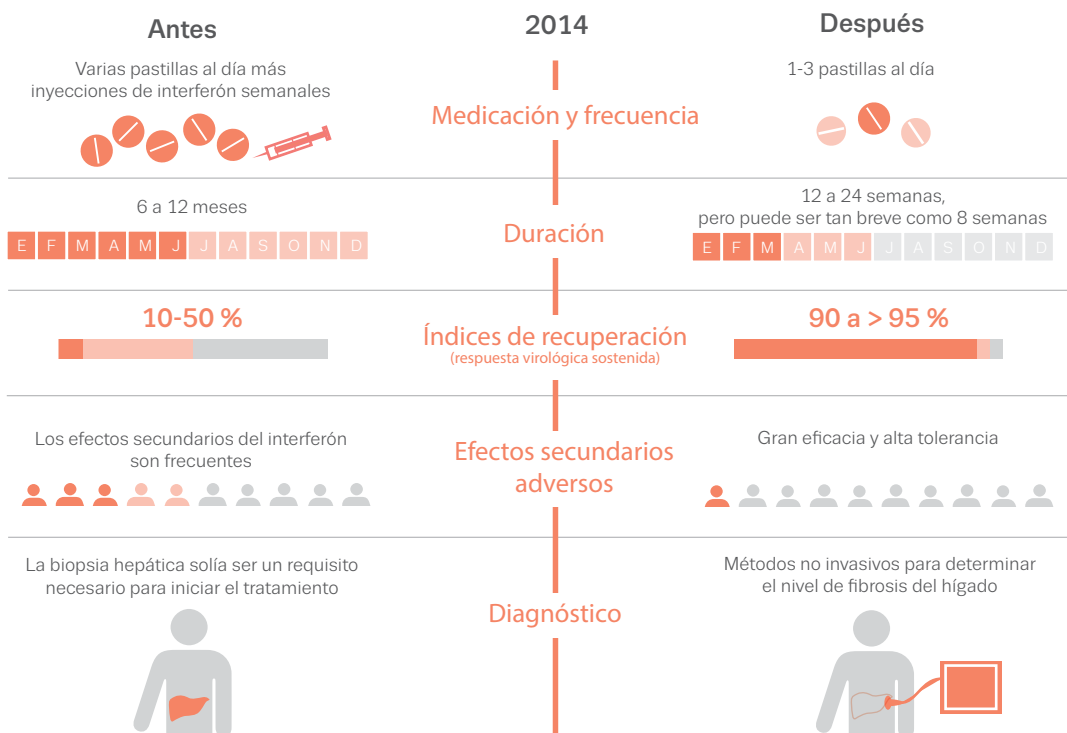
Es importante reforzar la aceptación del tratamiento entre las personas que consumen drogas por vía parenteral, y las

opciones de tratamiento eficaz deben estar disponibles y deben ser de fácil acceso para este grupo poblacional. La ubicación conjunta del tratamiento para la hepatitis C y del tratamiento de sustitución de opioides puede facilitar el acceso a los usuarios. También se puede perfeccionar la mejora del cumplimiento del tratamiento por parte de los consumidores de drogas por vía parenteral. En este contexto, la gestión de casos, los servicios de apoyo y la prestación de educación y formación para mejorar los conocimientos sobre salud y el VHC entre las personas que consumen drogas por vía parenteral y los proveedores del servicio pueden ser muy beneficiosos.

Es fundamental ampliar el tratamiento de la hepatitis C a fin de reducir la prevalencia y la transmisión de la infección por el VHC en los consumidores de drogas por vía parenteral. Las directrices clínicas europeas recomiendan tener en cuenta a todos los pacientes con hepatopatías crónicas debido a la infección por el VHC como candidatos para el tratamiento, independientemente de la etapa en que esté la enfermedad. Asimismo, recomiendan que el tratamiento se proporcione sin dilación a las personas con riesgo de transmitir el virus, como los consumidores de drogas por vía parenteral. Lo ideal sería adaptar el tratamiento a las necesidades individuales y que se prestara en un contexto multidisciplinar.

GRÁFICO 2.5.

Tratamiento de hepatitis C antes y después de la aparición de agentes antivirales de acción directa



Las nuevas combinaciones orales de fármacos antivíricos de acción directa pueden eliminar la infección por el VHC en más del 90 % de los casos en 8-12 semanas. Estos constituyen el tratamiento de primera línea para la infección por el VHC porque son seguros y eficaces. Actualmente, los consumidores de drogas por vía parenteral que padecen hepatitis C pueden tratarse de forma segura, y las vías de acceso y derivación deben ampliarse, incluso mediante la prestación del tratamiento en servicios de drogodependencia especializados en contextos comunitarios a fin de aumentar la participación y la disponibilidad.

El tratamiento para la infección por el VHB, a diferencia del tratamiento para la hepatitis C, es de larga duración y no elimina el virus. La vacunación generalizada de niños contra la hepatitis B y las campañas de vacunación dirigidas a los grupos de alto riesgo implican que, en el futuro, la hepatitis B debería ser cada vez menos habitual.

Sin embargo, puesto que la cobertura de la vacunación del grupo de población de consumidores de drogas por vía parenteral puede ser insuficiente, debe considerarse como un grupo apropiado para el diagnóstico y la vacunación adicionales utilizando el [Accelerated Schedule](#) (calendario acelerado) recomendado por la OMS. La vacunación debería ofrecerse a los consumidores de drogas por vía parenteral en todos los contactos con los servicios, ya sea en instalaciones de reducción de daños de bajo umbral, en servicios de tratamiento o en centros penitenciarios (véase el [apartado 4.1](#)).

Es importante que los servicios se presten en el marco de un programa coordinado y con varios componentes a fin de maximizar la eficacia. Asimismo, los programas deben ajustarse a las necesidades de los diferentes grupos de personas, que pueden tener distintas pautas de consumo de drogas por vía parenteral.



Foco sobre... La ampliación del tratamiento de la hepatitis C para eliminar la infección por el VHC

El coste es un gran obstáculo para la ampliación a gran escala de los nuevos tratamientos de la hepatitis C. En 2015, por ejemplo, el precio del medicamento Sofosbuvir en 20 países europeos oscilaba entre 25 000 y 91 000 euros por un período de 12 semanas. Esto significa que el coste para tratar a todos los adultos infectados por el VHC en estos países variaría entre 0,91 y 31,7 millones de euros. Estos costes podrían compensarse con los amplios ahorros en el futuro por la disminución de la necesidad de tratar cirrosis y cánceres de hígado.

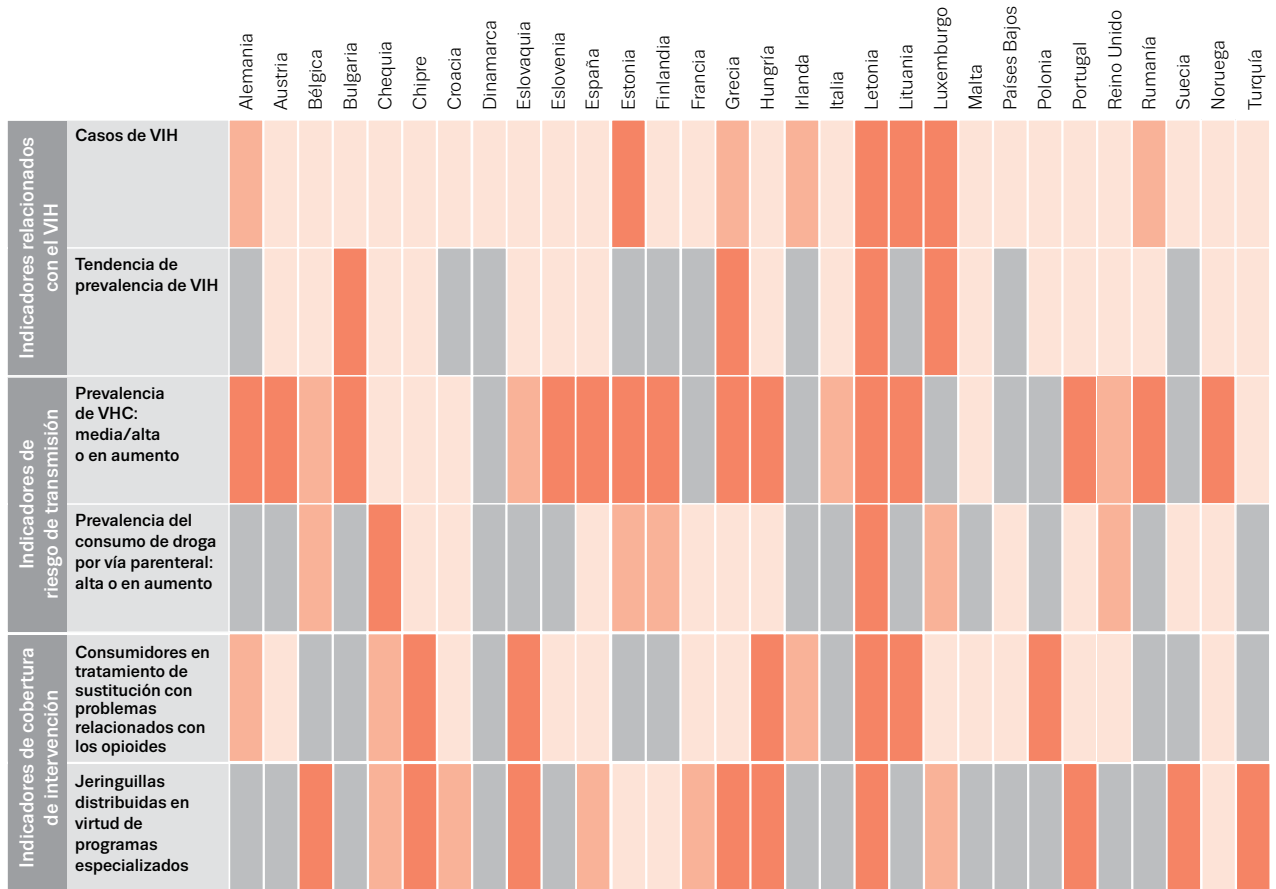
La disponibilidad de estos tratamientos mejorados ha llevado a muchos países europeos a adoptar nuevas estrategias para la hepatitis vírica, actualizar las directrices de tratamiento y mejorar la detección y el tratamiento del VHC. Los desafíos pendientes son los reducidos niveles de detección del VHC y las ambiguas vías de derivación y tratamiento.

Los modelos indican que la prestación de tratamiento para la hepatitis C, junto con una alta cobertura del suministro de jeringuillas y del TSO, podrían reducir la transmisión del VHC a niveles insignificantes. Para lograrlo se debería mejorar la detección de casos y el acceso a los análisis, así como la participación y el cumplimiento del tratamiento. Los lugares ideales pueden ser los servicios de «tratamiento del VHC en la comunidad» que están integrados a otros servicios para consumidores de drogas por vía parenteral, incluidos los programas de reducción de daños y de tratamiento. Actualmente, las técnicas rápidas de análisis lo hacen viable en varios contextos, entre ellos servicios de bajo umbral y de acercamiento. En la medida de lo posible, el tratamiento debería prestarse en el mismo lugar a fin de mejorar la aceptación. Estos servicios deberían recopilar datos sobre el consumo por vía parenteral, la transmisión y la prevalencia del VHC. La detección de casos de hepatitis C y su tratamiento en centros penitenciarios también es una forma rentable de reducir el contagio.

Las necesidades y la perspectiva de los consumidores de drogas por vía parenteral deben tenerse en cuenta a la hora de ampliar los servicios de tratamiento del VHC. Esto incluye la investigación entre estos grupos sobre la forma de facilitar su participación, inicio y acceso al tratamiento de la hepatitis C. Estos estudios y evaluaciones del impacto de la ampliación del tratamiento de la hepatitis C sobre los índices de reinfección son necesarios para facilitar la toma de decisiones sobre aplicaciones adicionales de estos tratamientos.

GRÁFICO 2.6.

Resumen de indicadores de un posible riesgo elevado de infección por VIH y VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral



- Baja tasa de notificación de VIH (< 5 casos por millón de habitantes) y ausencia de datos contrastados de un aumento. Sin tendencia significativa o disminución estadísticamente significativa de prevalencia de VIH. Niveles nacionales o subnacionales de prevalencia < 50 % o sin tendencia significativa o disminución estadísticamente significativa. Baja prevalencia del consumo de droga por vía parenteral (< 3 %). Cobertura alta (> 50 % de la población estimada en tratamiento de sustitución de opioides). Cobertura alta (> 200 jeringuillas por inyector previsto).
- Tasa de notificación media (5-10 casos por millón de habitantes) o aumento constante pero no significativo de la tasa a escala nacional. Aumento constante pero no significativo a escala nacional. Niveles nacionales o subnacionales de prevalencia entre el 50 % y el 60 % o aumento constante pero no significativo a escala nacional. Prevalencia media del consumo de droga por vía parenteral (3-6 %). Cobertura media (30-50 % de la población estimada en tratamiento de sustitución de opioides). Cobertura media (100-200 jeringuillas por inyector previsto).
- Tasa de notificación alta (> 10 casos por millón de habitantes) o aumento estadísticamente significativo (95 % de nivel de fiabilidad). Aumento estadísticamente significativo de la prevalencia del VIH (95 % de nivel de fiabilidad). Niveles nacionales o subnacionales de prevalencia > 60 % o aumento estadísticamente significativo de la prevalencia del VHC (95 % de nivel de fiabilidad). Alta prevalencia del consumo de droga por vía parenteral (> 6 %). Cobertura baja (< 30 % de la población estimada en tratamiento de sustitución de opioides). Cobertura baja (< 100 jeringuillas por inyector previsto).
- Información desconocida/no disponible/sin cálculo reciente de población.

Nota: El suministro gratuito de instrumentos de inyección estériles mediante programas de agujas y jeringuillas no está disponible en Turquía. TSO para el Reino Unido, la cobertura se refiere únicamente a Inglaterra.

El establecimiento de vínculos entre los servicios de drogodependencia y los de salud sexual puede revestir una importancia especial para responder, de manera eficaz, a la propagación de infecciones relacionadas con el consumo de estimulantes y otras drogas por vía parenteral entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Algunas de las medidas de prevención para atender a este grupo son las pruebas de detección y el tratamiento de infecciones, la educación sanitaria y la distribución de materiales de prevención, como preservativos e instrumentos de inyección esterilizados. Para prevenir infecciones por el VIH adquiridas por vía sexual, la profilaxis antes de la exposición es otra medida de prevención para las poblaciones en situación de mayor riesgo.

Las salas de consumo supervisado de droga también pueden contribuir a la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral (véase «[Foco sobre las salas de consumo supervisado de droga](#)», página 156).

Qué se hace en Europa para prevenir la propagación de las enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral

Las intervenciones para prevenir la propagación de las enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral deben tenerse en cuenta en el contexto de la prevalencia de factores de riesgo de transmisión, como el consumo por vía parenteral y los índices y tendencias de prevalencia de las enfermedades. El [gráfico 2.6](#) muestra un resumen de la información disponible sobre algunos factores de riesgo importantes y la cobertura de las intervenciones en la Unión Europea, Noruega y Turquía.

Tratamiento de sustitución de opioides

La información sobre la prestación del TSO en la Unión Europea se aborda con más detalle en el [apartado 2.2](#) y también está resumida en el [gráfico 2.6](#). Este indica que hay varios países de la UE que muestran una cobertura escasa del TSO, de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, o de ambos; algunos de ellos presentan una serie de posibles factores de riesgo adicionales relacionados con la infección por el VIH o el VHC en consumidores de drogas por vía parenteral.



Reducción de las infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Las intervenciones fundamentales en este ámbito son el intercambio de jeringuillas, la prestación de TSO, los análisis y el tratamiento de enfermedades infecciosas, así como las actividades de promoción de la salud.
- Muchas personas que consumen drogas no saben que padecen una infección por el VHC. Los análisis pueden ofrecerse como parte del paquete inicial en cualquier contacto con los servicios para la drogodependencia.
- Vacunar a los consumidores de drogas por vía parenteral contra la hepatitis A y B puede reducir significativamente estas infecciones y sus graves consecuencias para la salud.

Oportunidades

- La ejecución de una estrategia integrada para facilitar la prevención, el acercamiento, el diagnóstico y los nuevos tratamientos por vía oral altamente eficaces para la hepatitis C en cooperación con los programas de reducción de daños (incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringuillas) y de tratamiento de la drogodependencia (incluido el TSO), en la comunidad y los centros penitenciarios, podría reducir las hepatopatías y los cánceres de hígado y, posiblemente, eliminar la hepatitis C como amenaza para la salud pública para los consumidores de drogas por vía parenteral.
- El acceso y la incorporación de pruebas y del tratamiento de enfermedades infecciosas e infecciones de transmisión sexual pueden mejorar si se desarrolla un examen *in situ* en los servicios para consumidores de drogas, como los centros de tratamiento de la drogodependencia, las salas de consumo supervisado de droga o los programas de intercambio de agujas y jeringuillas.

Lagunas

- Actualmente, el acceso a los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y al TSO se encuentra por debajo de los niveles recomendados en muchos países de la UE y debe mejorar. También se requieren mejores datos sobre la aceptación del tratamiento del VHC para poder valorar la idoneidad de la prestación de servicios.
- La infección por el VIH en consumidores de drogas por vía parenteral se suele diagnosticar tarde y se siguen notificando casos de sida en este grupo. Se requiere la mejora de las pruebas del VIH, el inicio inmediato del tratamiento por el VIH después del diagnóstico y aumentar la permanencia en la asistencia.

Programas de intercambio de agujas y jeringuillas

De los 30 países controlados por el EMCDDA, todos, excepto Turquía, proporcionan instrumentos de inyección limpios de forma gratuita en puntos especializados. Sin embargo, se observan diferencias significativas entre países respecto a la distribución geográfica de los puntos de entrega de jeringuillas y a la proporción de consumidores por vía parenteral cubiertos por los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. De los 17 países cuyas estimaciones del número de consumidores de drogas por vía parenteral están disponibles, se considera que aproximadamente la mitad (9 países) proporciona pocas jeringuillas, a través de programas especializados y subvencionados con fondos públicos, respecto al número de consumidores de drogas por vía parenteral.

Los datos de estos programas en 25 países muestran que se distribuyeron más de 52 millones de jeringuillas en 2014/15. No obstante, esta cifra es una estimación demasiado baja puesto que no se incluyen los datos de Alemania, Italia y el Reino Unido. Según la información local de estos países, se estima que los programas nacionales distribuyen más de 100 millones de jeringuillas al año en la Unión Europea. Esta cifra no incluye los instrumentos de inyección adquiridos por los consumidores de drogas por vía parenteral directamente en farmacias.

Detección y tratamiento

Cada vez son más los países que han adoptado o están preparando estrategias específicas para la hepatitis C. Las iniciativas para tratar la hepatitis C que están dirigidas a la detección, el asesoramiento y el tratamiento de consumidores de drogas por vía parenteral han incrementado, aunque todavía son insuficientes porque la prevalencia del VHC en este grupo se sitúa a niveles medios o altos, o está aumentando en 18 de los 23 países que proporcionan información. Todo ello, a pesar de las pruebas de la eficacia del tratamiento antivírico de la hepatitis C para consumidores de drogas por vía parenteral. En parte esto se debe a los elevados costes de los nuevos medicamentos, si bien los obstáculos para la detección y el tratamiento de la hepatitis C también pueden contribuir a ello. Se están resolviendo algunos de estos obstáculos. Se ha introducido una nueva herramienta de diagnóstico (la elastografía hepática, Fibroscan) que debería facilitar la detección de hepatopatías, y los nuevos medicamentos han reducido la duración del tratamiento y los efectos secundarios negativos, lo cual debería facilitar su cumplimiento.

Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.](#)
- [Hepatitis C treatment for injecting drug users](#), Perspectives on drugs, 2015.
- [Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention](#), Insights, 2016.
- [Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network](#), Rapid communication, 2017.
- [Estimating trends in injecting drug use in Europe using national data on drug treatment admissions](#), Technical reports, 2015.
- [Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users](#), Manuals, 2010.
- [ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs](#), Joint publications, 2011.

Otras fuentes

- UNODC, Onusida, OMS. [Guidance relating to infectious diseases and injecting drug use \(sitio web\)](#).

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>



2.5 Respuesta a los problemas relacionados con el consumo de estimulantes



RESUMEN

Problemas

En general, la cocaína es el estimulante consumido con mayor frecuencia en Europa, aunque en algunos países la MDMA, las anfetaminas o las metanfetaminas pueden ser los estimulantes dominantes.

Muchos de los daños derivados del consumo de estimulantes se asocian a un consumo intensivo, en altas dosis o de duración prolongada. La vía de administración es un factor mediador importante; por ejemplo, el consumo por vías parenteral de estimulantes y fumar *crack* (cocaína) o metanfetaminas se asocian particularmente a pautas de consumo más problemáticas. No obstante, los problemas graves pueden afectar incluso a los consumidores de estimulantes experimentales u ocasionales.

Los estimulantes pueden consumirse de un modo funcional, por ejemplo, para permanecer despierto al conducir, trabajar durante muchas horas o socializar en entornos recreativos nocturnos. Esto significa que algunas de las respuestas adecuadas para el consumo de estimulantes son específicas del contexto o se solapan con medidas de la salud pública más generales. Los contextos en los que se consumen y el hecho de que los estimulantes se consumen en ocasiones en un contexto

sexual también implican que las respuestas relacionadas con las drogas puedan solaparse con las respuestas a los problemas de salud sexual, particularmente en algunos grupos.

Opciones de respuesta

- Pueden ofrecerse intervenciones breves, derivación a programas de tratamiento o servicios de reducción de daños cuando los usuarios busquen ayuda en los servicios de urgencias para los problemas relacionados con la intoxicación o el consumo de dosis elevadas.
- Los consumidores de estimulantes por vía parenteral requieren un acceso regular a programas de intercambio de agujas y jeringuillas porque consumen con mayor frecuencia que los consumidores de opioides durante los episodios de consumo intensivo.
- Los programas de acercamiento pueden ser necesarios para ofrecer intervenciones de reducción de daños a los consumidores de estimulantes que, de otro modo, no tendrían acceso a los servicios.
- El tratamiento mediante intervenciones psicosociales puede ser eficaz para el consumo problemático de estimulantes. No existen tratamientos farmacológicos con pruebas positivas de eficacia en el tratamiento para consumidores de estimulantes problemáticos, pero algunos fármacos utilizados para tratar la depresión han mostrado que ayudan a mantener en tratamiento a los consumidores de anfetaminas.

Perspectiva europea

- La cocaína es la principal droga estimulante por la que se solicita tratamiento en Europa (63 000 personas en 2015), y la mayoría de los casos se producen en España, Italia y el Reino Unido. El número de personas que acceden al tratamiento por primera vez se mantiene estable. Un total de 7 400 personas más iniciaron un tratamiento por problemas de consumo de *crack* (cocaína), principalmente en el Reino Unido.
- Aproximadamente 34 000 personas iniciaron tratamiento por problemas de consumo de anfetaminas en 2015, y 9 000 por metanfetaminas, principalmente en Chequia y Eslovaquia. Se ha producido un aumento en las personas que acceden al tratamiento por anfetaminas por primera vez desde 2009.
- Muy pocas personas inician un tratamiento de drogodependencia especializado por el consumo de MDMA; las respuestas de reducción de daños en festivales y entornos recreativos nocturnos son más pertinentes para este grupo.

Palabras clave:
estimulantes, cocaína,
anfetaminas, reducción
de daños, tratamiento,
salud sexual

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa. Entre los consumidores habituales de cocaína, puede hacerse una clara distinción entre los consumidores más integrados en la sociedad, que suelen esnifar polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), y los consumidores marginados, que, probablemente, se administran cocaína por vía parenteral o fuman *crack* (base de cocaína), y, a veces, junto con opioides.

En muchos países, el consumo del estimulante MDMA (a menudo comercializado como «éxtasis») disminuyó desde su punto máximo a principios del siglo XXI. En los últimos años, algunas fuentes de control han señalado que tanto el consumo como el contenido medio de MDMA en las pastillas han aumentado. Las elevadas cantidades de MDMA en algunas pastillas se han vinculado a daños y muertes.

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque el consumo de la primera es más frecuente que el de metanfetamina. El consumo de metanfetamina ha estado históricamente restringido a Chequia y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque se han detectado signos de aumento del consumo en otros países. En algunas fuentes de datos no se pueden distinguir estas dos sustancias, por lo que se utiliza el término genérico «anfetaminas» para cubrir a las dos. Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, es frecuente el consumo por vía parenteral entre los consumidores de alto riesgo de algunos países. La metanfetamina puede fumarse, aunque es poco común en Europa.

Respecto a los estimulantes más consumidos, varían de un país europeo a otro. En el Reino Unido, por ejemplo, la cocaína fue el estimulante ilegal más consumido el año pasado por la población general, seguida de cerca por la MDMA. En cambio, en Finlandia, se presentan proporciones similares del consumo de anfetaminas y MDMA el año pasado, y el consumo de cocaína es poco común.

Muchos de los daños derivados del consumo de estimulantes se asocian a un consumo intensivo, en altas dosis o de duración prolongada. La vía de administración también es un factor mediador importante; por ejemplo, el consumo parenteral de estimulantes y fumar *crack* (cocaína) o metanfetaminas se asocian particularmente a pautas de consumo más problemáticas. Los problemas graves pueden incluso afectar a los consumidores experimentales de estimulantes, aunque probablemente

sean menos frecuentes si el consumo de estimulantes es esporádico y en reducidas dosis. A pesar de ser poco común, algunos consumidores de estimulantes consumen dosis elevadas durante períodos prolongados, a veces durante varios días. Los «atracones» de estimulantes pueden ocasionar una serie de daños graves, incluidas psicosis, agresividad y paranoia, y también pueden asociarse al desarrollo de dependencia y de otros problemas sociales y de salud a largo plazo. El consumo prolongado de estimulantes en elevadas dosis puede provocar problemas cardiovasculares graves, como ictus, miocardiopatías e infartos de miocardio.

El consumo problemático de estimulantes puede asociarse a riesgos para la salud sexual. Algunos hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres practican «chemsex», que consiste en consumir metanfetaminas y otras sustancias por vía parenteral para aumentar el deseo sexual. Aunque parecen inusuales, se notifican fiestas de «chemsex» en varias de las mayores ciudades europeas. Se han convertido en una preocupación en algunos países europeos por su potencial de propagación del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Algunos estudios también han mostrado altos índices de intercambios de sexo por dinero o sexo por drogas en mujeres con problemas de consumo de *crack* (cocaína). Esto refleja un posible problema más general relacionado con el consumo de estimulantes y otras sustancias en mujeres y hombres que trabajan en la industria del sexo y la necesidad de desarrollar respuestas que puedan abordar tanto el consumo de sustancias como las conductas que suponen un riesgo para la salud sexual. Además, el papel de las drogas en la explotación sexual, incluidas las agresiones sexuales facilitadas por las drogas, es motivo de preocupación. No obstante, la información sobre el alcance y la naturaleza de estos problemas es limitada.

Los estimulantes pueden consumirse junto con alcohol y otras drogas ilegales. Algunas de estas combinaciones, por ejemplo, la cocaína y el alcohol, pueden aumentar los riesgos para la salud. Los consumidores de estimulantes puede que también consuman otras drogas para controlar los efectos secundarios negativos del consumo y para ayudar a inducir el sueño. Entre estas drogas se incluyen el alcohol, el cannabis y las benzodiazepinas. Los consumidores más problemáticos puede que consuman opioides con esta misma finalidad. Este policonsumo de sustancias puede exponer a los consumidores de estimulantes a riesgos adicionales. Por esta razón, las respuestas en este ámbito a menudo deberán considerar las interacciones entre el consumo de estimulantes y otras drogas (véase el [apartado 2.8](#) sobre el policonsumo).

Opciones de respuesta

El consumo de estimulantes suele darse en contextos recreativos, como en locales de vida nocturna o festivales de música. Los programas de prevención y reducción de daños para los consumidores de MDMA y otros estimulantes en estos contextos se abordan en el [apartado 4.2](#).

Las personas que sufren problemas graves derivados del consumo de estimulantes pueden pedir ayuda en los servicios médicos de urgencias. Las intervenciones proporcionadas dependerán de los síntomas que se señalan, pero una intervención médica o psicológica breve suele ser suficiente. No obstante, es importante que los servicios de urgencias sean conscientes de que puede ser necesario derivar al paciente para un tratamiento adecuado, la reducción de daños o a servicios de salud sexual. El potencial de los estimulantes para causar o agravar los problemas cardiovasculares también implica que las personas que responden a las urgencias cardiovasculares deberán tener en cuenta el papel que el consumo de drogas desempeñó en el episodio.

Reducción de daños de los problemas derivados del consumo de estimulantes

Los consumidores de estimulantes por vía parenteral suelen necesitar mayor acceso a los programas de intercambio de agujas y jeringuillas porque puede que consuman de forma más frecuente que los consumidores de opioides (véase también el [apartado 2.4](#) sobre la reducción de la propagación de infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral).

Las respuestas para este grupo a menudo incluyen algún tipo de acercamiento y el suministro de instrumentos de inyección estériles, preservativos, información sobre una inyección más segura, higiene básica, cuidado de las venas y las heridas y cremas o pomadas antibacterianas. Estas serían respuestas adecuadas, aunque aún no existe una base empírica sólida en este ámbito. Si bien hay pruebas limitadas que indican que los programas de acercamiento pueden ayudar a los consumidores de estimulantes por vía parenteral a reducir sus problemas sanitarios asociados a la inyección, como las infecciones cutáneas, se carece de datos sólidos que muestren una reducción cuantificable del consumo por vía parenteral o de las conductas sexuales de riesgo derivadas de estos enfoques. Puesto que los problemas relacionados con los estimulantes parecen estar incrementando, este ámbito requiere más investigación adicional y desarrollo de servicios.

Hay pocas pruebas que confirmen que las intervenciones psicosociales y conductuales de varias sesiones puedan reducir las conductas sexuales de riesgo de las personas que consumen drogas. Para las personas que fuman estimulantes, puede que sean beneficiosos el suministro de kits limpios para el *crack* a fin de prevenir el uso compartido, la prestación de información, material de educación y comunicación y de actividades de acercamiento; sin embargo, deben realizarse más estudios sobre la eficacia de estas intervenciones. Una intervención innovadora que han llevado a cabo los servicios de bajo umbral en Chequia para los consumidores de metanfetaminas consiste en distribuir cápsulas de gelatina vacías para fomentar entre los consumidores el consumo de la droga por vía oral y reducir los riesgos de infección por el VIH y el VHC relacionados con el consumo por vía parenteral. Esta intervención debe evaluarse a fin de examinar su funcionalidad y su repercusión en las conductas.

Si bien el consumo de metanfetamina cristalizada por inhalación de humo en Europa es poco común, esta vía de consumo de estimulantes se asocia en particular a ciertos problemas, como los daños respiratorios y la corrosión dental. Los problemas relacionados con los estimulantes pueden evolucionar y desarrollarse rápidamente. Por ejemplo, en Atenas se ha observado que desde 2011 los consumidores de opioides también fuman metanfetaminas. Últimamente, ha empezado a surgir el consumo de metanfetaminas por vía parenteral, principalmente en otras zonas urbanas fuera de la capital. El consumo de metanfetamina cristalizada se asocia a varios problemas, incluidos la agresividad, el insomnio, las inflamaciones y erupciones cutáneas, la pérdida de peso y la muerte. En Grecia, la capacidad de los servicios para la drogodependencia de bajo umbral y de los servicios de asistencia para la salud mental para responder a las necesidades de estos usuarios se ha restringido por la escasa disponibilidad de los servicios en las zonas urbanas fuera de Atenas.

Dada la relación entre el consumo de estimulantes y las conductas sexuales de riesgo, los servicios de salud sexual deben estar atentos al consumo de drogas entre sus pacientes. Los servicios de drogodependencia también deben evaluar la salud sexual de sus pacientes. Estas cuestiones se abordan con más detalles en [«Foco sobre el abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas»](#) (página 72).



Visión general de las pruebas sobre... el tratamiento para el consumo problemático de estimulantes



Las intervenciones psicosociales pueden reducir el consumo de cocaína mediante la influencia en los procesos mentales y los comportamientos relacionados con la adicción.



El disulfiram, indicado para la adicción al alcohol, y los medicamentos contra el párkinson pueden ayudar a los consumidores de cocaína a reducir su consumo.



Los tratamientos psicosociales (incluida la gestión de contingencias) muestran eficacia positiva a corto plazo para el consumo abusivo/la dependencia de *crack*.



Se ha observado que algunos fármacos utilizados para tratar la depresión (fluoxetina e imipramina) mantienen a los consumidores de anfetaminas en tratamiento a corto y medio plazo.



Las mujeres embarazadas pueden consumir los medicamentos de ayuda para la desintoxicación de estimulantes, pero solo están recomendados en caso de padecer síntomas de abstinencia.

Tratamiento para los problemas del consumo de estimulantes

Las personas que buscan tratamiento para los problemas de consumo de estimulantes principalmente consumen cocaína o anfetaminas. Los consumidores de éxtasis raramente buscan tratamiento. Las personas que empiezan un tratamiento para los problemas relacionados con la cocaína pueden, sencillamente, dividirse en tres grupos:

- consumidores de polvo de cocaína, que consumen la cocaína por vía intranasal (insuflada o esnifada) sola o combinada con cannabis y/o alcohol;
- consumidores de *crack* (cocaína), que lo consumen a menudo junto con otras drogas, incluso la heroína;
- policonsumidores, que suelen consumir cocaína y heroína u otras drogas, y puede que por vía parenteral.

En cierto modo, estos grupos requieren enfoques distintos.

Las personas que principalmente consumen polvo de cocaína normalmente están más integradas socialmente que las que fuman *crack* o consumen opioides. Suelen tener una vivienda estable e ingresos regulares. Las personas que buscan tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de anfetaminas son igualmente heterogéneas respecto a su situación social y a las formas de consumo.

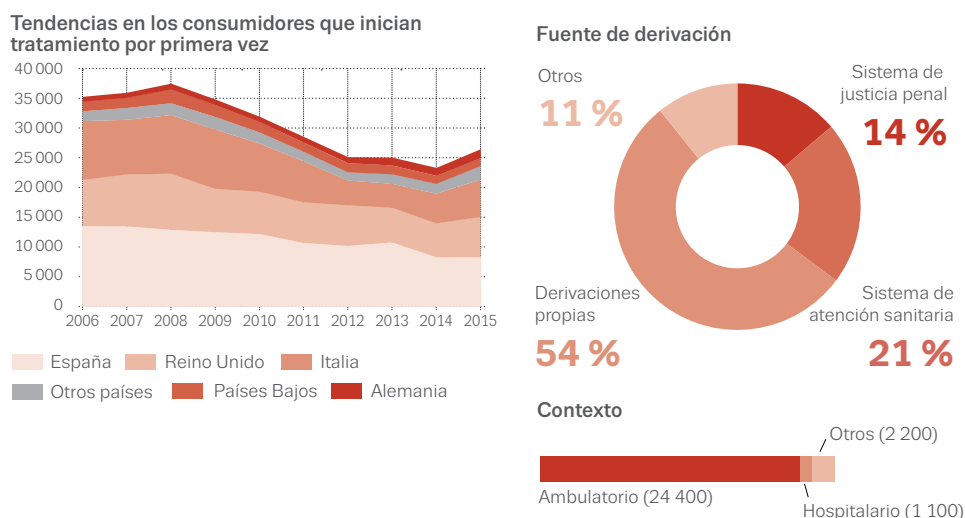
No existen tratamientos farmacológicos con pruebas firmes de su eficacia para tratar consumidores de estimulantes problemáticos. Las intervenciones y los enfoques de

tratamiento que han demostrado ser fructíferos se describen en el recuadro sobre la [visión general de las pruebas](#) de esta página. Las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de medicamentos para tratar a los consumidores de cocaína han mostrado un panorama dispar. Los medicamentos antipsicóticos resultan los más acertados a la hora de ayudar a que los consumidores dejen de consumir y superen las apetencias. El disulfiram, un fármaco utilizado para la dependencia del alcohol, resulta aceptable para los consumidores. Sin embargo, no se ha observado que ninguno de estos medicamentos sea eficaz para tratar los problemas relacionados con la cocaína, como lo es el TSO para tratar la dependencia de los opioides. Los ensayos de farmacoterapias (por ejemplo, bupropión, modafinilo) para las metanfetaminas han mostrado que estos fármacos son igual de eficaces que el placebo.

Las intervenciones psicosociales pueden resultar eficaces para los consumidores de cocaína. La gestión de contingencias puede ser eficaz cuando se combina con medicamentos. Una revisión sistemática mostró que las intervenciones de terapia conductual cognitiva reducían el abandono del tratamiento y el consumo de cocaína. El efecto era mayor cuando se combinaba con la gestión de contingencias. Un reciente estudio belga comunicó que, tras seis meses de gestión de contingencias y refuerzo de la comunidad, los índices de abstinencia de los consumidores de cocaína eran tres veces superiores a los de aquellos que recibían un tratamiento estándar.

GRÁFICO 2.7.

Consumidores de cocaína que inician tratamiento en Europa: tendencias a lo largo del tiempo y fuente de derivación en 2015



Nota: La fuente de derivación y los contextos son para todas las personas que acceden al tratamiento con cocaína como droga principal sobre la base de los datos disponibles más recientes de todos los países. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

Qué se está haciendo en Europa para responder a los problemas relacionados con el consumo de estimulantes

En Europa, el tratamiento relacionado con la cocaína normalmente se realiza en contextos ambulatorios que principalmente tratan a consumidores de opioides. Algunas personas que buscan tratamiento por el consumo de estimulantes pueden mostrarse reacias a utilizar estos servicios porque consideran que no satisfacen sus necesidades y no se identifican con los pacientes que consumen opioides, que pueden ser la mayoría en ciertos servicios. Si se modifican los modelos de prestación de servicios para que se adecúen más a las necesidades de los pacientes, puede que resulten más atractivos. Por ejemplo, un proyecto piloto irlandés sobre el tratamiento por el consumo de cocaína descubrió que con la prestación de sesiones por la tarde en servicios ambulatorios aumentaba la asistencia de personas que consumen cocaína. También pueden realizarse labores de acercamiento justo antes y después del fin de semana, que, normalmente, es cuando el consumo de droga es más elevado.

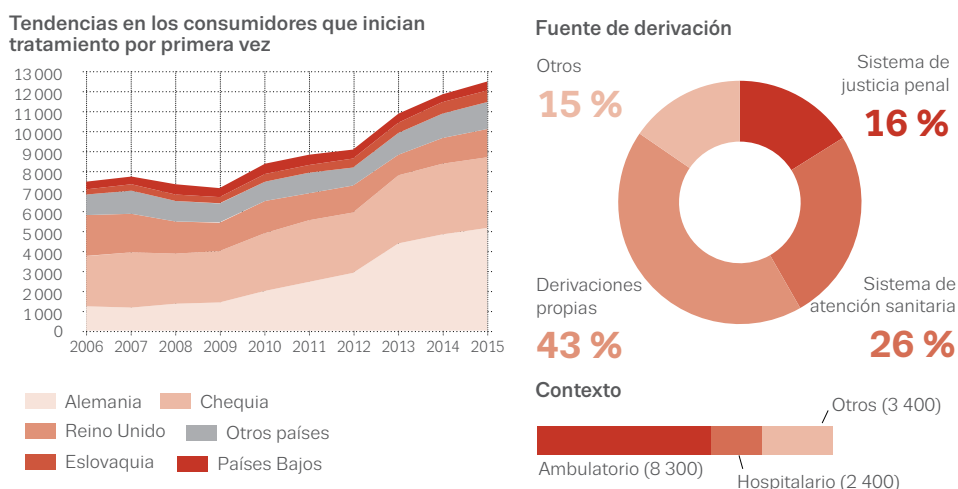
En 2015, España, Italia y el Reino Unido concentraban tres cuartas partes (74 %) de los pacientes que iniciaban tratamiento relacionado con la cocaína en Europa. En general, la cocaína era la droga principal para cerca de 63 000 pacientes que iniciaron tratamiento de la drogodependencia especializado, de los cuales unos 28 000 eran pacientes nuevos. Tras un período de descenso, el número total de consumidores de cocaína que

inician tratamiento por primera vez se ha mantenido estable desde 2012 (gráfico 2.7). En 2015, 7 400 pacientes que empezaron un tratamiento en Europa comunicaron que su droga de consumo principal era el crack. El Reino Unido contabilizaba casi dos tercios de estos pacientes (4 800), y España, Francia y los Países Bajos juntos (1 900) casi el resto.

Unos 34 000 pacientes que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2015 citaron las anfetaminas como droga principal; de ellos, unos 14 000 recibían tratamiento por primera vez (gráfico 2.8). Los consumidores de anfetamina como droga principal representaban más del 15 % de los pacientes que iniciaban tratamiento por primera vez en Alemania, Bulgaria, Finlandia, Letonia y Polonia. Los consumidores que iniciaban tratamiento por problemas relacionados con el consumo de metanfetamina como droga principal se concentraban en Chequia y Eslovaquia; juntos representaban el 90 % de los 9 000 consumidores de esta droga que iniciaron tratamiento especializado en Europa. En general, el número de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez y que refirieron la anfetamina o la metanfetamina como droga principal aumentó entre 2006 y 2015 en la mayor parte de los países. Deben controlarse las tendencias respecto a la proporción de personas que consumen anfetaminas por vía parenteral, ya que el descenso del consumo por vía parenteral en consumidores de otras sustancias no se ha apreciado en los consumidores de anfetaminas.

GRÁFICO 2.8.

Consumidores de anfetaminas que inician tratamiento en Europa: tendencias a lo largo del tiempo y fuente de derivación en 2015



Nota: La fuente de derivación y los contextos son para todas las personas que acceden al tratamiento con anfetaminas como droga principal sobre la base de los datos disponibles más recientes de todos los países. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países.

Respuestas para los consumidores de estimulantes: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los problemas asociados con el consumo de estimulantes varían en función de las pautas de uso, los grupos que los consumen y el entorno en que los consumen. Por ello, las respuestas deben adaptarse a las pautas locales de consumo y a los problemas experimentados.
- Las respuestas principales para los problemas relacionados con los estimulantes incluyen actualmente el tratamiento psicosocial o las intervenciones breves y la reducción de daños para los consumidores de drogas por vía parenteral.

Oportunidades

- La mejora de los enlaces entre los servicios de salud sexual y de tratamiento de la drogodependencia podría optimizar la eficiencia y la eficacia de ambos.

Lagunas

- Las intervenciones de reducción de daños para los consumidores de estimulantes deben desarrollarse y evaluarse.
- La investigación sobre los tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia de los estimulantes debe priorizarse a escala de la UE.

A pesar de que el consumo de metanfetamina en la población general es reducido, el consumo de esta sustancia por parte de algunos grupos de la población plantea desafíos particulares y requiere respuestas diferentes de los proveedores de servicios. Los servicios actualmente implicados en la respuesta a estos problemas incluyen los servicios de salud mental, de bajo umbral, el tratamiento de la drogodependencia, servicios para la salud

de los jóvenes y la salud sexual. Por ejemplo, en Chequia, donde el consumo de metanfetamina por vía parenteral es el método más común de administración, los programas de asistencia en materia de salud mental y de tratamiento residencial utilizan un modelo de comunidad terapéutica y están en el núcleo de la respuesta. También hay servicios que ofrecen información y asesoramiento sobre reducción de daños a los consumidores de metanfetaminas.



Foco sobre... El abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas

¿Cuál es la naturaleza del problema?

Hay una prevalencia significativa de consumo de drogas, en particular de estimulantes, entre los usuarios de los servicios de salud sexual, y los problemas de salud sexual son frecuentes en las personas que reciben tratamiento por problemas de drogodependencia. Los vínculos entre la salud sexual y los problemas de drogodependencia pueden surgir de varias formas:

- el consumo de drogas puede intoxicar y desinhibir y llevar a actividades sexuales no intencionadas (con o sin consentimiento) que resulten en consecuencias negativas, como el arrepentimiento, malestar psicológico, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados;
- algunas personas con problemas de drogodependencia pueden recurrir a trabajos sexuales para financiar su consumo de drogas, lo cual aumenta su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de sufrir agresiones;
- las drogas pueden consumirse antes o durante el sexo para mejorar el rendimiento y el placer sexual («chemsex»), lo cual aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, de sufrir agresiones y de desarrollar drogodependencia; este modelo de comportamiento en algunos grupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres resulta preocupante en algunos países;
- las drogas pueden consumirse para lidiar con el malestar psíquico derivado de un problema de salud sexual, como el diagnóstico del VIH.

En Europa, los servicios de tratamiento de problemas de drogodependencia y de salud sexual, normalmente, se financian por separado, tienen diferentes criterios de elegibilidad y raramente están ubicados en el mismo lugar. Esto dificulta la prestación de asistencia «conjunta» a personas con ambos tipos de problemas. Cada servicio se centra en prestar únicamente un tipo de asistencia, y pierde la oportunidad de abordar ambos tipos de problemas.

¿Qué respuestas son necesarias?

Las investigaciones aún no han identificado un modelo adecuado para los servicios, aunque están surgiendo nuevos modelos. En ausencia de una base empírica, es necesario empezar a recopilar datos mejores sobre el alcance del problema en los servicios de salud sexual y de tratamiento de la drogodependencia a fin de:

- identificar personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, como la dependencia, y la salud mental;
- entender sus conductas de riesgo y necesidades de tratamiento;
- comprender dónde vincular o integrar los servicios de salud sexual y de tratamiento de la drogodependencia puede ser ventajoso, por ejemplo, en servicios desarrollados en algunos países para hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Los dos tipos de servicios también deben compartir competencias y desarrollar vías de tratamiento mediante:

- la formación del personal de salud sexual para evaluar el consumo de drogas y ofrecer breves intervenciones cuando sea necesario;
- la formación del personal de tratamiento de la drogodependencia para evaluar temas de salud sexual y ofrecer breves intervenciones para problemas de este ámbito relacionados con el consumo de drogas; y
- el fomento de una colaboración más estrecha entre los servicios, por ejemplo, mediante formaciones conjuntas o intercambios de personal.

Véase el documento de referencia: [Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs](#).

En muchos países del norte de Europa, donde el consumo de metanfetaminas ha surgido entre las personas que ya consumían estimulantes, se ofrece el mismo tipo de tratamiento a los consumidores de anfetaminas y a los de metanfetaminas, generalmente intervenciones psicosociales. Al parecer, en varios países, los consumidores de drogas con fines recreativos, como las personas que frecuentan discotecas, también consumen metanfetamina. En ocasiones, los servicios para jóvenes han prestado respuestas a estos consumidores.

Además, como respuesta al consumo asociado con el «chemsex», se han elaborado iniciativas específicas para los consumidores de metanfetaminas. Estas incluyen actividades multidisciplinares que prestan servicios para la drogodependencia y la salud sexual o mejoras en las relaciones entre servicios (véase «Foco sobre el abordaje

de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas», página 72).

Las intervenciones aplicadas en Europa para reducir los riesgos asociados al consumo por vía parenteral de metanfetamina incluyen la prestación de instrumentos para fumar o kits para fumar de manera segura a través de programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Las iniciativas de fomento de la salud suelen centrarse en cuestiones generales de seguridad y autocuidado, incluidas la salud mental, física y sexual.

El consumo de MDMA rara vez se notifica como motivo para buscar un tratamiento de drogodependencia especializado. En 2015, menos del 1 % (unos 900 casos) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa refirieron consumo de MDMA.



Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Boletín estadístico.](#)
- [Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.](#)
- [Emergency health consequences of cocaine use in Europe](#), Perspectives on drugs, 2014.
- [Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence](#), Perspectives on drugs, 2014.
- [Emergency health consequences of cocaine use in Europe. A review of the monitoring of drug-related acute emergencies in 30 European countries](#), Technical reports, 2014.
- [Health and social responses for methamphetamine users in Europe](#), Perspectives on drugs, 2014.
- [Exploring methamphetamine trends in Europe](#), EMCDDA Papers, 2014.
- [Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs](#), Owen Bowden-Jones, background paper.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.6 Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas



RESUMEN

Problemas

Las nuevas sustancias psicotrópicas son drogas que no están controladas por las convenciones sobre control de drogas de las Naciones Unidas pero que pueden entrañar riesgos similares para la salud. Estas drogas incluyen los cannabinoides sintéticos, los opioides, los estimulantes y los alucinógenos. Normalmente se comercializan como sustitutos «legales» para el mercado de las drogas ilegales; al mismo tiempo, algunas también son utilizadas por pequeños grupos para vivir nuevas experiencias y probar nuevos efectos.

El elevado número de nuevas sustancias, su diversidad y la velocidad con la que aparecen representan un reto para la vigilancia y el desarrollo de respuestas eficaces y oportunas.

Palabras clave:
nuevas sustancias psicotrópicas, drogas sintéticas, sistema de alerta temprana, urgencias hospitalarias

Opciones de respuesta

- Alerta temprana y valoración de riesgos respaldados por los datos sobre la identificación química de nuevas sustancias procedentes de redes de laboratorios forenses y toxicológicos.
- Comunicación de los riesgos con las autoridades, los profesionales y los consumidores en relación con las nuevas sustancias que son particularmente nocivas.
- Inclusión de las nuevas sustancias en programas de prevención genéricos eficaces, con mensajes específicos educativos y de reducción de daños dirigidos a las personas que ya consumen drogas o están en riesgo de consumir nuevas sustancias.
- Actividades de formación y concienciación para profesionales de los servicios de prevención, tratamiento y reducción de daños para mejorar sus competencias de identificación y respuesta ante el consumo de nuevas sustancias.
- Desarrollo de directrices clínicas para el tratamiento de la toxicidad aguda causada por las nuevas sustancias.
- Se requieren enfoques multidisciplinares y la asociación de diferentes servicios para llegar a los grupos vulnerables que probablemente no tengan contacto con los servicios tradicionales.

Muchas de las respuestas sanitarias y sociales a las nuevas sustancias son adaptaciones de programas para las drogas «consolidadas». La tendencia ha sido dirigir las respuestas a grupos concretos en los que se han observado problemas. Varían en función del país, pero incluyen: consumidores de estimulantes recreativos, psiconautas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que evitan los controles de drogas y consumidores de drogas de alto riesgo. En muchos países se ha puesto énfasis en el refuerzo de las respuestas legales y la restricción de la disponibilidad de estas sustancias.

Perspectiva europea

- La legislación de la UE presenta una estrategia de tres pasos de alerta temprana, valoración de riesgos y medidas de control que permite que en Europa se puedan identificar y se pueda actuar rápidamente ante los riesgos para la salud pública causados por las nuevas sustancias. El EMCDDA desempeña un papel fundamental en este sistema mediante la aplicación del Sistema de Alerta Temprana de la UE y la realización de valoraciones de riesgos para respaldar las respuestas a escala nacional y de la UE.
- Se están desarrollando y probando estrategias de reducción de daños multidisciplinares en las que participan grupos vulnerables que probablemente no tengan contacto con los servicios de drogodependencia, por ejemplo, en contextos de salud sexual.
- Se están desarrollando y publicando directrices clínicas para el tratamiento de las intoxicaciones agudas asociadas con las nuevas sustancias psicotrópicas. En algunos países también se están desarrollando directrices específicas sobre la respuesta al consumo de estas sustancias en centros penitenciarios y de internamiento.
- Las plataformas de información sobre reducción de daños, con frecuencia combinadas con controles de drogas, están en funcionamiento en varios países y en línea.
- El tratamiento especializado para los problemas causados por las nuevas sustancias no está bien desarrollado en la mayoría de los países.

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

Las nuevas sustancias psicotrópicas son una amplia gama de drogas que no están controladas por las convenciones sobre control de drogas de las Naciones Unidas pero que pueden entrañar riesgos similares para la salud. Entre estas drogas se incluyen los cannabinoides sintéticos, los opioides, los estimulantes y los alucinógenos, así como una serie de otras sustancias. En los últimos años, las convenciones de las Naciones Unidas han controlado varias de estas sustancias, como GHB (gamma-hidroxibutirato), GBL (gamma-butirolactona) y, más recientemente, mefedrona, así como algunos fentanilos y cannabinoides sintéticos. Dichas sustancias se incluyen en este apartado porque presentan desafíos parecidos a la hora de desarrollar respuestas.

Durante los últimos diez años ha habido un gran aumento de la disponibilidad de nuevas sustancias psicotrópicas en Europa. Muchas de estas sustancias están destinadas a eludir las leyes en materia de drogas y se venden como sustitutos «legales» del cannabis, la heroína, la cocaína, las anfetaminas, la MDMA y las benzodiazepinas. Para mejorar su disponibilidad y atractivos, se han comercializado como «euforizantes legales», «sustancias químicas para la investigación» y «complementos alimenticios». También se venden nuevas sustancias en mercados ilegales de drogas con sus nombres de la calle o presentadas como drogas ilegales.

La gama de sustancias y productos nuevos ha crecido, así como los grupos de consumidores. Al principio, la mayoría de los consumidores eran personas que buscaban experiencias y efectos nuevos (a menudo, denominados «psiconautas») y grupos, como los seguidores de la música *dance* electrónica y las personas que frecuentan discotecas. Actualmente, los consumidores incluyen grupos más amplios de consumidores con fines recreativos, personas que quieren mejorar su imagen o su rendimiento en el trabajo, grupos vulnerables, como reclusos y personas sin domicilio, y consumidores de drogas de alto riesgo (como consumidores de opioides por vía parenteral). Estos cambios están relacionados con las crecientes interacciones entre los mercados de nuevas sustancias y las drogas ilegales durante los últimos años.

Las nuevas sustancias se han vinculado a una serie de daños. Entre ellos, un gran incremento de las intoxicaciones mortales y no mortales y la propagación de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas e infecciones bacterianas. En algunos casos, estos daños se han manifestado durante brotes que ejercen una gran presión en los sistemas de asistencia sanitaria. Actualmente, los opioides sintéticos, como los fentanilos, y los cannabinoides sintéticos plantean desafíos específicos para la salud pública.

La aparición de un gran número de opioides nuevos muy potentes (en particular, derivados del fentanilo) plantea nuevos desafíos. A veces, estas drogas se venden como heroína u otras drogas ilegales o como medicamentos falsificados. El riesgo de sufrir intoxicaciones graves y mortales puede ser más elevado, tanto para los consumidores de opioides de alto riesgo como para otros grupos de consumidores que no han desarrollado tolerancia a los opioides. La gran potencia de estas sustancias también puede conllevar riesgos graves mediante su exposición accidental a familiares y amigos de los consumidores y a los primeros intervinientes, el personal forense, los servicios de correos y el personal de los centros de detención (véase «Foco sobre los fentanilos», página 52).

Los cannabinoides sintéticos suelen ser sustancias muy potentes que, al principio, se vendían como «alternativas legales» al cannabis. Cada vez los consumen más los grupos marginados, como las personas sin domicilio o los que quieren evitar las pruebas de detección de drogas. En los centros penitenciarios, el consumo y la distribución de cannabinoides sintéticos se ha asociado a las deudas, el acoso y la intimidación y a daños graves que han provocado hospitalizaciones y muertes (véanse «Foco sobre los cannabinoides sintéticos», página 81, y el apartado 4.1).

En varios países europeos, el consumo de drogas, como mefedrona, GHB/GBL y metanfetamina, por parte de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres para mejorar, mantener, desinhibir o facilitar el placer sexual suscita preocupación. Esta práctica, a veces denominada «chemsex», se asocia a conductas sexuales y de consumo de drogas de alto riesgo (por ejemplo, consumo por vía parenteral, sexo sin protección, sexo con varias parejas sexuales) y puede causar la hospitalización, sobredosis, infecciones de transmisión sexual e infecciones por el VIH o el VHC.

También se ha observado el consumo de **catinonas sintéticas** en algunos grupos de consumidores de heroína por vía parenteral. Esto puede aumentar la frecuencia de inyección y puede asociarse a daños tisulares e infecciones bacterianas graves.

Opciones de respuesta

Es fundamental saber qué nuevas sustancias psicotrópicas se venden y se consumen a fin de responder adecuadamente. Los sistemas de alerta temprana y sistemas de supervisión relacionados pueden desempeñar un papel central a la hora de identificar y responder a tiempo a los daños que surgen causados por nuevas sustancias (véase el recuadro sobre el **Sistema de Alerta Temprana de la UE**). Estos sistemas deben fundamentarse en datos sobre la identificación química de

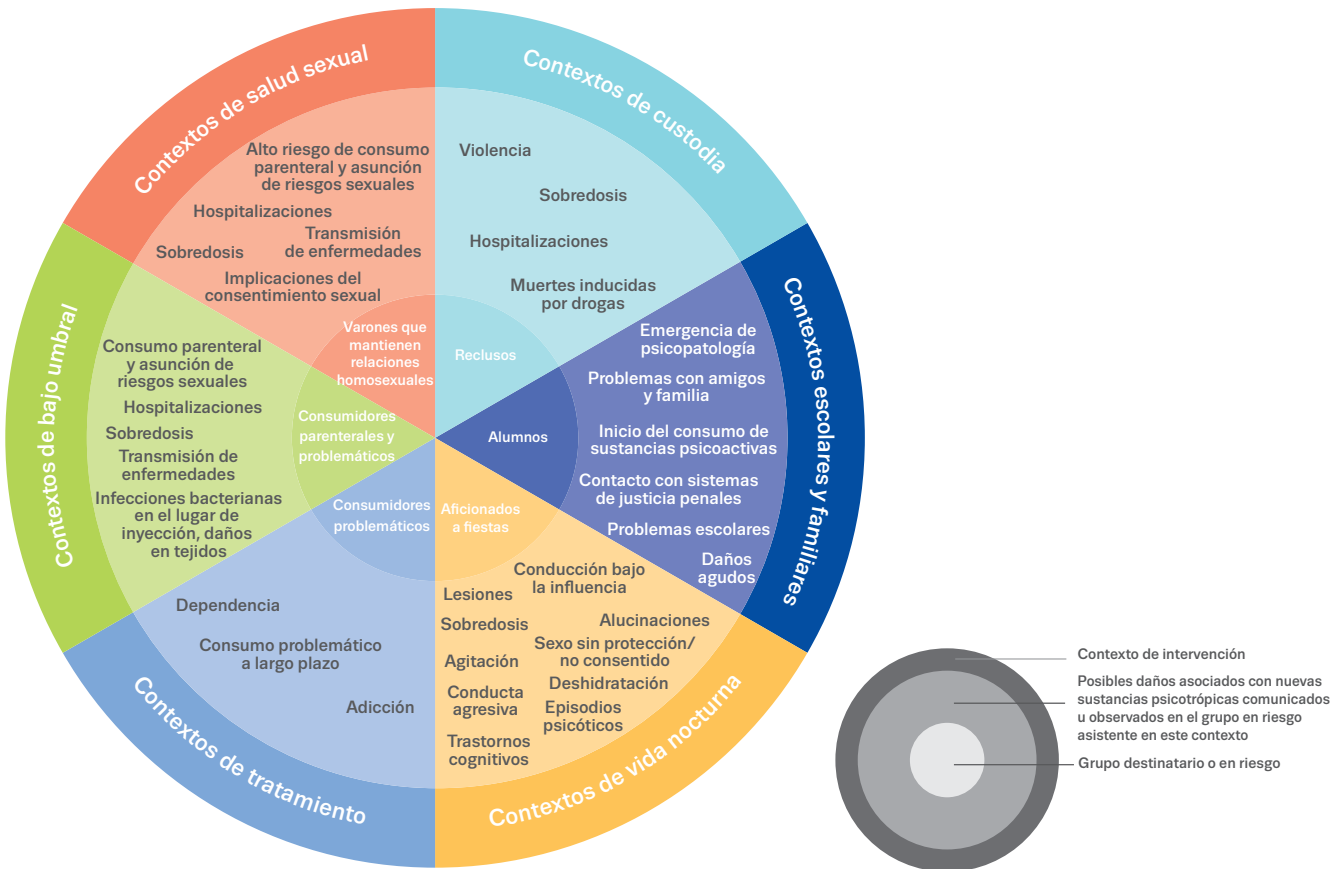
las nuevas sustancias por parte de redes de laboratorios forenses y toxicológicos relacionadas con las intoxicaciones y las incautaciones de la policía, así como deben utilizar información de una amplia gama de fuentes, incluidas la policía, los centros de toxicología, los departamentos de urgencias de los hospitales y las investigaciones forenses. Otras fuentes innovadoras de datos, como el análisis de aguas residuales, el análisis de residuos de drogas de las jeringuillas utilizadas y de las drogas recogidas en «contenedores de amnistía», pueden tener potencial. Los servicios que analizan drogas también pueden apoyar a los sistemas de alerta temprana y proporcionar un canal de información, asesoramiento y breves intervenciones para los consumidores de nuevas sustancias psicotrópicas (véase «Foco sobre el análisis de drogas», página 139).

No obstante, hay una serie de desafíos a la hora de medir y supervisar el consumo y los daños de las nuevas sustancias psicotrópicas. Entre ellos, el gran número y la amplia variedad de diferentes tipos de sustancias disponibles, la velocidad a la que aparecen en el mercado, la falta de capacidad para detectar y notificar los daños graves (y de relacionarlos con una sustancia en particular) y la limitada información sobre su farmacología y toxicología.

Evaluar la prevalencia y las consecuencias del consumo de nuevas sustancias psicotrópicas resulta complicado porque los consumidores, a menudo, están mal informados o ignoran las sustancias que han consumido. Las nuevas sustancias psicotrópicas pueden venderse en forma de mezclas, o como productos de marca, cuyos elementos constitutivos mudan con el tiempo, o en lugar de drogas controladas, o mezcladas con estas últimas. Esto también plantea desafíos para las respuestas a estas sustancias. Los jóvenes, a menudo en contextos recreativos como fiestas y festivales, que desconocen las nuevas sustancias psicotrópicas que están consumiendo y sus efectos, o si por error creen que son drogas «legales» y posiblemente «más seguras» que las drogas controladas, pueden estar menos capacitados para recurrir a las medidas de reducción de daños y para afrontar las consecuencias negativas. Por consiguiente, nuestra comprensión de las pautas de consumo de nuevas sustancias psicotrópicas sigue siendo insuficiente, y la mayor parte de la información proviene de poblaciones y contextos en que han surgido problemas. Sin embargo, es suficiente para identificar una serie de contextos en que pueden ser necesarias intervenciones dirigidas a los problemas asociados al consumo de nuevas sustancias psicotrópicas (gráfico 2.9).

GRÁFICO 2.9.

Contextos de intervención y posibles nuevos daños psicoactivos relacionados con las sustancias y conductas de riesgo que pueden comunicar los grupos en riesgo u observarse entre ellos



Las respuestas a las nuevas sustancias con frecuencia implican la adaptación de respuestas con base empírica para la reducción de daños de drogas establecidas. Las adaptaciones deberán tener en cuenta los efectos específicos de las drogas, las características socioculturales de los grupos de riesgo (por ejemplo, las personas asiduas a las fiestas, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres) o las conductas de riesgo específicas (por ejemplo, un aumento del acceso a jeringuillas para consumir con más frecuencia). Junto con los sistemas de alerta temprana, las respuestas pueden incluir controles reglamentarios innovadores, tratamiento especializado, respuestas educativas (por ejemplo, divulgación de material educativo), medidas de reducción de daños (por ejemplo, suministro de instrumentos de inyección estériles) y tratamiento médico de sobredosis (por ejemplo, gestión sintomática de urgencias graves y administración de antídotos). Puesto que los profesionales de la salud pueden sentir que no están cualificados la primera vez que se enfrentan a problemas causados por nuevas sustancias, también puede ser importante compartir los conocimientos básicos, desarrollar aptitudes y señalar la forma de aplicar las capacidades ya adquiridas a las nuevas sustancias.

Las intervenciones de prevención que refuerzan las estrategias relacionadas con las capacidades y para hacer frente a los obstáculos son eficaces, independientemente de la sustancia. Las actividades de prevención en las escuelas

en relación con las nuevas sustancias deben realizarse únicamente como parte de programas de prevención genéricos de los cuales se disponga de pruebas de eficacia. Los componentes que incluyen el debate sobre nuevas sustancias podrían centrarse en el establecimiento de normas detalladas, descriptivas e inductivas. Por ejemplo, según datos locales, se pueden incluir mensajes como «pocas personas consumen nuevas sustancias» y «los jóvenes como vosotros dicen que no quieren correr riesgos consumiendo nuevas sustancias psicotrópicas desconocidas». La educación más específica sobre las nuevas sustancias, incluida la reducción de daños, es especialmente adecuada para los grupos o individuos objetivo que ya consumen drogas o presentan un riesgo elevado de consumirlas.

Es especialmente complicado realizar intervenciones para las poblaciones de consumidores de nuevas sustancias psicotrópicas a las que es difícil acceder y que están sufriendo daños considerables. Esto incluye a consumidores de drogas de alto riesgo (como consumidores de opioides por vía parenteral), hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, personas sin domicilio y reclusos. Las respuestas multidisciplinarias y las colaboraciones entre proveedores sanitarios de contextos diferentes (por ejemplo, clínicas de salud sexual, establecimientos de detención y centros de tratamiento) son necesarias para reducir estos daños (por ejemplo, véase [«Foco sobre el abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas»](#), página 72).

Buenas prácticas emergentes para responder a las nuevas sustancias psicotrópicas

- La capacidad de alerta temprana para identificar, valorar y comunicar los riesgos de las sustancias particularmente nocivas es importante para responder ante los daños graves asociados a las nuevas sustancias psicotrópicas.
- Desarrollar el apoyo y la formación necesarios para capacitar a los profesionales en los servicios existentes para reconocer cómo se pueden aplicar sus destrezas y competencias a fin de dar respuesta a los problemas asociados con las nuevas sustancias psicotrópicas.
- El desarrollo de directrices prácticas para abordar los problemas relacionados con las nuevas sustancias generalmente se basa en las respuestas a otras drogas, por ejemplo, educación sobre drogas, formación profesional y servicios de bajo umbral, como programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Estas respuestas deben adaptarse a los daños y las necesidades de los diferentes grupos de consumidores de las nuevas sustancias.
- Potenciar la competencia cultural (conocimiento de la forma en que las cuestiones culturales influyen en las pautas de consumo de drogas y los daños asociados) en los servicios para incrementar los índices de incorporación y utilización de los mismos.
- La educación específica sobre las nuevas sustancias, incluida la reducción de daños, es especialmente adecuada para los grupos o individuos objetivo que ya consumen drogas o presentan un riesgo elevado de consumirlas.
- Las actividades de prevención en las escuelas en relación con las nuevas sustancias deben realizarse como parte de programas de prevención genéricos de los cuales se disponga de pruebas de eficacia.
- Se requieren enfoques multidisciplinarios y la asociación de diferentes servicios para llegar a los grupos vulnerables que probablemente no tengan contacto con los servicios tradicionales (por ejemplo, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y que practican «chemsex», y personas sin domicilio).
- Debe evaluarse el desarrollo de respuestas a las nuevas sustancias para identificar las intervenciones eficaces a la hora de abordar los diferentes retos que plantean.



Es necesario poseer competencias culturales (conocimiento de la forma en que las cuestiones culturales influyen en las pautas de consumo de drogas y los daños asociados) para garantizar la incorporación y utilización de los servicios. Esto significa que los servicios deben ser accesibles y acogedores para todos los grupos de posibles pacientes. El personal de los servicios que intenta atraer a las personas que sufren problemas relacionados con las nuevas sustancias psicotrópicas también puede necesitar formación, a fin de adquirir las competencias culturales necesarias para trabajar con diversos grupos de consumidores de nuevas sustancias, muchos de los cuales probablemente no hayan recurrido a los servicios de drogodependencia centrados principalmente en las drogas ilegales «tradicionales».

Qué se hace en Europa para responder a los problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas

En Europa, la Decisión 2005/387/JAI del Consejo presenta un marco jurídico de tres pasos de alerta temprana, evaluación de riesgos y medidas de control que permite a la Unión Europea identificar y actuar rápidamente ante los riesgos para la salud pública causados por las nuevas sustancias. El EMCDDA es responsable de los dos primeros pasos de este sistema, es decir, de ejecutar un sistema de alerta temprana junto con Europol (la Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial) y de realizar evaluaciones de riesgo (véanse los recuadros sobre el [Sistema de Alerta Temprana de la UE](#) y la [evaluación de riesgos](#)). El Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y la Comisión Europea son responsables de las medidas de control.



Sistema de Alerta Temprana de la UE

La fase de alerta temprana de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo se conoce como «Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre las nuevas sustancias psicotrópicas». El EMCDDA y Europol son responsables de la ejecución del Sistema de Alerta Temprana, que está compuesto por una red multidisciplinar de treinta sistemas de alerta temprana nacionales de los Estados miembros, Noruega y Turquía, Europol y sus redes policiales, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Comisión Europea y otros colaboradores.

Los sistemas nacionales recopilan información sobre la identificación química de nuevas sustancias procedentes de redes de laboratorios forenses y toxicológicos. Estos laboratorios analizan muestras de incautaciones realizadas por agencias policiales y de investigaciones sobre intoxicaciones y muertes. También pueden incluir muestras de drogas recogidas de los consumidores, por ejemplo, en discotecas y festivales de música, o de una compra de prueba al vendedor. Estos datos se pueden complementar con información de las agencias policiales, los sistemas de asistencia sanitaria, las agencias de medicamentos, de informantes clave (como consumidores, propietarios y personal de las discotecas y organizadores de festivales) y con información de fuentes públicas (como informes de los medios de comunicación y foros de debate de consumidores en internet). Esto permite recopilar, evaluar y notificar rápidamente la información basada en acontecimientos sobre la aparición de nuevas sustancias y los daños causados por estas que tuvieron lugar a escala nacional al EMCDDA.

El EMCDDA reúne y analiza estos datos, así como los datos de otros sistemas de supervisión, a fin de detectar de manera rápida la aparición de nuevas sustancias y los daños asociados. Estos datos se utilizan para producir un análisis que incluye información técnica y comunicación de riesgos, incluidas alertas de salud pública. Esto incluye información relativa a la química y el análisis, la fabricación, farmacología, toxicología, epidemiología, el tráfico y la distribución de nuevas sustancias. Si la información recopilada sobre una sustancia nueva notificada exige una respuesta formal, entonces el EMCDDA y Europol realizan una investigación especial sobre la sustancia, de la cual se elabora un informe que se presenta a las instituciones europeas. Conocido como «informe conjunto», el análisis que se proporciona en el informe es utilizado por los responsables políticos de la UE para determinar si es necesaria una evaluación de riesgos formal. Esto marca la fase final de la alerta temprana.



Evaluación de riesgos de la UE sobre nuevas sustancias psicotrópicas

El segundo paso de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo estipula una evaluación de los riesgos asociados a las nuevas sustancias. El componente de evaluación de riesgos respalda la toma de decisiones relativa a las nuevas sustancias psicotrópicas a escala europea, y aporta valor añadido a las acciones nacionales en este ámbito.

Una evaluación de riesgos tiene en cuenta todos los factores que, de acuerdo con las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas de 1961 o 1971, justificarían que una sustancia se ponga bajo control internacional. El EMCDDA ha publicado unas [directrices](#) de ejecución de la evaluación de riesgos con el fin de proporcionar unas bases metodológicas y de procedimiento sólidas para realizar evaluaciones de riesgos, y un marco conceptual para considerar los riesgos.

El proceso de evaluación de riesgos revisa los posibles riesgos sanitarios y sociales de la sustancia y las consecuencias de ponerlo bajo el control. El concepto del riesgo incluye tanto la probabilidad de que se produzca algún daño (normalmente, definido como «riesgo») como la gravedad de dicho daño (normalmente, definido como «peligro»). También es necesaria una evaluación de la relación entre riesgos y beneficios de la nueva sustancia psicotrópica. Pueden tenerse en cuenta varios factores, entre ellos la cuestión de si la sustancia tiene usos legítimos, como posibles beneficios terapéuticos, usos industriales u otro valor económico.

La evaluación utiliza los datos notificados por la red e identificados por el EMCDDA a través de los otros sistemas de supervisión. Las evaluaciones de riesgos se basan en una amplia variedad de pruebas disponibles, incluidos datos recientes que no se han publicado, y cuya calidad debe valorarse. En la fase de evaluación de riesgos, la prevalencia del consumo de una nueva sustancia será, por lo general, reducida, y la mayor parte de la información disponible proviene de laboratorios forenses y toxicológicos, de agencias policiales y de informes puntuales. Los informes sobre intoxicaciones, mortales o no, que impliquen a la sustancia que se está evaluando son especialmente importantes. Debido a que los datos sobre los efectos de las nuevas sustancias suelen ser muy limitados, parte de la evaluación incluye un análisis de la posible naturaleza y los posibles riesgos de la sustancia con relación a sustancias similares ya conocidas, tanto drogas controladas como otras sustancias.

Al final del proceso de evaluación de riesgos se elabora un informe sobre la sustancia, que contiene un análisis de la información disponible que incluye datos químicos y farmacológicos, la dependencia que puede generar y la propensión a su consumo indebido, los riesgos sanitarios y sociales, así como la participación del crimen organizado, y su producción y distribución. Desde 1997, el EMCDDA ha realizado veintidós evaluaciones de riesgos sobre nuevas sustancias psicotrópicas. La mitad se ha llevado a cabo los últimos tres años, lo cual muestra el crecimiento del mercado en los años recientes.

Para más información véanse [Action on new drugs](#) y [Publicaciones](#) en el sitio web del EMCDDA.

En los países europeos, las respuestas iniciales a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas han sido principalmente de carácter regulador, utilizando herramientas legislativas para disminuir su suministro. Las respuestas sanitarias y sociales a los desafíos que plantean las nuevas drogas han tardado en aparecer, pero actualmente se están intensificando en Europa. Estas respuestas incluyen una amplia gama de iniciativas que reflejan todo el espectro de respuestas a las sustancias ilegales establecidas, como las actividades de educación y formación en materia de drogas, las intervenciones por internet de protección de consumidores dirigidas por ellos mismos y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en servicios de bajo umbral.

Actualmente, se presta más atención a la elaboración de actividades de prevención y educación específicas y a las actividades de formación y concienciación para profesionales. Los servicios que trabajan en contextos nocturnos y recreativos solían integrar sus respuestas a las nuevas sustancias psicotrópicas en enfoques establecidos. Internet cada vez se utiliza más para proporcionar información y asesoramiento, como las intervenciones de «acercamiento en línea» para llegar a nuevos grupos objetivo. Algunos ejemplos incluyen iniciativas dirigidas por consumidores de drogas, como los foros o los blogs, que proporcionan información y asesoramiento para proteger al consumidor. El impacto y la precisión de estos servicios se desconocen y puede que difundan información engañosa, así como asesoramiento valioso. En algunos casos, estas intervenciones se han relacionado con servicios de análisis de drogas y de verificación de pastillas, cuyos

resultados y mensajes de reducción de daños se publican en línea. Es necesario indagar en el ámbito de la comunicación de riesgos y de la evaluación de los diferentes modelos a la hora de proporcionar información sobre nuevas sustancias psicotrópicas a los consumidores.

En Europa hay poca demanda de tratamientos de drogodependencia especializados para problemas derivados del consumo de nuevas sustancias. Esto puede deberse a varios factores, como una identificación insuficiente del consumo, prevalencia del consumo reducida y niveles bajos de consumo problemático. La identificación insuficiente del consumo puede mostrar una notificación escasa del consumo o comunicación errada de sustancias (porque los consumidores no saben lo que están consumiendo), falta de instrumentos de detección y supervisión adecuados y concienciación deficiente por parte de los profesionales

sobre nuevas sustancias. Sin embargo, en algunos países se observan avances en los servicios.

La aparición de nuevas sustancias se ha manifestado de formas distintas en diferentes países, y las respuestas nacionales reflejan estas disparidades. En Hungría y Rumanía, donde se ha notificado el consumo por vía parenteral de catinonas sintéticas, los servicios de intercambio de agujas y jeringuillas desempeñan un papel importante. En el Reino Unido, donde se ha observado un consumo considerable de mefedrona, las «clínicas para drogas de discoteca» especializadas se ocupan de este grupo de pacientes.

Se están desarrollando directrices clínicas de respuesta a los daños graves y crónicos para la salud en algunos países europeos, por ejemplo, las directrices Neptune en el Reino Unido.



Respuestas a las nuevas sustancias psicotrópicas: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

Las principales intervenciones en este ámbito son:

- Sistemas de alerta temprana para supervisar las nuevas sustancias en el mercado y los daños que causan. Deben estar respaldados por la identificación química de las nuevas sustancias por parte de las redes de laboratorios forenses y toxicológicos.
- La facilitación de material de formación sobre las nuevas sustancias para los profesionales sanitarios y la creación de plataformas de intercambio de conocimientos para médicos, profesionales sanitarios y trabajadores sociales a escala local y nacional.
- Intervenciones relativas al consumo de las nuevas sustancias basadas en las respuestas a los grupos de drogas consolidados, pero adaptadas adecuadamente a la naturaleza y las pautas de consumo de las nuevas sustancias, los diferentes grupos de consumidores y contextos de consumo.

Oportunidades

- Debe alentarse a las autoridades sanitarias nacionales a desarrollar directrices sobre las nuevas sustancias psicotrópicas, incluido el control de sobredosis, o traducir y adaptar las existentes, como las directrices Neptune del Reino Unido, a las necesidades nacionales.
- Deben mejorarse las capacidades de evaluación de riesgos y las pruebas analíticas y toxicológicas; asimismo, los resultados deben divulgarse de una forma oportuna y útil, tanto para los grupos de riesgo como para los profesionales correspondientes.
- Deben desarrollarse servicios para hacer frente a los problemas específicos del consumo de las nuevas sustancias psicotrópicas entre algunos grupos concretos, como las personas sin domicilio, los reclusos y los consumidores de drogas por vía parenteral.

Lagunas

- Debe evaluarse la eficacia de las intervenciones adaptadas utilizadas actualmente para responder a las nuevas sustancias.
- No se conoce bien el impacto de las diferentes formas de comunicar los riesgos asociados con las nuevas sustancias psicotrópicas. Por ello, es necesario desarrollar y reforzar las pruebas en relación con la comunicación de los riesgos.
- Para mejorar la focalización y el desarrollo de respuestas adecuadas, se necesitan mejores datos epidemiológicos sobre el alcance, conocer las motivaciones y las pautas de consumo, así como la forma en que van cambiando a lo largo del tiempo, y realizar la investigación fundamental (en farmacología y toxicología).



Foco sobre... Los cannabinoides sintéticos

¿Qué son?

Cannabinoides sintéticos (o cannabinoides sintéticos agonistas de los receptores) es el nombre que reciben una gama diversa de sustancias que actúa en los mismos receptores del cerebro como el tetrahidrocannabinol (THC), el principal ingrediente psicoactivo del cannabis. Desde 2008, se han detectado en Europa más de 170 cannabinoides sintéticos en cientos de productos diferentes, que a menudo se vendían como sustitutos «legales» del cannabis, aunque sus efectos suelen ser muy distintos.

Normalmente, los cannabinoides sintéticos se venden como «mezclas de hierba para fumar». Estas sustancias también se han vendido en forma de polvos y de comprimidos, productos que parecen resina de cannabis y líquidos para cigarrillos electrónicos.

¿Por qué preocupa su consumo?

Muchos de los cannabinoides sintéticos que se venden en el mercado de las drogas son más potentes que el THC. Esto puede explicar por qué los efectos nocivos de los cannabinoides sintéticos, como la intoxicación grave y mortal, pueden ser más frecuentes que con el cannabis. Las grandes dosis a las que los consumidores pueden estar expuestos probablemente constituyen otro factor importante.

Las mezclas para fumar se elaboran mediante la pulverización de cannabinoides sintéticos sobre material vegetal. Este rudimentario proceso puede llevar a que las mezclas contengan grandes cantidades de cannabinoide muy potente, así como «bolsas calientes», zonas en que el cannabinoide está muy concentrado. Estas zonas dificultan a los consumidores controlar las dosis y, de forma involuntaria, pueden administrarse una dosis tóxica. Las mezclas para fumar han causado una serie de intoxicaciones en masa en los Estados Unidos. Si bien los brotes han sido escasos en Europa, en 2015 más de 200 personas fueron hospitalizadas durante unos días en Polonia tras haber fumado un producto llamado «Mocarz». Debido a que estos productos no suelen indicar los ingredientes, la mayoría de los consumidores desconoce que está consumiendo un cannabinoide sintético.

La prevalencia de consumo en la población general parece reducida, sin embargo, puede ser más elevada en las poblaciones socialmente marginadas, como las personas sin domicilio y los reclusos. Los cannabinoides sintéticos resultan atractivos para estos grupos porque provocan fuertes intoxicaciones por un precio relativamente bajo y, en el caso de los centros penitenciarios, no se detectan en la mayoría de los análisis de orina rutinarios (véase el apartado 4.1).

Respuesta a los problemas relacionados con los cannabinoides sintéticos

Los sistemas de alerta temprana desempeñan un papel fundamental a la hora de identificar y responder a los daños causados por cannabinoides sintéticos. Los posibles brotes de intoxicación y otros daños que conllevan estas sustancias ponen de relieve la importancia de mantener y reforzar la identificación y supervisión de las muertes asociadas a su consumo.

Los servicios relacionados con las drogas deben centrarse en el individuo, sus síntomas y el contexto de consumo, y no en la identificación de la sustancia específica. Es importante reconocer que las necesidades de los consumidores de cannabinoides sintéticos pueden variar considerablemente de las necesidades de los consumidores de cannabis.

Los centros penitenciarios pueden necesitar enfoques especiales para los cannabinoides sintéticos, que plantean peligros para la salud y la seguridad. Es importante recopilar datos sobre el alcance del problema y elaborar directrices y formación para el personal sobre la gestión del problema. El personal de los centros penitenciarios debe estar preparado para gestionar efectos adversos para la salud, que en casos extremos pueden exigir un traslado al hospital, aunque también pueden ser de larga duración y necesitar una gestión continuada. También debería proporcionarse educación, asesoramiento en materia de reducción de daños y tratamiento a los reclusos que han desarrollado una dependencia de los cannabinoides sintéticos.

Véase: [Synthetic cannabinoids in Europe](#), EMCDDA Perspectives on drugs.



Otros recursos

EMCDDA

- Portal de buenas prácticas.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.
- EMCDDA EWS reports and updates and the Risk assessment reports.
- Health responses to new psychoactive substances, Perspectives on drugs, 2016.
- Health responses to new psychoactive substances, Rapid communication, 2016.
- Injection of synthetic cathinones, Perspectives on drugs, 2015.
- New psychoactive substances in Europe: Innovative legal responses, 2015.
- Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges, Tibor Brunt, background paper.
- New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions, 2016.

Otras fuentes

- UNODC. The Global SMART Programme.
- Neptune group. Neptune. Clinical guidance, 2015.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.7 | Abordaje del uso indebido de medicamentos



RESUMEN

Problemas

El uso indebido de medicamentos hace referencia al consumo de un medicamento psicoactivo con fines de automedicación, recreativos o de mejora del rendimiento, con o sin receta médica y fuera de las directrices médicas aceptadas. Puede producirse en un contexto de policonsumo.

En muchos países europeos existe una preocupación cada vez mayor por el aumento del uso indebido de medicamentos, concretamente en vista del gran incremento del número de muertes por consumo de analgésicos opioides con receta en los Estados Unidos. No obstante, existen diferencias significativas entre las prácticas de prescripción en Europa y en los Estados Unidos.

Los grupos de medicamentos que se han asociado con un uso indebido son:

- los sedantes e hipnóticos, incluidos los barbitúricos, las benzodiazepinas y los fármacos similares a las benzodiazepinas, como los hipnóticos Z;
- los opioides, incluidos los medicamentos para el alivio del dolor y los medicamentos para el TSO (tratamiento de sustitución de opioides);
- los estimulantes prescritos para tratar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Estos medicamentos pueden obtenerse mediante una receta habitual, la obtención de recetas de varios médicos o la visita a varias farmacias, el desvío de suministros al mercado ilegal y las compras por internet. Un impulsor importante del uso indebido de medicamentos son las malas prácticas de prescripción, que pueden ser la prescripción excesiva o, concretamente, en el caso de los medicamentos para el TSO, la prescripción insuficiente, que puede causar que las personas se automediquen. Las buenas prácticas clínicas a la hora de recetar los

medicamentos para el TSO reducen el desvío y los daños asociados con el uso indebido de estos medicamentos.

Opciones de respuesta

- La vigilancia para establecer el alcance y la naturaleza del problema es esencial a la hora de desarrollar las respuestas adecuadas. Además de los indicadores epidemiológicos principales y los esquemas de farmacovigilancia, otras posibles fuentes de datos son los casos de urgencias hospitalarias por toxicidad relacionada con fármacos, las estadísticas de ventas y las bases de datos de prescripción, así como la vigilancia de los foros en línea donde se habla de estos medicamentos.
- Los enfoques de prevención incluyen la formación de los médicos y el establecimiento de normas y protocolos de calidad para mejorar las prácticas de prescripción; los controles sobre la disponibilidad, como la limitación de las ventas y las restricciones de embalaje y los programas de eliminación de residuos o excedentes de medicamentos; la utilización de formatos especiales para determinados medicamentos; y no autorizar la prescripción por teléfono o por internet.
- Los proveedores de tratamientos de drogodependencia deben estar preparados para tratar a personas con problemas asociados al uso indebido de medicamentos. Esto incluye reconocer la posibilidad de que los pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales también puedan estar haciendo un uso indebido de medicamentos, y abordar esta cuestión como corresponda. Asimismo, las personas con problemas principales asociados al uso indebido de medicamentos pueden mostrarse reacias a acudir a los servicios de tratamiento de la drogodependencia tradicionales, por lo que puede ser necesario un tratamiento alternativo en los servicios de atención primaria.

Perspectiva europea

- La información sobre las prácticas de tratamiento actuales en Europa para la gestión del uso indebido de medicamentos es limitada.
- Actualmente se está trabajando para comprender mejor el alcance y la naturaleza del problema y supervisar los avances. Esto incluye la vigilancia de acontecimientos graves mediante centros de vigilancia (Euro-DEN Plus) y el desarrollo de análisis de las aguas residuales.
- La UE ha financiado varios proyectos, como Codemisused [Codeine Use, Misuse and Dependence (Consumo, uso indebido y dependencia de la codeína)], y ATOME [Access To Opioid Medication in Europe (Acceso a la medicación con opioides en Europa)] en este campo, y está en curso una colaboración entre el EMCDDA y la Agencia Europea de Medicamentos.

Palabras clave: uso indebido de medicamentos, desvío de fármacos, benzodiazepinas, supervisión

Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

El EMCDDA define el uso indebido de medicamentos como el consumo de un medicamento psicotrópico con o sin receta de un médico, claramente desviado de la práctica o las directrices médicas aceptadas, con fines de automedicación, recreativos o de mejora del rendimiento, incluido en el contexto del policonsumo.

El uso indebido de los medicamentos sujetos a receta cada vez preocupa más en Europa, si bien parece ser mucho menos frecuente en este continente que en los Estados Unidos. La información presentada por la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), que supervisa las visitas a urgencias relacionadas con las drogas en 15 hospitales (centinelas) de 9 países europeos, mostraba que en 2015 cerca de un cuarto de las visitas (24 %) involucraba el consumo indebido de medicamentos recetados o que no requieren receta médica (sobre todo, opioides y benzodiazepinas). El muestreo utilizado para este ejercicio

implica que esta cifra debe interpretarse con cautela. No obstante, sugiere que los medicamentos consumidos indebidamente pueden representar un problema que merece más vigilancia a fin de entender el alcance y las pautas de consumo indebido de medicamentos en Europa.

La mayoría de estos medicamentos se recetan según una práctica y unas directrices estándares, normalmente durante un período de tiempo limitado para aliviar el dolor, el insomnio o tratar una afección quirúrgica u otros traumatismos. El consumo de estos medicamentos puede generar problemas cuando las personas continúan consumiéndolos tras solucionar el problema original, cuando los consumen en exceso o aumentan las dosis terapéuticas y desarrollan tolerancia. Además, las personas a las que nunca se les había recetado estos medicamentos pueden utilizarlos con diversos fines. El uso indebido de medicamentos junto con otras drogas puede causar interacciones que aumenten los daños y pueden provocar la muerte.



Medicamentos comúnmente recetados que pueden consumirse indebidamente

Los sedantes y los hipnóticos producen sueño, alivian la ansiedad y provocan euforia. Incluyen barbitúricos, benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos, como los «fármacos Z» (zaleplón, zopiclona, eszopiclona y zolpidem). Las benzodiazepinas y los fármacos Z son comunes entre las personas que consumen drogas por vía parenteral. También puede que los utilicen los consumidores de estimulantes para «bajar» después de un consumo intenso, y los consumidores de heroína para prolongar la intoxicación y evitar el síndrome de abstinencia. A menudo están involucrados en muertes por sobredosis de personas que consumen opioides ilegales (véase [el recuadro sobre combinaciones de drogas comunes](#), página 93).

Los opioides incluyen sustancias naturales, sintéticas y semisintéticas que actúan en los receptores opioides para aliviar el dolor y producir euforia. Si se consumen dosis elevadas pueden causar depresión respiratoria y la muerte. Incluyen una serie de medicamentos **analgésicos**, que pueden estar disponibles únicamente con receta o sin receta. Algunos de estos analgésicos, como la metadona o buprenorfina, se utilizan como medicamentos de **sustitución de opioides**.

La creciente prescripción de **estimulantes del sistema nervioso central** para tratar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha aumentado la disponibilidad y el consumo excesivo de estos fármacos. Los estimulantes del sistema nervioso central pueden utilizarse como «potenciadores cognitivos» para mantenerse despierto y trabajar durante largos períodos o por creer que pueden mejorar el rendimiento escolar.

Otras drogas incluyen un amplio y variado grupo de medicamentos que no encajan en las categorías anteriores. Un grupo que actualmente es motivo de preocupación respecto a su uso indebido en algunos países europeos son la pregabalina y la gabapentina, que se recetan para controlar las convulsiones y para aliviar el dolor neuropático. Además de los estimulantes, existen otros medicamentos que pueden consumirse indebidamente por razones de imagen y para mejorar el rendimiento, como esteroides anabólicos, hormonas peptídicas, pastillas para adelgazar y sildenafil (comúnmente conocido por su marca comercial, Viagra).

A continuación, se presentan algunas pautas comunes relacionadas con el uso indebido de medicamentos:

- algunas personas que sufren trastornos de ansiedad y otras afecciones psiquiátricas o dolores pueden consumir indebidamente medicamentos para tratar estos síntomas automedicándose; el consumo no acorde con las recomendaciones por parte de personas que consumen estos medicamentos con receta y que desarrollan tolerancia o dependencia representa una proporción relativamente reducida;
- determinadas personas que consumen indebidamente medicamentos no tienen razones médicas para su consumo y los utilizan con fines recreativos o de mejora, por ejemplo, para colocarse, mejorar su físico o facilitar la concentración durante largos períodos;
- muchos consumidores de heroína o de estimulantes del sistema nervioso central también consumen opioides prescritos; las benzodiazepinas o los fármacos Z también pueden consumirse para aumentar el «subidón», retrasar la abstinencia de opioides o tras el consumo intensivo de estimulantes; esta forma de policonsumo también puede constituir un modo de automedicación para los consumidores de heroína y estimulantes.

Las personas que consumen medicamentos de forma indebida los obtienen de varias maneras, que cada vez son más diversas. En el pasado, la disponibilidad se debía casi siempre al desvío de medicamentos recetados, definido como el suministro no autorizado de fármacos regulados de fuentes legales, para el mercado ilegal de la droga o para un consumidor a quien no estaban destinados los fármacos. El desvío puede darse en cualquier punto de la cadena de suministro de medicamentos: en el lugar de fabricación original, por parte del distribuidor mayorista, en la consulta del médico, en la farmacia o por parte del paciente.

Los métodos de desvío son:

- robos y hurtos al fabricante, distribuidor y a las farmacias e instituciones de suministro de fármacos;
- el fenómeno del «nomadismo médico», en que los individuos consultan a más de un médico para obtener varias recetas, o visitan diversas farmacias para eludir las restricciones de cantidades que pueden comprarse;
- infracciones (como la apropiación de tarjetas de seguros para obtener múltiples recetas), falsificación o alteración de recetas por parte de pacientes; y
- la venta ilegal y la reutilización de recetas por parte de médicos y farmacéuticos.

Además, el almacenamiento y la eliminación inseguros de medicamentos en casa o en instituciones pueden generar oportunidades de desvío.

En los últimos años, una serie de avances tecnológicos han reducido las oportunidades de algunas formas

de desvío. Por ejemplo, la introducción del registro electrónico y las bases de datos de recetas centralizadas disminuyen la posibilidad de ejercer el «nomadismo médico». Por otro lado, la aparición de farmacias en línea ha proporcionado otro punto de acceso. Además, parece que se están fabricando algunos medicamentos para ser específicamente vendidos con fines que no son médicos en el mercado ilegal. Puede haber coincidencias entre los fenómenos del uso indebido de medicamentos y del consumo de nuevas sustancias psicotrópicas, como en el caso de los fentanilos (véase «Foco sobre los fentanilos», página 52).

Opciones de respuesta

Seguimiento

La comprensión del alcance y la naturaleza del uso indebido de medicamentos, incluidos la prevalencia, los motivos y las fuentes de suministro, así como la supervisión de los cambios a lo largo del tiempo, resultan fundamentales para elaborar respuestas apropiadas. No obstante, la diversidad de medicamentos, sus fuentes de suministro y los diferentes grupos que los consumen, así como las variaciones entre países respecto a los marcos jurídicos y a la práctica de emitir recetas, lo convierten en una labor complicada. Esta variedad también insta a que se defina claramente lo que constituye un uso indebido, sobre todo para las comparaciones transnacionales. El alcance del problema debe evaluarse mediante una serie de fuentes de datos. Los informes de casos y las series temporales pueden detectar signos de uso indebido que requieren investigaciones sistemáticas del alcance del problema. Actualmente, la información sobre la procedencia de medicamentos que se están utilizando de forma indebida o que se están incautando es muy limitada.

Las encuestas poblacionales son caras y presentan índices de respuesta cada vez menores; aun así, proporcionan información valiosa sobre el consumo. Algunos datos sobre el uso indebido de medicamentos los recuperan los indicadores epidemiológicos clave del EMCDDA. Por ejemplo, el número de personas que busca tratamiento por la dependencia de medicamentos y el número de muertes por sobredosis de drogas en que los medicamentos también estaban involucrados. El Sistema de Alerta Temprana de la UE y los datos sobre incautaciones de drogas también pueden identificar los medicamentos que están apareciendo en el mercado ilegal.

Los indicios del uso indebido de medicamentos también pueden provenir de las bases de datos nacionales o internacionales sobre efectos adversos de los

medicamentos, como la base de datos Eudragilance que mantiene la Agencia Europea de Medicamentos y la base de datos sobre efectos adversos del Centro de Vigilancia de Uppsala de la OMS. Estas recopilan datos sobre sustancias asociadas a episodios adversos notificados por departamentos de urgencias de los hospitales y otras fuentes. Incluyen información sobre problemas relacionados con medicamentos consumidos con «fines recreativos» o con el consumo de medicamentos combinado con otras sustancias psicotrópicas. Otras fuentes de información incluyen servicios que trabajan con consumidores de sustancias y datos sobre casos de conducción en estado de embriaguez, autopsias y centros penitenciarios.

Las estadísticas de ventas de las farmacias representan una forma económica y eficiente de seguir las tendencias y el consumo de medicamentos. Los datos de ventas deben supervisarse por zonas para obtener información sobre niveles y tendencias de consumo. Las bases de datos de recetas suelen ser una opción más costosa y su interpretación es más complicada. Estos datos surgen de reclamaciones al seguro de enfermedad y de bases de datos de recetas nacionales o de registros de farmacias. Pueden analizarse para proporcionar información sobre el alcance de las recetas falsificadas y del «nomadismo médico». Otro indicador de posibles usos indebidos es cuando un número de consumidores reducido consume grandes proporciones de un fármaco.

Los opioides, las benzodiazepinas y otros medicamentos de venta con receta se encuentran a menudo en el mercado ilegal de drogas. Pueden obtenerse de manera fraudulenta, de personas que los adquieren con receta y desvían su uso, y puede que se los hayan robado a pacientes, farmacias o fábricas. Las incautaciones de la policía intervienen

en el mercado ilegal y proporcionan indicios sobre su envergadura.

La vigilancia en internet también puede captar usos indebidos de medicamentos. Se pueden recopilar datos de sitios web sobre pedidos de información relativos a medicamentos específicos o informes sobre el uso indebido en línea. El análisis de aguas residuales es un nuevo planteamiento para la epidemiología en el marco de las drogas, que puede aportar información sobre el consumo total de estas drogas en una comunidad. Las variaciones del consumo a lo largo de la semana pueden indicar el nivel de su consumo con fines recreativos.

Prevención y tratamiento del consumo indebido de medicamentos

Cualquier sistema de control de medicamentos debe garantizar la disponibilidad de medicamentos para las personas que los necesitan por razones médicas, al tiempo que se minimizan las oportunidades de consumirlos en exceso. Las directrices de la OMS sobre el acceso a medicamentos controlados pretenden garantizar que las medidas de control de fármacos no limitan el acceso a los medicamentos a las personas que los necesitan. La falta de acceso constituye un problema en varios países de todo el mundo, incluidos algunos en Europa.

La creciente disponibilidad de medicamentos en internet plantea desafíos normativos y será necesario elaborar nuevas respuestas. Muchas involucrarán acción policial en lugar de respuestas sanitarias y sociales, tal como ocurre a menudo con las intervenciones contra el desvío en las fases de producción y distribución de la cadena de suministro. La clave del éxito consistirá en entender mejor los orígenes de los medicamentos que aparecen en diferentes mercados.



Visión general de las pruebas sobre... el tratamiento por el uso indebido de medicamentos



La terapia cognitivo-conductual ayuda a reducir el consumo de benzodiazepinas cuando se suma a dosis reducidas a corto plazo.



Las cartas adaptadas que envían los médicos de atención primaria a los pacientes, las entrevistas estandarizadas con los médicos de atención primaria, además de dosis reducidas y las técnicas de relajación, han mostrado resultados prometedores en pequeños estudios individuales que abordan el uso indebido de benzodiazepinas. Estos enfoques requieren una mayor investigación.

No está claro si las entrevistas motivacionales pueden reducir el consumo de benzodiazepinas.

GRÁFICO 2.10.

Ejemplos de estrategias para prevenir la desviación de medicamentos para el tratamiento de sustitución de opioides

Puntos de la cadena de producción y distribución en los que puede producirse la desviación



Un factor importante del uso indebido de medicamentos son las malas prácticas de prescripción. Esto incluye la prescripción excesiva, pero también, concretamente en el caso de los medicamentos para el TSO, la prescripción insuficiente que lleva a las personas a automedicarse.

Las buenas prácticas clínicas a la hora de recetar medicamentos para el TSO reducen el desvío y los daños asociados al uso indebido de estos medicamentos. El consumo de fármacos de sustitución para tratar la dependencia de opioides representa una respuesta con base empírica clave a los problemas relacionados con la heroína en Europa. Es importante que se proporcione una cobertura adecuada y una prestación de alta calidad a las personas con problemas de dependencia de opioides. Esto no siempre es así.

El desvío de estos medicamentos de su uso previsto para el tratamiento de la drogodependencia a usos no médicos, así como su venta en los mercados de drogas ilegales, puede ser un problema. Una visión general de los estudios disponibles indica que el uso de sustancias desviadas se ha asociado a tres consecuencias: sobredosis mortales y no mortales; un aumento de la incidencia de la dependencia de opioides (sobre todo en zonas en que la heroína escasea); y peligro de la aceptación pública del TSO.

No obstante, aunque se ha descrito el desvío de medicamentos del TSO como un problema en aumento en los últimos años, ha habido poca supervisión sistemática o pocos datos sobre el alcance y la naturaleza del problema. Por ello, hay pocos datos empíricos para justificar decisiones normativas y para desarrollar planes

de prevención y de gestión de riesgos. Sin embargo, se han elaborado una serie de intervenciones que actualmente se aplican en Europa para minimizar el desvío de medicamentos del TSO (gráfico 2.10). Entre ellas se incluyen:

- el uso de preparados farmacéuticos que disuaden del uso indebido, por ejemplo, la suboxona o la dilución de la metadona para prevenir el consumo parenteral;
- el desarrollo de directrices de prescripción clínica sobre la supervisión de dosis para personas que no son estables durante el tratamiento;
- la educación de los médicos relativa a la prescripción segura de opioides, incluidas una evaluación inicial exhaustiva y la supervisión habitual de los pacientes, y la prestación de información para pacientes sobre el uso seguro de los fármacos, como su almacenamiento y eliminación adecuados;
- los distribuidores electrónicos de medicamentos para fomentar la prescripción segura de opioides y disminuir los errores médicos;
- las medidas de control, como los análisis toxicológicos a los pacientes, el recuento de pastillas y los controles por sorpresa; y
- la regulación del sistema a través de registros de las transacciones farmacéuticas con medidas disciplinarias para abordar las prácticas de prescripción indebidas.

El tratamiento del uso indebido de medicamentos es similar al de otros trastornos por consumo de drogas y debe ajustarse a las necesidades de los individuos. Las personas que sufren problemas asociados al uso indebido de medicamentos pueden proceder de una amplia variedad de grupos sociales. Para algunos grupos que no estarían

dispuestos a acceder a servicios de drogodependencia, puede ser más adecuado ofrecer tratamiento en instalaciones de asistencia primaria. Los proveedores de tratamientos de asistencia primaria pueden estar menos informados respecto al uso indebido de medicamentos, y muchas personas con problemas relacionados con medicamentos con receta no consideran que tengan un problema de drogodependencia o no lo comunican a su médico. Puede que los policonsumidores no admitan hacer un uso indebido de los medicamentos, por lo que los proveedores de tratamientos de drogodependencia deben evaluar a estos pacientes para detectar si hacen un uso indebido de los medicamentos y proporcionar tratamiento, cuando sea necesario.

La sólida relación terapéutica entre paciente y médico puede desempeñar un papel importante para prevenir el uso indebido de medicamentos. A la hora de lidiar con pacientes que buscan fármacos, los médicos deben tener en cuenta las razones por las cuales los pacientes quieren recetas adicionales, como la pérdida de medicamentos y recetas y, si sucediera con frecuencia, investigarlo. Deberían ser prudentes a la hora de recetar a pacientes desconocidos, sin privar de medicamentos a los pacientes que los necesitan. Los trabajadores de los servicios de atención primaria deben recibir formación para lidiar con estos dilemas.

Los trabajadores de los servicios de atención primaria deben tener conocimientos básicos sobre intervenciones

mínimas. Una estrategia simple y eficaz es el envío de una carta expresando su preocupación a los pacientes. Si esto no funciona, puede que se necesite más apoyo («atención escalonada»), que podría incluir la prestación de formación sobre farmacología, información sobre enfermedades subyacentes y alternativas a los tratamientos farmacológicos, así como la derivación a grupos de apoyo o terapias de grupo.

Qué se hace en Europa para responder al uso indebido de medicamentos

Una serie de organizaciones y agencias internacionales poseen responsabilidades en el ámbito del control de medicamentos, incluidas la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). El EMCDDA recopila información de las legislaciones nacionales relativas a la prescripción, las sustancias autorizadas, las normas de prescripción, cualquier criterio para recibir medicamentos del TSO y cualquier sanción por infracciones. Los registros de sustitución de cada Estado miembro de la UE evitan las recetas dobles que pueden ocurrir cuando varios médicos recetan de forma paralela. El uso de análisis de aguas residuales con fines de vigilancia también se está estudiando.



Uso indebido de los medicamentos: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

Los objetivos principales de este ámbito son:

- Garantizar que los regímenes normativos para los medicamentos con potencial adictivo proporcionan suficiente disponibilidad para su uso médico, y limitar, al mismo tiempo, las oportunidades para el uso indebido.
- Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación sobre las directrices y prácticas de prescripción correctas, la identificación y el tratamiento del consumo problemático y sobre cómo abordar los indicios de uso indebido.

Oportunidades

- Desarrollar y proporcionar opciones de tratamiento alternativas para tratar el uso indebido de medicamentos para los pacientes que se muestran reacios a pedir ayuda en los contextos de tratamiento de la drogodependencia tradicionales.
- Concienciar a los pacientes y la población general sobre el problema del uso indebido de medicamentos para desestigmatizarlo y fomentar la búsqueda de ayuda.

Lagunas

- Investigar y monitorizar el alcance y la naturaleza del uso indebido de medicamentos a escala local y nacional, para facilitar el desarrollo de intervenciones adecuadas, con el uso de una amplia gama de fuentes: encuestas, demanda del tratamiento, estadísticas de ventas, incautaciones policiales, tendencias en internet y análisis de las aguas residuales. Esto debe incluir la importancia relativa de los diferentes orígenes de los medicamentos en el mercado ilegal, así como comprender cuántas y qué personas realizan un uso indebido de medicamentos y por qué motivos.



Foco sobre... El consumo indebido de benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son un grupo de medicamentos muy recetado que se utiliza para tratar la ansiedad y el insomnio y para gestionar la abstinencia alcohólica. A menudo los consumidores de opioides de alto riesgo hacen un uso indebido de las benzodiazepinas; el consumo de estas sustancias aumenta la morbilidad y la mortalidad de estos consumidores.

Muchas de las recetas de benzodiazepinas para los consumidores de drogas de alto riesgo tienen fines terapéuticos legítimos. No obstante, las consecuencias para la salud del consumo de benzodiazepinas durante más de unas semanas, su consumo por parte de policonsumidores y el consumo no acorde con las directrices de la receta suscitan preocupación. El uso indebido de benzodiazepinas aumenta el riesgo de sufrir una sobredosis de heroína y se asocia a riesgos elevados de infección por el VIH, psicopatologías (ansiedad y depresión), resultados del tratamiento deficientes y peor funcionamiento social.

Es posible que los consumidores de opioides consuman indebidamente benzodiazepinas para automedicarse, por ejemplo, para tratar la ansiedad o el insomnio, para aliviar los síntomas de abstinencia de opioides o los efectos adversos del alcohol o la cocaína. Las benzodiazepinas también pueden utilizarse para prolongar la intensidad y la duración de los efectos de los opioides, especialmente cuando se inyectan. Los pacientes en tratamiento de sustitución de opioides (TSO) que consumen metadona, por ejemplo, pueden consumir indebidamente benzodiazepinas para incrementar los efectos de sus medicamentos opioides cuando las dosis reducidas provocan el resurgimiento de los síntomas de abstinencia.

Los consumidores obtienen las benzodiazepinas de recetas desviadas (como en el caso del «nomadismo médico»), del mercado ilegal o de internet. Un creciente número de benzodiazepinas que no constituyen medicamentos aprobados en la Unión Europea, como flubromazolam o flubromazepam, se han vendido en la calle y en línea.

El consumo combinado de opioides y benzodiazepinas es un problema importante entre los consumidores de opioides de alto riesgo en los centros penitenciarios y entre los que reciben tratamiento. En 2014 los datos de 18 países indicaron que de las 102 000 personas que empezaron un tratamiento y comunicaron que los opioides eran su droga problemática principal, 10 000 (11 %) notificaron las benzodiazepinas como droga secundaria. Puede que esta cifra sea una estimación demasiado baja porque el consumo de drogas secundarias suele notificarse poco.

Las benzodiazepinas normalmente se identifican en autopsias de casos de muerte relacionada con las drogas. Los datos actuales del EMCDDA sobre muertes producidas por las drogas muestran que las benzodiazepinas estuvieron implicadas (es decir, se concluyó que contribuyeron a la muerte), a menudo junto con opioides, en el 28 % de las muertes por sobredosis en Escocia, 48 % en Francia, 30-32,5 % en Portugal y 35 % en Irlanda.

¿Qué se está haciendo para responder a este problema?

Las directrices relativas a la emisión de recetas y a la práctica clínica desempeñan un papel fundamental a la hora de gestionar el consumo de benzodiazepinas entre los consumidores de opioides de alto riesgo. El [Best practice inventory](#) del EMCDDA actualmente contiene seis conjuntos de directrices que abordan estos problemas, como parte de unas directrices generales o específicas para la gestión del consumo de opioides.

Véase: [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe](#), EMCDDA Perspectives on drugs.

Otros medicamentos psicotrópicos, como el tramadol, las benzodiazepinas y los medicamentos no autorizados que se venden como nuevas sustancias psicotrópicas o viceversa, se supervisan mediante el Sistema de Alerta Temprana de la UE. También controla los fármacos establecidos (controlados) adulterados con agentes atípicos o con agentes y sustancias de corte nocivos vendidos como si fuesen otros (por ejemplo, «nuevos opioides» vendidos como benzodiazepinas).

La European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) supervisa las visitas a urgencias relacionadas con las drogas en veintinueve centros centinela en Europa para proporcionar información única sobre daños graves para la salud relacionados con el consumo de drogas y con el uso indebido de medicamentos.

Varios proyectos de investigación europeos son pertinentes en este ámbito. El proyecto concluido ATOME (Acceso a los opiáceos en Europa) financiado por la UE ya se ha mencionado en el apartado 2.2. Otro ejemplo es el Codemisused, un proyecto de cuatro años financiado por la UE que analiza el consumo, uso indebido y la dependencia

de la codeína, que empezó en 2013. La colaboración Codemisused ha recopilado datos sobre el consumo, el uso indebido y la dependencia de la codeína con receta y sin receta en los países participantes. Esta colaboración recogió datos sobre una serie de grupos interesados (pacientes, personas que extienden recetas, farmacéuticos, personal especializado en el tratamiento de adicciones, consumidores de drogas, pacientes de las farmacias y pacientes de los tratamientos de adicciones que están relacionados con la codeína). Sus resultados serán útiles para orientar el diseño de una amplia variedad de medidas de respuesta, como la prestación de información a pacientes, la educación y formación de profesionales, la detección de riesgos, la vigilancia y supervisión, y el tratamiento.

La información sobre las prácticas de tratamiento actuales en Europa para la gestión del uso indebido de medicamentos es limitada. La recopilación de esta información es complicada porque la mayor parte del tratamiento lo realizan los médicos de familia o de atención primaria, en lugar de los servicios de tratamiento de la drogodependencia, y no se notifican a los sistemas de supervisión del tratamiento de la drogodependencia.



Otros recursos

EMCDDA

- Portal de buenas prácticas.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.
- The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe, Perspectives on drugs, 2015.
- Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on drugs, 2016.
- EMCDDA activities in the area of hospital emergency data.
- Misuse of medicines in Europe: risks and prevention, Jørgen G. Bramness, background paper.

Otras fuentes

- OMS. Access to Analgesics and to Other Controlled Medications.
- JIFE. Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos. Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas, 2015.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

2.8 | Respuesta al policonsumo



RESUMEN

Problemas

El término «policonsumo» se utiliza para describir el consumo de más de una droga o tipo de droga por una persona al mismo tiempo o de forma consecutiva. Abarca tanto las drogas ilegales como las sustancias legales, como el alcohol y los medicamentos.

En los policonsumidores, puede hacerse una clara distinción entre las personas socialmente marginadas que consumen heroína y otras sustancias como cocaína, benzodiazepinas y alcohol, y las personas integradas socialmente que consumen de forma problemática combinaciones de sustancias como cocaína y alcohol o cannabis y alcohol.

El consumo de varias drogas puede aumentar los riesgos y empeorar la dependencia. Las consecuencias más graves del policonsumo son sobredosis mortales y no mortales, hepatotoxicidad y resultados de tratamiento comprometidos.

Opciones de respuesta

Las medidas de prevención y reducción de daños para disminuir el consumo de alcohol y drogas en festivales y entornos recreativos nocturnos y el uso indebido de medicamentos pueden ser útiles para reducir el policonsumo.

Los procesos de evaluación que pueden identificar policonsumos problemáticos en pacientes tratados son importantes, ya que son frecuentes en este grupo. El tratamiento de otras formas de drogodependencia también puede reducir el policonsumo en consumidores de drogas con problemas graves y de duración prolongada.

Perspectiva europea

- La información sobre las prácticas terapéuticas actuales en Europa para la gestión del policonsumo es limitada.
- Si bien se asume que el policonsumo es difícil de tratar, los grandes estudios de resultados llevados a cabo en Europa muestran que el tratamiento reduce significativamente el policonsumo en los consumidores altamente problemáticos.

Palabras clave:

alcohol, policonsumo

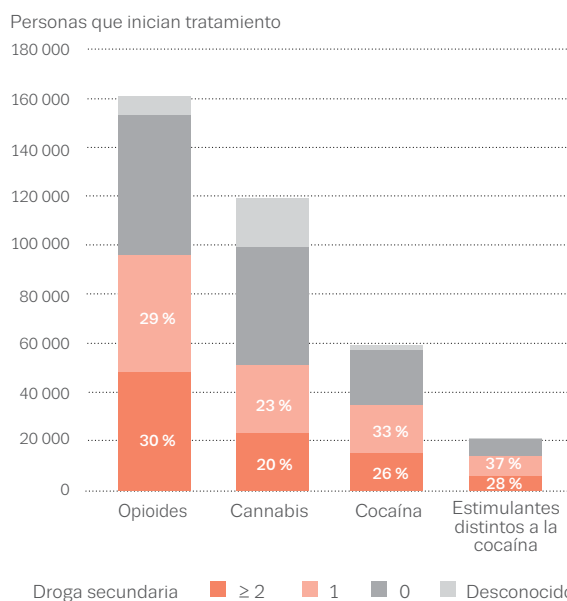
Comprensión del problema y objetivos clave de las respuestas

El término «policonsumo» se utiliza como un término general para describir el consumo de más de una droga o tipo de droga por una persona. Esto puede implicar el consumo de varias sustancias, ya sea al mismo tiempo o de forma consecutiva en un período específico. Abarca tanto el consumo de drogas ilegales como de sustancias legales, como el alcohol, las nuevas sustancias psicotrópicas y los medicamentos. La variedad de conductas que engloba este término es tan amplia que casi todos los consumidores de sustancias psicotrópicas pueden considerarse policonsumidores de alguna forma. Por esta razón, a la hora de responder a los problemas de policonsumo, es necesario centrarse en poblaciones, interacciones de drogas y conductas de riesgo específicas.

Las interacciones entre drogas diferentes, consumidas en un breve período de tiempo, pueden aumentar la toxicidad de las drogas. Los efectos de algunas sustancias psicotrópicas pueden aumentar el consumo arriesgado de otras sustancias. Por ejemplo, la intoxicación con alcohol puede mermar la concepción de la cantidad de opioides consumidos o del riesgo de la disminución de la tolerancia tras salir de un tratamiento o de un centro penitenciario. Igualmente, el consumo combinado de cocaína y alcohol puede aumentar los riesgos toxicológicos. El consumo conjunto de varias sustancias también puede incrementar el riesgo de accidente o de lesión. Las intoxicaciones por policonsumo, incluido el alcohol, representan una proporción significativa de los ingresos hospitalarios a los servicios de urgencias relacionados con las drogas.

El policonsumo es muy común en personas con problemas de drogas que buscan tratamiento (véase el [gráfico 2.11](#)). En Europa más de la mitad de las personas que empiezan un tratamiento por drogodependencia notifican que consumen varias sustancias de forma problemática, si bien esta estimación puede ser demasiado baja ya que el consumo de drogas secundarias no siempre se registra. Las interacciones entre drogas que pueden tener consecuencias importantes para el tratamiento y los resultados sanitarios a menudo se observan en las poblaciones que reciben tratamiento por drogodependencia y a veces pueden pasar inadvertidas. Por ejemplo, muchos de los que reciben tratamiento por un problema con la droga ilegal de consumo principal también presentan problemas con el consumo de alcohol. Fumar tabaco también es habitual. Si no se reconocen y no se abordan estos problemas, puede que se desaproveche una oportunidad para mejorar la salud.

GRÁFICO 2.11.
Policonsumo entre pacientes que inician el tratamiento, por droga primaria



Nota: Las drogas secundarias son las drogas consumidas además de la droga primaria (la que origina la mayoría de los problemas al paciente) y son sustancias que provocan problemas al paciente o cambian la naturaleza del problema según la valoración del paciente y del terapeuta. Datos más recientes de países de la UE (2014 o 2015).

El policonsumo puede menoscabar planteamientos de tratamientos eficaces, si no se trata. Por ejemplo, el consumo concomitante de estimulantes puede perjudicar los resultados del tratamiento para las personas que reciben TSO. Gran parte de la información disponible sobre el policonsumo se basa en los datos de inicio de tratamiento. Dejando de lado las diferencias nacionales, en general, las combinaciones de drogas más comunes registradas entre los pacientes que reciben tratamiento en Europa son los opioides, como droga principal que les lleva a tratarse, con el cannabis y el polvo de cocaína; la cocaína, como droga principal, con el cannabis y el alcohol; el cannabis, como droga principal, con el alcohol y el polvo de cocaína; y los estimulantes, como droga principal, con el alcohol y el cannabis. Reconocer estos tipos de policonsumo es importante porque el consumo de varias drogas puede agravar una afección que ya de por sí sea complicada y se asocia a un aumento de la asunción de riesgos. Las consecuencias más graves de estas formas de policonsumo son las sobredosis mortales y no mortales, la hepatotoxicidad (sobre todo, con hepatitis C concomitante) y resultados de tratamiento comprometidos.



Combinaciones de drogas comunes: efectos y consecuencias

Las características del consumidor, como su tolerancia, estado de salud o los factores genéticos o fenotípicos, influyen en los riesgos de combinar drogas. La insuficiencia hepática puede aumentar las concentraciones de droga en la sangre, incrementando así los efectos tóxicos. La cantidad y la pureza de las drogas consumidas y la vía de administración repercuten en los efectos de la combinación de drogas. El consumo intravenoso de drogas implicará concentraciones elevadas en la sangre.

A continuación, se presentan los efectos mejor documentados de combinaciones de drogas comunes:

Alcohol: El alcohol se encuentra en la mayoría de las combinaciones de policonsumo. Puede ocasionar errores de apreciación sobre la cantidad de otras sustancias consumidas y cambiar la farmacocinética de otras sustancias. El consumo intenso y prolongado de alcohol puede dañar el hígado y perjudicar el metabolismo de otras sustancias, y hace peligroso el consumo de cantidades que, de otra manera, serían tolerables. En la vida nocturna y otros entornos recreativos, el consumo de alcohol con MDMA, otros estimulantes y nuevas sustancias psicotrópicas es habitual.

Cannabis y tabaco: Fumar cannabis junto con tabaco es la forma más habitual de policonsumo en Europa. Los consumidores combinan ambas sustancias para facilitar la combustión. El uso de tabaco en un cigarrillo de cannabis suele ignorarse a la hora de evaluar la dependencia del cannabis, a pesar de que la elevada propensión al uso indebido del tabaco en humanos está bien documentada.

Cocaína y alcohol: El alcohol puede aumentar los niveles de cocaína en la sangre en un 30 % y produce un metabolito psicotrópico de la cocaína (cocaetileno) que tiene mayor duración de acción. La combinación incrementa la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y puede causar problemas cardiovasculares. El consumo de cocaína puede aumentar el consumo de alcohol, ya que reduce la percepción de los efectos de la embriaguez. Las conductas violentas y las ideas de suicidio se han asociado al uso combinado de estas dos sustancias.

Opioides y cocaína: Los opioides deprimen el sistema nervioso central, mientras que la cocaína lo estimula. Los efectos cardiovasculares negativos de la cocaína se intensifican con el consumo de opioides. El consumo de cocaína con opioides puede aumentar el riesgo de sufrir sobredosis y depresión respiratoria asociada. La cocaína puede ocultar los efectos sedantes de los opioides, lo cual incrementa el riesgo de sufrir una sobredosis más adelante.

Opioides y benzodiazepinas, con o sin alcohol: Los opioides, las benzodiazepinas y el alcohol son depresores del sistema nervioso central, por lo que su consumo simultáneo puede aumentar el riesgo de sufrir una sobredosis de opioides mortal o no. Los consumidores de drogas de avanzada edad también tienen disfunción del metabolismo de las benzodiazepinas, que aumenta el riesgo de sufrir depresión respiratoria cuando se consumen con metadona.

Opciones de respuesta en Europa

Se ha observado que determinados enfoques de **prevención** orientados a abordar el uso indebido de medicamentos reducen el policonsumo relacionado con el uso indebido de medicamentos. Asimismo, puesto que la mayoría de los enfoques de prevención eficaces no son específicos para ninguna sustancia, deberían reducir el policonsumo. En particular, los enfoques ambientales y otros enfoques de prevención, que se analizan en el [apartado 4.2](#) sobre festivales y vida nocturna, pueden abordar algunos de los riesgos asociados al consumo de alcohol con otras drogas en este contexto recreativo.

Los **servicios de tratamiento** suelen centrarse en una sustancia problemática específica, a pesar de que amplios estudios nacionales de resultados de tratamientos realizados en Australia, Italia y el Reino Unido indiquen que el policonsumo es habitual en pacientes en tratamiento. Estos estudios también muestran que el tratamiento de la drogodependencia reduce considerablemente la proporción de pacientes que consumen varias sustancias (calidad de las pruebas moderada). Aunque la carencia de aleatorización de pacientes al tratamiento limita la asignación de estos cambios al tratamiento, los resultados indican que este puede reducir el policonsumo de consumidores de drogas con problemas graves y prolongados. Estos hallazgos están respaldados por

revisiones sistemáticas de un pequeño número de estudios controlados aleatorizados que han demostrado que las intervenciones farmacológicas y psicosociales, como la gestión de contingencias, pueden reducir el policonsumo (calidad moderada de las pruebas).

Los servicios de **reducción de daños** para personas con un consumo problemático de drogas suelen abordar los daños y las conductas de riesgo del consumo parenteral en vez de centrarse en una sustancia específica. Las intervenciones de reducción de daños funcionan dentro de una mayor estrategia de prevención que combina otros tipos de servicios, como el acercamiento y el TSO, que mejoran la salud de los policonsumidores.

Hay información limitada sobre las actuales prácticas de tratamiento en los Estados miembros de la UE para el policonsumo. En general, las publicaciones sobre tratamiento se centran en la gestión de problemas

relacionados con los opioides o los estimulantes. Hay poca información sobre la gestión de problemas derivados del policonsumo. Si bien se asume que el policonsumo es difícil de tratar, los grandes estudios de resultados de tratamientos llevados a cabo en Europa muestran que el tratamiento reduce significativamente el policonsumo en los consumidores altamente problemáticos.

Los países europeos proporcionan una amplia gama de servicios de reducción de daños, que incluyen formación para un consumo más seguro, programas de intercambio de agujas y jeringuillas, análisis de detección de enfermedades infecciosas y asesoramiento, vacunación contra la hepatitis B y tratamiento de las hepatitis víricas y de la infección por el VIH. Estos también se pueden aplicar a los policonsumidores. Las evaluaciones de los pacientes en los servicios sanitarios proporcionan información adecuada, asesoramiento y asistencia sanitaria básica.



Respuestas al policonsumo: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- El policonsumo aumenta el riesgo de una amplia variedad de daños relacionados con las drogas. Entre las consecuencias más graves, el uso concomitante de varios fármacos depresores, como los opioides, las benzodiazepinas y el alcohol, aumenta el riesgo de sobredosis mortal y no mortal.
- La gestión del policonsumo sigue siendo una labor compleja y nada fácil. Con frecuencia, el tratamiento es menos satisfactorio para las personas que consumen varias sustancias.
- Las intervenciones psicosociales pueden contribuir a reducir el policonsumo en los pacientes tratados, especialmente el consumo de estimulantes entre pacientes en tratamiento de sustitución de opioides.

Oportunidades

- La reducción del policonsumo debe ser una prioridad en las intervenciones de reducción de daños.
- Debido al impacto del policonsumo en el riesgo de sobredosis, debe facilitarse información sobre los riesgos generales y las combinaciones de riesgo específicas a los consumidores de opioides y debe incluirse en las intervenciones de asesoramiento para este grupo.

Lagunas

- Es necesario realizar una descripción más precisa del alcance y la naturaleza del policonsumo en los diferentes grupos de consumidores para respaldar el desarrollo de respuestas adecuadas.



Otros recursos

EMCDDA

- Polydrug use: patterns and responses, Selected issue, 2009.
- Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, 2012.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

3



CAPÍTULO 3

Respuesta a las necesidades de determinados grupos

Algunos subgrupos de la población presentan problemas, necesidades o vulnerabilidades especiales relacionados con las drogas, que requieren intervenciones específicas. En este apartado, se analizan los problemas relacionados con las drogas y la forma de responder a ellos eficazmente desde la perspectiva de determinados grupos de personas que pueden verse especialmente afectados. Ello aporta una visión diferente en relación con determinadas cuestiones abordadas en el capítulo 2, en el que se desarrolló una perspectiva centrada en las drogas. También refleja mejor la lógica de desarrollo de servicios, en la que una serie de problemas diferentes relacionados con las drogas puede ser importante para las necesidades de un grupo objetivo particular.

Los apartados siguientes tienen en cuenta tanto el perfil de necesidades como la forma de responder mejor a las necesidades de los grupos siguientes:

- el creciente grupo de personas mayores con un consumo problemático de opioides;
- las mujeres con problemas relacionados con las drogas;
- los migrantes, refugiados y solicitantes de asilo recién llegados;
- los jóvenes vulnerables; y
- las familias de personas con problemas relacionados con las drogas.

En cada caso, se proporciona una descripción del tipo de problemas relacionados con las drogas que afrontan estos grupos, sobre la base de las pruebas epidemiológicas y clínicas disponibles. Se aportan ejemplos de respuestas sociales y sanitarias que se han desarrollado para abordar estas necesidades en varios países de la Unión Europea (UE).

En el caso de muchas de estas subpoblaciones de consumidores de drogas, la información sobre la eficacia de las intervenciones de prevención, tratamiento y reducción de daños es limitada. La información que se presenta en estos apartados se basa en lo que parece ser una opinión consensuada de los expertos sobre las mejores prácticas en la actualidad. Con frecuencia, esto implica que las intervenciones de base empírica sobre la población general de consumidores de drogas también pueden resultar eficaces en estas subpoblaciones. Cabe hacer una matización importante a este respecto ya que, si bien este enfoque es razonable a la hora de desarrollar servicios y aprovechar los conocimientos disponibles, las respuestas siempre deberán configurarse adecuadamente para los distintos contextos en que se apliquen. La supervisión y evaluación son aún más importantes en ámbitos en que las pruebas son escasas (véase el capítulo 5).



3.1 Personas mayores con consumo problemático de opioides



RESUMEN

Problemas

Las personas de más de 40 años constituyen un porcentaje cada vez mayor de las personas con un consumo problemático de opioides en Europa. Esto se refleja en el incremento de la edad de aquellos que están en tratamiento por drogodependencia y de aquellos que mueren por sobredosis de opioides.

En este grupo de personas mayores consumidoras de opioides, el proceso de envejecimiento físico puede acelerarse por los efectos acumulados del policonsumo, las sobredosis y las infecciones a lo largo de muchos años. Las personas mayores con problemas relacionados con los opioides presentan mayores índices de sufrir trastornos degenerativos, problemas circulatorios y respiratorios, neumonías, dificultad para respirar, diabetes, hepatitis y cirrosis que sus pares y los consumidores de drogas jóvenes. También pueden ser más propensas a las infecciones, las sobredosis y el suicidio.

Asimismo, sus redes sociales pueden verse reducidas debido a la muerte prematura y el estigma, que puede profundizar la exclusión social y el aislamiento de sus familias. El estigma y la

vergüenza de seguir consumiendo drogas también pueden ser un obstáculo para buscar ayuda.

Opciones de respuesta

- Los servicios de tratamiento por drogas adaptados a las necesidades de las personas mayores deben ofrecer una atención multidisciplinar para abordar sus necesidades médicas y psicológicas, así como su aislamiento social.
- Mejor acceso y utilización de tratamientos antivíricos para la hepatitis C.
- Residencias con asistencia médica especializadas para el cuidado residencial a largo plazo de personas mayores que consumen drogas.
- Concienciación y formación del personal sanitario y de asistencia social que trata a ancianos sobre la forma de responder ante las necesidades de las personas mayores con problemas relacionados con las drogas, para garantizar la asistencia adecuada y evitar la estigmatización.
- Atención sanitaria física adecuada, incluidos servicios sanitarios dentales.
- El apoyo para aumentar la autoestima, la aceptación y los sentimientos positivos sobre el futuro con estrategias encabezadas por pares es probable que sea particularmente adecuado.

Implicaciones para futuros avances en Europa

- Se requiere una planificación de los servicios para satisfacer las futuras necesidades de asistencia sanitaria y social de esta cohorte creciente de personas mayores que consumen drogas en Europa.
- Esto puede requerir la existencia de servicios de atención especializados por edades que organicen actividades y eventos sociales y ofrezcan un apoyo constante por parte de pares y voluntarios.
- Es necesario un enfoque integrado y multidisciplinar con asociaciones de colaboración entre agencias y derivaciones entre servicios sanitarios y sociales especializados y generales para abordar las necesidades de las personas mayores que consumen opioides.

Palabras clave:

personas mayores

consumidoras de

opioides, consumo de

drogas de alto riesgo

Problemas sanitarios y sociales y objetivos clave para responder a los problemas de las personas mayores que consumen drogas en Europa

Este apartado aborda las necesidades de las personas mayores con problemas de drogas, definidas aquí como personas de 40 años o más, cuyo consumo recurrente de opioides les está causando daños o les expone a un elevado riesgo de sufrírselos. Este grupo constituye una creciente proporción de consumidores de opioides en Europa, según muestran dos tendencias de los datos sobre tratamiento y muertes relacionadas con las drogas del EMCDDA (gráfico 3.1). Entre 2006 y 2015, el número de nuevos consumidores de opioides que empezaban un tratamiento en la Unión Europea disminuyó un 45 %, en comparación con la reducción del 9 % para las drogas en su conjunto. La edad media de los pacientes que empiezan un tratamiento por problemas con los opioides aumentó de 33 a 38 años, y la proporción de mayores de 40 años pasó a incrementarse de 1 de 5 en 2006 a casi 2 de 5 en 2015. Además, la edad media de muertes relacionadas con las drogas (que principalmente se asocian a los opioides) creció 5 años entre 2006 y 2015. Entre estas muertes, la proporción de mayores de 40 años aumentó desde casi 1 de 3 en 2006 a casi 1 de 2 en 2015.

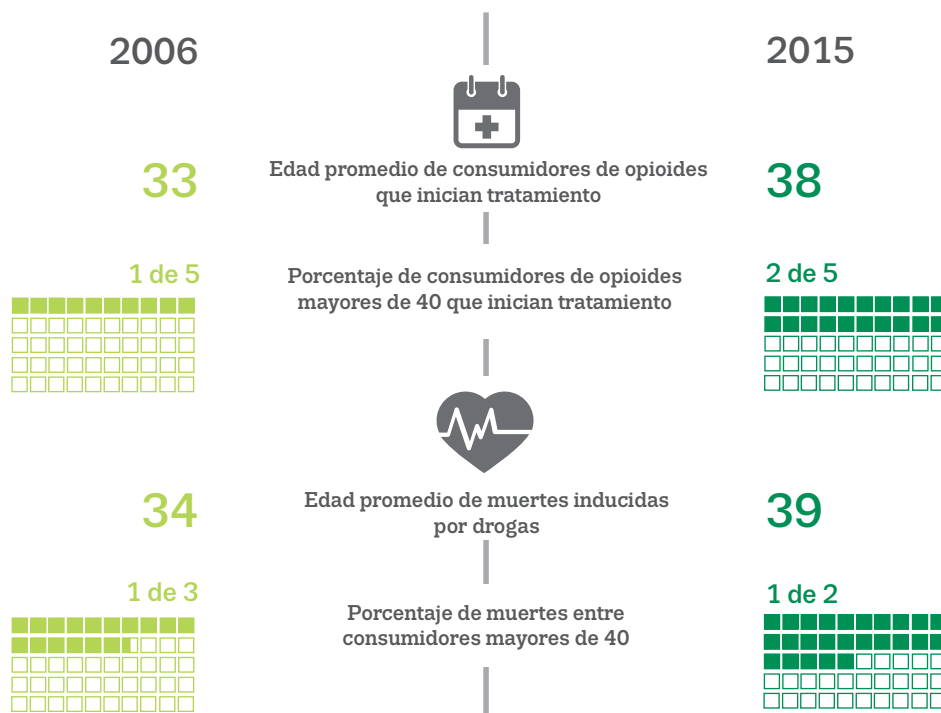
Aunque este apartado se centra sobre todo en las personas mayores con problemas con el consumo de

opioides, también hay grupos de personas mayores con un consumo problemático de otras sustancias, por ejemplo, el alcohol o los medicamentos. Estos grupos no se abordan específicamente aquí, sin embargo, algunas de las respuestas que se presentan también pueden ser pertinentes para ellos.

Una amplia variedad de problemas de salud puede reducir la calidad de vida de las personas que tienen una larga historia de consumo de drogas. Una gran proporción de personas mayores con consumo problemático de drogas en Europa empezaron a consumir heroína durante los años ochenta y noventa del pasado siglo. Muchos de los que poseen una larga carrera de consumo parenteral han contraído el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), y su prolongada historia de consumo problemático de drogas también puede haber acelerado su envejecimiento. Normalmente, este grupo presenta mayores índices de problemas físicos y de salud mental que sus pares que no consumen drogas y que los jóvenes que también las consumen. También es posible que los trastornos degenerativos, los problemas circulatorios y respiratorios, las neumonías, la dificultad para respirar, la diabetes, las hepatitis y la cirrosis aparezcan antes. También suelen presentar más riesgos de sufrir infecciones relacionadas con las drogas, sobredosis y suicidios. Los problemas dentales también pueden constituir una preocupación grave.

GRÁFICO 3.1.

Envejecimiento del grupo de edad de consumidores de drogas de alto riesgo



Nota: La edad promedio de muertes inducidas por drogas se refiere a todos los países de la UE, exceptuando a Grecia. El porcentaje de muertes entre los consumidores mayores de 40 años se refiere a todos los países de la UE, exceptuando a Grecia y Portugal.

La mayor parte de este grupo de consumidores de opioides de avanzada edad ha recibido o recibe tratamiento con metadona o buprenorfina. Se sabe poco de la interacción y la eficacia de los medicamentos opioides y los tratamientos para los trastornos físicos y la insuficiencia hepática.

Los índices de infecciones víricas de transmisión hemática suelen ser altos en las personas mayores que han consumido opioides por vía parenteral durante mucho tiempo. Por ejemplo, una encuesta francesa de 2015, que se realizó en centros de bajo umbral (ENa-CAARUD), observó que la prevalencia, según los encuestados, del VIH era 12 veces superior (7,4 % respecto a 0,6 %) y la del VHC era 4 veces superior (35,6 % respecto a 8,9 %) en los consumidores de drogas de edad avanzada (a partir de 40 años) que en los jóvenes que consumen drogas (menos de 30 años). Las personas mayores que consumen opioides y que contrajeron el VHC a una edad temprana están más expuestas al riesgo de desarrollar hepatopatías y de sufrir cáncer si no se tratan.

Además de los problemas físicos y psicológicos, las personas mayores con problemas de drogas suelen estar más aisladas. El estigma y la discriminación por razón de edad se suman a la exclusión social y al aislamiento de las familias y los amigos, que son habituales en este grupo. Son vulnerables a la depresión y la soledad porque sus redes sociales se reducen ya que otros consumidores de drogas de edad avanzada mueren o se recuperan de la adicción y siguen adelante. El estigma y la vergüenza que sufren por seguir consumiendo drogas a medida que envejecen pueden ser un obstáculo para que busquen ayuda, se involucren en colectivos que aboguen por la recuperación o busquen asistencia sanitaria.

Una proporción significativa de las personas mayores con problemas de drogas vive sola, necesita vivienda y está desempleada e inactiva económicamente. Un estudio sobre las personas mayores con problemas relacionados con el consumo de opioides, realizado en 8 países de la UE, mostraba que el 86 % de los que empezaban un tratamiento por consumo de heroína estaban desempleados o inactivos económicamente. La falta de empleo reduce las redes sociales, las habilidades y los conocimientos y consolida la marginación y el aislamiento.

Administrar analgésicos adecuados a las personas mayores que consumen opioides puede resultar difícil para los proveedores de asistencia sanitaria general, porque estos pacientes pueden presentar una tolerancia mayor a los analgésicos opioides. Si no se ofrece asesoramiento sobre la gestión eficaz del dolor para este grupo, es posible

que los proveedores sanitarios los inframediquen. Los proveedores sanitarios también deben ser conscientes de que algunos fármacos que suelen recetarse a las personas con problemas de consumo de opioides, incluso junto con el tratamiento de sustitución de opioides, presentan un elevado riesgo de sobredosis, debido a sus efectos depresores en el sistema nervioso central. Estos incluyen fármacos gabapentinoides, recetados para el dolor neuropático, y benzodiazepinas.

La ampliación de los servicios de reducción de daños en muchos países europeos ha mantenido a los consumidores problemáticos de heroína en vida hasta la vejez. Sus complejas necesidades sanitarias y sociales exigen respuestas políticas específicas.

Respuestas necesarias para las personas mayores con problemas relacionados con los opioides

El tratamiento y la asistencia de personas mayores con problemas de consumo de opioides son limitados en Europa, porque la mayoría de los servicios se crearon para cubrir las necesidades de una cohorte de consumidores de drogas más joven. Se considera que los consumidores de drogas de edad avanzada están menos motivados, si bien, con frecuencia, muestran mejores resultados en el tratamiento que los consumidores más jóvenes.

Se necesitan enfoques multidisciplinares e innovadores para abordar las necesidades médicas (y dentales), psicológicas y sociales de las personas mayores con problemas de drogas. Deben abordarse el aislamiento social y la soledad, mediante la ampliación de las estrategias para hacer frente a los obstáculos, la mejora de las redes sociales y el fomento de las actividades que potencian el bienestar. Un estudio piloto en el Reino Unido mostró que se pudo incluir a personas mayores que consumen drogas en un programa de ejercicios en el gimnasio, sin embargo, varios obstáculos sociales redujeron su capacidad de participación. Los programas de acogida para hombres en Australia, Canadá, Irlanda y el Reino Unido han alentado a los hombres mayores a desarrollar un sentido de identidad, autoestima y valores mediante el aprendizaje de nuevas habilidades, el desarrollo de redes sociales y la participación en las comunidades.

Hay que mejorar el acceso y la utilización de los tratamientos antivíricos para la hepatitis C para esta población. El elevado riesgo de sobredosis mortales que presentan les convierte en un objetivo importante para la distribución de naloxona en el domicilio y otras estrategias de prevención de las sobredosis (véase el apartado 2.3).



Personas mayores con problemas de opioides: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los problemas principales para los proveedores de servicios son la gestión de la comorbilidad, las enfermedades crónicas, las muertes por sobredosis, el envejecimiento prematuro, la soledad y el aislamiento. Estas necesidades pueden satisfacerse mediante la modificación o reestructuración de los servicios y el desarrollo de servicios especializados que aborden las necesidades de asistencia sanitaria y social.
- Debe disponerse de vías de comunicación y de derivación claras entre los servicios de tratamiento de la drogodependencia y los servicios de asistencia sanitaria y social generales.

Oportunidades

- La inversión en el desarrollo del personal que trabaja en la asistencia general a las personas mayores, con el fin de mejorar sus conocimientos de las necesidades de las personas mayores con problemas de drogas, podría mejorar la gestión de los problemas de salud mental y física de este grupo.
- El desarrollo de protocolos para tratar el dolor de las personas con dependencia de opioides para las unidades del dolor y de cuidados paliativos favorecería la prestación de una asistencia de alta calidad en estos contextos.

Lagunas

- Deben desarrollarse herramientas de detección y medición de resultados que sean adecuadas para las personas mayores con uso indebido de sustancias de larga duración y los problemas sociales y sanitarios asociados.
- Es necesario identificar intervenciones y modelos de asistencia prometedores para abordar los problemas sanitarios y sociales que sufre la creciente cohorte de personas mayores con problemas relacionados con los opioides y evaluarlos para identificar y compartir las buenas prácticas.

En Alemania, Dinamarca y los Países Bajos existen residencias con asistencia médica especializada para personas mayores con problemas relacionados con las drogas que no pueden cuidar de sí mismas. Estos pueden servir de modelo para los programas residenciales a largo plazo que ofrecen asistencia y apoyo a los consumidores de drogas crónicos que están envejeciendo. Como alternativa, será necesario integrar a las personas con problemas de drogas en geriátricos y en comunidades para las personas de la tercera edad. Actualmente, estas instalaciones no están preparadas para ofrecer toda la evaluación, el tratamiento y la asistencia que pueden necesitar las personas mayores con problemas de drogas.

El programa Geriatric Addiction Program se desarrolló en los Estados Unidos para cubrir las necesidades de las personas mayores con problemas de uso indebido de sustancias. La mayoría de los pacientes se derivó por problemas de alcohol, pero el 15 % presentaba problemas de drogas concomitantes. El programa basado en la comunidad ofrece intervención en el hogar por consumo de sustancias, evaluación y derivación a servicios para personas mayores.

Hay una carencia general de concienciación y de habilidades entre los trabajadores del ámbito de la atención geriátrica a la hora de tratar con personas mayores que consumen drogas. Es necesario formar a estos trabajadores para que puedan

atender a estos pacientes que cada vez son más. Drink Wise Age Well es un programa de concienciación y educación nacional del Reino Unido que proporciona formación a profesionales para reconocer y responder al consumo de alcohol en personas de más de 50 años. Se necesitan programas similares para los consumidores de drogas de edad avanzada. El personal de clínicas especializadas en dolor puede precisar formación especializada para la gestión del dolor de las personas con dependencia de opioides basada en protocolos de tratamiento claros. Es fundamental invertir en la formación de los trabajadores para mejorar el reconocimiento de personas mayores con problemas de opioides, así como para mejorar la prestación del servicio.

Para afrontar la discriminación por razón de edad y el estigma que sufren estos consumidores, las personas mayores de los servicios de consumo de sustancias podrían prestar apoyo. El apoyo por parte de pares puede aumentar la autoestima, el sentimiento de sentirse aceptado y comprendido, e incrementar las sensaciones positivas respecto al futuro. Probablemente, los pares/voluntarios también se beneficien de este tipo de interacción.

Tener una vivienda segura y adecuada es un requisito previo para afrontar los desafíos sociales, sanitarios y físicos. Las necesidades de alojamiento de las personas mayores que consumen drogas a menudo requerirán una

atención especial en aquellos que se alejan de sus redes de consumo de drogas. Los que continúan consumiendo drogas pueden necesitar un alojamiento en que el consumo de drogas no amenace su permanencia. Los modelos en los que la vivienda es lo primordial, que ofrecen alojamiento tan pronto como es posible, antes de tratar los problemas de drogas o de prestar otro tipo de apoyo a la persona, pueden ser útiles para las personas mayores que consumen drogas y carecen de domicilio.

Futuros desarrollos en Europa

Debe hacerse una planificación minuciosa para cubrir las futuras necesidades de la cohorte envejecida de consumidores de opioides existente en muchos países de Europa. Esto puede requerir que existan grupos por edades en los servicios que organicen actividades y eventos sociales y ofrezcan un apoyo constante por parte de pares y voluntarios, a fin de abordar su aislamiento social. El acceso físico a los servicios puede resultar difícil para las personas mayores con problemas con los opioides y que pueden requerir ayuda con el transporte. Las visitas domiciliarias pueden ser necesarias para las personas con problemas de movilidad o que viven en áreas rurales, es decir, servicios satélite que operen fuera de los centros comunitarios para personas mayores y que se amplíe el trabajo de divulgación. Es preciso un enfoque integrado y multidisciplinar para abordar las necesidades de las personas mayores con problemas de drogas en las comunidades en las que viven.

Se carece de herramientas de detección y medición de resultados del tratamiento para personas mayores con problemas de consumo de sustancias. El proyecto «50 Plus Crowd» del Bristol Drugs Project en el Reino Unido

aspira a mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores, en lugar de alcanzar resultados «dirigidos a la recuperación». El objetivo de un empleo, por ejemplo, puede que no sea importante para los jubilados o para los que no han tenido empleo estable. Los pasos prácticos para lograr la recuperación pueden ser distintos para los consumidores de drogas de edad avanzada y para los más jóvenes. Los servicios pueden contemplar el consumo de metadona supervisado en casa de las personas mayores que consumen opioides o permitirles más dosis en el domicilio.

El programa Addiction Worker Training Programme del Scottish Drugs Forum forma a las personas con consumo problemático de drogas y de alcohol para trabajar en el ámbito de la asistencia social. La mayoría de las personas que participan en el programa tiene más de 35 años. Programas similares pueden proporcionar a algunos consumidores de drogas de edad avanzada un empleo seguro y remunerado o un voluntariado. Los empleadores pueden necesitar formación para entender los problemas sanitarios y sociales que afronta esta población.

Un enfoque de tratamiento conjunto para las personas mayores con problemas de drogas, con asociaciones de colaboración entre agencias y derivaciones entre servicios sanitarios y sociales especializados y generales será especialmente importante. Será fundamental formar al personal de los servicios generales para aplicar eficazmente estos modelos.

Puesto que los consumidores de opioides a largo plazo de más de 40 años probablemente constituirán la mayoría de la población tratada por drogas en Europa en un futuro próximo, es necesario llevar a la práctica estas medidas. Además, es preciso desarrollar la base empírica de las intervenciones eficaces para este grupo.



Otros recursos

EMCDDA

- [Ageing and addiction: challenges for treatment systems](#), Poster, 2015.
- [Treatment and care for older drug users](#), Selected issues, 2010.
- [Responding to the needs of ageing drug users](#), Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne and Saket Priyadarshi, background paper.

Otras fuentes

- Scottish Drug Forum. [Older People with Drug Problems in Scotland: Addressing the Needs of an Ageing Population](#).

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

3.2 Mujeres con problemas relacionados con las drogas



RESUMEN

Problemas

Las mujeres representan aproximadamente una cuarta parte del total de la población con problemas graves relacionados con las drogas y casi una quinta parte de las que inician un tratamiento por consumo de drogas en Europa. Son especialmente susceptibles de:

- encontrarse estigmatizadas, enfrentarse a desventajas económicas y disponer de menos apoyo social;
- proceder de familias con problemas de consumo de sustancias y tener una pareja que también las consume;
- tener hijos que pueden jugar un papel esencial en su consumo de sustancias y su recuperación; y
- haber sido víctimas de agresiones y abusos sexuales y físicos y presentar trastornos mentales concomitantes.

Varios subgrupos de mujeres con problemas relacionados con las drogas presentan necesidades especiales. Estos subgrupos, que con frecuencia se yuxtaponen, incluyen a mujeres embarazadas y con hijos; trabajadoras de la industria del sexo, que frecuentemente son víctimas de violencia y estigmatización;

Palabras clave:
mujeres, embarazo,
niños

mujeres de minorías étnicas que pueden haber sido objeto de trata; y mujeres en centros penitenciarios.

Opciones de respuesta

- Servicios específicos para mujeres. Estos servicios pueden ofrecerse en programas reservados exclusivamente para mujeres o en programas mixtos. Deben ser acogedores, abstenerse de emitir juicios de valor, prestar apoyo y ser física y emocionalmente seguros, a fin de abordar el estigma y los traumas. Deben promover relaciones saludables con los hijos, los familiares y otros seres queridos.
- Colaboración entre los servicios de salud mental y de tratamiento por drogas para abordar el consumo concomitante de sustancias y las necesidades en materia de salud mental.
- Servicios para mujeres embarazadas y con hijos, que deben abordar el consumo de sustancias, la atención obstétrica y ginecológica, las enfermedades infecciosas, la salud mental y el bienestar personal, además de ofrecer atención infantil y familiar.
- Medidas para superar los obstáculos para la atención a las trabajadoras de la industria del sexo, como un horario de apertura nocturno, servicios de acercamiento móviles y asistencia de acceso abierto.
- Sensibilidad hacia los aspectos étnicos y culturales y posibilidad de recurrir a servicios de interpretación al trabajar con mujeres de minorías étnicas.

Implicaciones para futuros avances en Europa

- Deben investigarse la necesidad y los beneficios de las intervenciones específicas orientadas a las mujeres que presentan problemas con diferentes drogas, incluidos los fármacos con receta y el policonsumo.
- Se requieren evaluaciones, incluidos estudios de rentabilidad, de las intervenciones dirigidas a mujeres en contextos diversos en toda Europa.
- Las grandes lagunas en los conocimientos disponibles sobre el consumo de drogas por parte de las mujeres responden a diversos motivos: los estudios no siempre incluyen a mujeres; los resultados de los que sí lo hacen pueden no estar desagregados por sexo o abordar cuestiones de género; la mayor parte de la investigación sobre mujeres en edad fértil que consumen drogas solo se ocupa de las consumidoras de opioides; la investigación sobre cannabis, nuevas sustancias psicotrópicas, uso indebido de medicamentos y policonsumo en mujeres es limitada.

Principales problemas sanitarios y sociales que afrontan las mujeres con problemas relacionados con las drogas

En la Unión Europea se estima que 35 millones de mujeres y 54 millones de hombres entre los 15 y los 64 años han probado una droga ilegal en algún momento de su vida. Por lo general, la diferencia por géneros en lo que se refiere al consumo global de drogas es menor entre los jóvenes, y la brecha parece acortarse entre los grupos más jóvenes en muchos países de Europa. No obstante, la diferencia entre géneros es mayor en lo que respecta a las formas de consumo de drogas más problemáticas e intensivas.

Las mujeres representan aproximadamente una cuarta parte de las personas con problemas graves relacionados con el consumo de drogas ilegales y en torno al 20 % del total de las personas que inician un tratamiento especializado por consumo de drogas en Europa. En algunos estudios se ha constatado que las mujeres tienden en mayor medida a acceder al tratamiento por necesidades derivadas del embarazo o del papel de madre o de la tendencia general de las mujeres a buscar asistencia sin reparos. Otros estudios han puesto de relieve que las mujeres presentan menos probabilidades de buscar servicios especializados que los hombres a causa del estigma. Las mujeres pueden atribuir sus problemas a cuestiones de salud física o mental y buscar asistencia en sectores de salud física o mental. La magnitud y la naturaleza de la brecha en lo que se refiere al tratamiento dentro de las diferentes regiones y subgrupos en Europa requieren más análisis.

Las diferencias entre hombres y mujeres por lo que se refiere a los problemas relacionados con las drogas radican en sus características sociales, consecuencias del consumo de las sustancias y en el desarrollo y la progresión hacia la dependencia. Las mujeres presentan preocupaciones particulares basadas en el sexo y el género, pero muchos servicios de drogodependencia están dirigidos a los hombres.

Estos problemas específicos son:

- **Cargas socioeconómicas:** Son mayores para las mujeres que consumen drogas porque sus niveles de empleo y de ingresos son más bajos. El coste del tratamiento de la drogodependencia puede representar un obstáculo cuando los servicios no los presta el estado y no hay cobertura de seguro. Los costes del transporte pueden dificultar el acceso al tratamiento.
- **Asistencia social:** Las mujeres que consumen drogas pueden recibir menos asistencia social que los hombres, porque proceden en mayor medida de familias con problemas de consumo de sustancias y de que su pareja también consuma sustancias. Por ejemplo en Inglaterra, entre los pacientes que iniciaron un tratamiento contra la drogodependencia, tres cuartas partes de las mujeres tenían una pareja que también consumía drogas, en comparación con las dos quintas partes de los hombres.
- **Niños:** Las relaciones con los niños son muy importantes y pueden jugar un papel esencial en el consumo y la recuperación de la mujer. Las mujeres que empiezan un tratamiento presentan más probabilidades de vivir con sus hijos que los hombres.
- **Parejas que consumen drogas:** Tener una pareja que consume drogas puede jugar un papel importante respecto al inicio del consumo de drogas, la continuación y la recaída en las mujeres. También las expone a la violencia y a las infecciones víricas de transmisión hemática. Los hombres que consumen sustancias pueden ser reacios al tratamiento, y las mujeres pueden temer que la relación se termine si consiguen abandonar el consumir drogas.

Además, en comparación con los hombres, las mujeres que consumen drogas son más propensas a haber padecido abusos y agresiones físicos y sexuales, de pequeñas o de adultas, y por lo general han sufrido violencia en la pareja.

Los trastornos por estrés postraumático y otros problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, son más habituales entre las mujeres que consumen drogas. Por consiguiente, la exclusión de personas con diagnósticos duales de los servicios puede repercutir más en las mujeres que en los hombres.

Las mujeres que consumen drogas por vía parenteral presentan vulnerabilidades específicas a las infecciones víricas de transmisión hemática. Presentan una mayor prevalencia del VIH que los hombres porque suelen compartir los instrumentos de inyección con un mayor número de personas. También presentan más probabilidades de intercambiar sexo por drogas o dinero y tienen dificultades a la hora de acordar el uso del preservativo con sus parejas sexuales.

Varios subgrupos de mujeres presentan necesidades especiales y puede requerir respuestas específicas para abordarlas (véase [el recuadro de la página siguiente](#)).



Ejemplos de subgrupos de mujeres con necesidades especiales

Mujeres embarazadas y madres: El consumo de drogas durante el embarazo puede perjudicar al feto y al recién nacido. Cada año en Europa, cerca de 30 000 mujeres embarazadas consumen opioides y una cifra similar presenta otros problemas relacionados con las drogas. El embarazo y la maternidad pueden constituir un importante factor de motivación, así como un obstáculo. Actualmente hay directrices para la gestión clínica y el consumo de medicamentos de sustitución durante el embarazo y el período perinatal para las mujeres que consumen opioides. Además del estigma, la vergüenza y la culpa, las mujeres que consumen drogas pueden temer que les quiten a sus hijos. Las mujeres tienen un papel fundamental a la hora de proveer asistencia sanitaria o social a los miembros de la familia, pero pueden temer el contacto directo con los servicios ellas mismas. Asimismo, es probable que no puedan obtener el apoyo que necesitan debido a las responsabilidades familiares y a la falta de acceso a guarderías.

Mujeres involucradas en la prostitución: La prostitución está ligada a menudo al consumo de drogas; por ejemplo, se estima que entre el 20 % y el 50 % de las mujeres que consumen drogas por vía parenteral, en algunos países, están involucradas en la prostitución. Muchas mujeres que venden sexo a cambio de drogas tienen un poder limitado para practicar sexo seguro o inyectarse de manera segura, y es más probable que sufran violencia y estén privadas de libertad. También experimentan mayor estigmatización.

Mujeres de minorías étnicas: Estas mujeres pueden enfrentarse a obstáculos adicionales a la hora de acceder a los servicios de tratamiento, como dificultades lingüísticas o tratamientos que entran en conflicto con las creencias religiosas. Su condición de inmigrantes puede afectar a su admisión en el servicio y pueden sufrir racismo y discriminación. Algunas mujeres de minorías étnicas pueden ser migrantes víctimas de la trata de seres humanos y haber sufrido traumas provocados por la guerra o la violencia en sus países de origen. Es preciso tener en cuenta la diversidad étnica, cultural y religiosa a la hora de trabajar con estas mujeres.

Mujeres en centros penitenciarios: Muchas mujeres internadas en centros penitenciarios cuentan asimismo con antecedentes de consumo de drogas (según una revisión, del 30 % al 60 %, si bien principalmente en estudios estadounidenses). Las delincuentes con problemas de consumo de drogas sufren problemas más graves que las mujeres que buscan tratamiento en la comunidad. Faltan servicios en los centros penitenciarios para cubrir sus necesidades psicológicas, sociales y sanitarias. Los centros penitenciarios son entornos de alto riesgo por lo que se refiere al contagio de infecciones de transmisión hemática, a menudo se niega el acceso a jeringuillas limpias. Esto puede repercutir más en las mujeres que en los hombres, porque en Europa las mujeres en centros penitenciarios presentan más probabilidades de consumir drogas por vía parenteral. Estas mujeres necesitan intervenciones diversas en los centros penitenciarios y tras su salida.

Respuestas para mujeres con problemas relacionados con las drogas

Es necesario un enfoque que incorpore perspectivas de género para cubrir las necesidades de las mujeres que consumen drogas. Esto pasa por tener en cuenta las necesidades de las mujeres en todos los aspectos de la concepción del servicio y su prestación: estructura y organización, ubicación, personal (incluido el acceso a personal sanitario femenino en todos los servicios), desarrollo, enfoque y contenido. Estos programas pueden estar reservados exclusivamente para mujeres o formar parte de un programa mixto que incorpore servicios específicos para mujeres. Este apartado se centra en las necesidades específicas de grupos especiales de mujeres, pero es importante reconocer que las mujeres con problemas de drogas pueden integrarse en más de uno de estos grupos y que sus circunstancias cambiarán con el tiempo (gráfico 3.2).

Debido a los altos niveles de estigma social y trauma psicológico que sufren las mujeres que consumen drogas, los servicios deben ser acogedores, abstenerse de emitir juicios y prestar apoyo. Deben ser seguros a nivel físico y emocional para las mujeres y adoptar un enfoque basado en el cuidado basado en el trauma. Deben ser holísticos y exhaustivos a fin de abordar los múltiples problemas a los que se enfrentan las mujeres.

Se recomiendan los enfoques de **tratamiento basado en los traumas** para las mujeres que han sufrido traumas y violencia en la pareja. Para mujeres en riesgo continuo de violencia, es fundamental un enfoque que englobe a varias instituciones y sectores, con colaboraciones entre los servicios sanitarios y sociales y el ámbito de la justicia. Un ejemplo de este tipo de enfoque es un servicio residencial de rehabilitación basado en la abstinencia y reservado únicamente para mujeres, situado en

el Reino Unido, en el que las mujeres participan en una serie de terapias de grupo fundamentadas en un programa manualizado sobre el tratamiento basado en los traumas. Las mujeres reciben asesoramiento individualizado, desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares para reducir la angustia de los traumas, y apoyo familiar. Las residentes también pueden disfrutar de un programa estructurado que incluye aptitudes educativas, formación y actividades recreativas, y grupos de apoyo entre pares (Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos). Una vez concluido satisfactoriamente el tratamiento, las mujeres se mudan a sus propios alojamientos o a una de las viviendas de reinserción de la organización y reciben, llegado el caso, apoyo permanente.

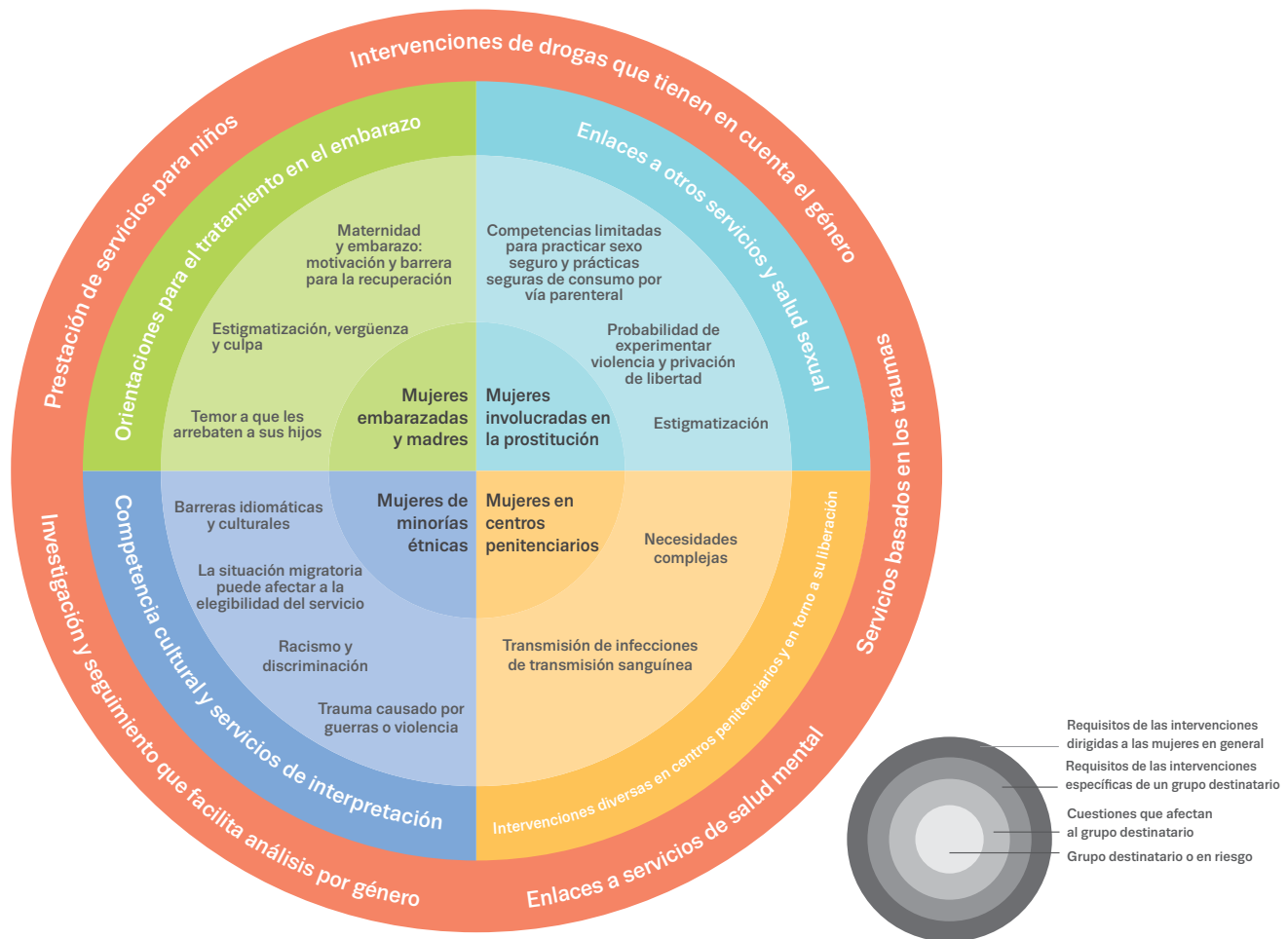
Los servicios para mujeres embarazadas y madres que consumen drogas deben ser amplios y no discriminatorios. Las políticas punitivas, como el tratamiento obligatorio, disuaden a las mujeres de buscar tratamiento. El anonimato puede animar a las mujeres a buscar asistencia, ya que elimina el miedo a sufrir represalias. Las intervenciones para mujeres embarazadas deben abordar el consumo de drogas; la atención obstétrica y ginecológica; las enfermedades

infecciosas; la salud mental; y el bienestar personal y social. En algunos países, los centros familiares especializados y los servicios sanitarios a domicilio prestan apoyo a las consumidoras de drogas embarazadas y a los progenitores de niños pequeños. Los servicios para mujeres embarazadas y madres pueden beneficiar a la madre y al niño, mediante la mejora de las habilidades parentales y mediante la influencia positiva en el desarrollo del niño, tal como señala la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en *International Standards on Drug Use Prevention*.

Las mujeres embarazadas con dependencia de opioides requieren tratamiento de sustitución de opioides y asistencia psicosocial. Muchas mujeres embarazadas que consumen opioides desean abandonarlo en cuanto descubren que están embarazadas, sin embargo, la abstinencia no es recomendable durante el embarazo porque aumenta las consecuencias negativas para el recién nacido, incluidos los abortos. Pueden utilizarse metadona y buprenorfina. La buprenorfina se asocia a mejores desenlaces para el recién nacido, pero las mujeres que ya consumen metadona no deben cambiar de sustancia, a menos que su respuesta a la metadona no sea buena.

GRÁFICO 3.2.

Necesidades de servicios y respuestas para algunos subgrupos de mujeres con problemas de drogodependencia





Directrices para el tratamiento de mujeres embarazadas que consumen drogas

Cribado e intervenciones breves

Los profesionales sanitarios deben:

- interrogar a todas las mujeres embarazadas en relación con el consumo de drogas y alcohol (en el pasado y en el presente) lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal; y
- ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas consumidoras de drogas o alcohol.

Intervenciones psicosociales

Los profesionales sanitarios que atienden a mujeres embarazadas o en fase puerperal con trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias deben ofrecer una evaluación integral y una atención personalizada.

Programas de desintoxicación o abandono

Los profesionales sanitarios deben recomendar, lo antes posible, a las mujeres embarazadas dependientes del alcohol o de las drogas que pongan fin a su consumo de alcohol o drogas y ofrecerles servicios de desintoxicación, o derivarlas a ellos, bajo supervisión médica cuando sea necesario y corresponda.

Debe alentarse a las mujeres embarazadas dependientes de los opioides a utilizar un tratamiento de mantenimiento con opioides en vez de intentar una desintoxicación de los opioides.

Las mujeres embarazadas con dependencia de las benzodiazepinas deben someterse a una reducción gradual de la dosis mediante la utilización de benzodiazepinas de acción prolongada.

En el tratamiento de la abstinencia en mujeres embarazadas con dependencia de los estimulantes, los medicamentos psicofarmacológicos pueden ser útiles para tratar los síntomas de los trastornos psiquiátricos, pero por lo general no son necesarios.

Tratamiento farmacológico (mantenimiento y prevención de las recaídas)

La farmacoterapia no está recomendada para el tratamiento rutinario de la dependencia de los estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, cocaína o agentes volátiles en pacientes embarazadas.

Debe recomendarse a las pacientes embarazadas con dependencia de los opioides que continúen o inicien el tratamiento de mantenimiento con opioides con metadona o buprenorfina.

Adaptado de: WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (Directrices de la OMS para la identificación y el control del consumo de sustancias y los trastornos por el consumo de sustancias en el embarazo).

En varios países se prestan programas de asistencia multidisciplinarios. Algunos ofrecen intervenciones a mujeres que consumen drogas y a sus hijos, desde el principio del embarazo e incluso durante la infancia. Las mujeres pueden recibir apoyo psicosocial, intervenciones para capacitarlas y desarrollar habilidades que fortalecen la familia, así como seguimiento con los gestores de los casos. Los servicios deben abordar problemas prácticos y prestar asistencia a los niños. Los servicios residenciales deben proporcionar alojamiento adecuado para los niños, a fin de que las madres puedan quedarse con sus hijos.

Dada la importancia de las relaciones para las mujeres, los servicios deben promover las relaciones sanas con los hijos,

los familiares y otros seres queridos. La participación de la familia y las relaciones con la comunidad pueden mejorar la eficacia del tratamiento de la drogodependencia.

Para las mujeres con **problemas concomitantes de consumo de sustancias y salud mental**, es importante que se aborden ambos problemas. Esto requiere un enfoque multidisciplinario, en el que participen profesionales del sector del tratamiento de la drogodependencia y de la salud mental, y que cooperen y trabajen para lograr objetivos comunes y acordados. Desafortunadamente, esto no siempre sucede y, puesto que las mujeres presentan mayores índices de muchos trastornos psíquicos que los hombres, las mujeres que consumen drogas pueden

resultar especialmente perjudicadas (véase «Foco sobre la comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental», página 32).

Los elevados índices de consumo de drogas, de problemas de abusos en el pasado y de salud mental que con frecuencia presentan las **mujeres internadas en centros penitenciarios** indican que es preciso ofrecer intervenciones que tengan en cuenta el género, basadas en los traumas e integradas, a fin de abordar el consumo de sustancias, los traumas, la salud mental, la salud física y reproductiva y el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Deben tenerse en cuenta los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, como el que se aplica en el centro penitenciario de mujeres de Hindelbank, en Suiza, donde es posible intercambiar jeringuillas en máquinas expendedoras. Las mujeres con dependencia de opioides deben poder acceder al tratamiento de sustitución de drogas y a las intervenciones psicosociales.

A fin de preparar a las mujeres para su salida del centro penitenciario, deben considerarse intervenciones en los ámbitos siguientes: cuestiones de vivienda y económicas, capacidades profesionales y para la vida diaria, apoyo social y relaciones familiares, y derivación al tratamiento de la drogodependencia en la comunidad. Un ejemplo de este tipo de prestación es el Quartier Intermédiaire Sortantes, un centro de presalida cerca de París para mujeres reclusas con problemas relacionados con las drogas.

Los obstáculos para prestar asistencia a las **trabajadoras de la industria del sexo** pueden abordarse con un horario de apertura nocturno, servicios de acercamiento móviles, asistencia infantil y asistencia de acceso abierto. Se recomienda una prestación libre de juicios, empática, con apoyo entre pares y solo para mujeres. Deben proporcionarse intervenciones que van desde el intercambio de agujas hasta el tratamiento y el apoyo relacionado con el empleo y la vivienda.



Foco sobre... Los servicios para mujeres embarazadas y madres

Los servicios para mujeres embarazadas y madres que consumen drogas deben abordar una amplia variedad de problemas además del consumo de drogas. Entre ellos, la atención obstétrica y ginecológica, las enfermedades infecciosas, la salud mental y el bienestar personal y social. Los servicios también deben tratar los problemas parentales, incluidos los miedos de las mujeres a que les quiten a sus hijos, y proporcionar asistencia infantil o alojamiento adecuado para los niños.

En Hungría, el Józán Babák Klub presta asistencia a mujeres embarazadas o madres con hijos menores de 2 años, utilizando un enfoque basado en tres pasos. En el primer paso, las mujeres contactan el grupo de autoayuda del Józán Babák Klub para informarse sobre el servicio. En el segundo paso, se pueden utilizar de forma anónima los servicios médicos, jurídicos, sociales y psicológicos. Una mujer embarazada o una madre que participe en ocho sesiones de asesoramiento recibe 11 euros por sesión. En el tercer paso, la organización establece contacto con los servicios sanitarios, sociales o jurídicos y con los servicios prenatales para las mujeres embarazadas. Durante el segundo y tercer paso, un miembro del grupo de autoayuda del Józán Babák Klub acompañará a las mujeres a los servicios.

El proyecto Kangaroo es un programa para progenitores en un contexto residencial en Bélgica. Su objetivo es fomentar los vínculos entre padre e hijos. Se presta apoyo a las mujeres en su papel de madres. Durante el día, los niños van a la guardería, al jardín de infancia o a la escuela, mientras que las madres asisten a un programa terapéutico. El proyecto proporciona información a los progenitores, ofrece actividades entre padres y niños y grupos temáticos, presta asesoramiento individual y acompaña a los padres a las citas.

En el Reino Unido, el servicio Family Drug and Alcohol Court proporciona una alternativa a los procesos judiciales cuando el uso indebido de sustancias de los progenitores juega un papel importante. Ofrece apoyo intensivo a los progenitores para acabar con el consumo de drogas, mantener a las familias unidas y mejorar la situación de padres e hijos. Tras una evaluación, un equipo multidisciplinar, formado por una enfermera, un trabajador especializado en el uso indebido de sustancias, trabajadores sociales, psiquiatras, un psicólogo de familia y el jefe del servicio, presta el servicio. Los problemas que se tratan incluyen el consumo de sustancias, la salud física y mental, el ejercicio de la maternidad, las relaciones con los niños y otros familiares, la violencia familiar y la vivienda.

Los aspectos étnicos y culturales deben tenerse en cuenta cuando se trabaja con **mujeres de minorías étnicas**. Podrá corresponder a los trabajadores sociales de proximidad, que pueden actuar como mediadores culturales, la tarea de animar a estas mujeres a acudir e involucrarse en un tratamiento. Pueden ser necesarios servicios de interpretación o servicios en la lengua nativa de las mujeres, como también deben tenerse en cuenta los aspectos culturales a la hora de asignar un tratamiento a una mujer.

Futuros desarrollos en Europa

Cabe prever que aumente la necesidad de disponer de servicios capaces de atender las diferentes necesidades de las mujeres con problemas de drogodependencia, ya que la brecha en la demanda de servicios relacionados con las drogas entre hombres y mujeres es cada vez menor. Podrían necesitarse más intervenciones para mujeres con problemas con el cannabis, los fármacos con receta y el

policonsumo. Es probable que las intervenciones también deban atender a mujeres mayores. Los tratamientos de la drogodependencia basados en internet pueden aportar una gama de actividades centradas en las mujeres, independientes o complementarias de otras intervenciones. Estas pueden atraer a las mujeres que no reciben asistencia apropiada de los servicios de drogodependencia especializados. Es importante que las políticas y prácticas incorporen la perspectiva del género (es decir, que garanticen que las perspectivas de género y el objetivo de la igualdad de género son esenciales) y que las mujeres que consumen drogas participen en la planificación, la creación y el desarrollo de los programas.

En épocas de reducción presupuestaria es complicado encontrar financiación en muchos países europeos. Los programas para mujeres pueden abandonarse porque las mujeres representan una minoría de los usuarios del servicio. Se requieren estudios de rentabilidad de las intervenciones para mujeres en varios contextos en toda Europa, a fin de asegurar la financiación a largo plazo.

Servicios para mujeres con problemas relacionados con las drogas: implicaciones para la política y la práctica



Elementos básicos

- Ofrecer servicios que tengan en cuenta la perspectiva de género y resulten específicos para el trauma psicológico sufrido con el fin de satisfacer las necesidades de determinados grupos de mujeres y garantizar que sean accesibles para aquellas que los necesitan.
- Ofrecer unos servicios coordinados e integrados para abordar otros problemas además del consumo de drogas. Esto puede requerir la incorporación de la colaboración con otros servicios, como servicios infantiles o de salud mental, en las políticas y estrategias.
- El personal de los servicios de tratamiento de la drogodependencia especializados y otros servicios sanitarios y sociales que estén en contacto con mujeres consumidoras de drogas deben tener una serie de aptitudes, conocimientos y destrezas que les permitan ofrecer una atención de alta calidad.

Oportunidades

- Incluir desgloses por género en las estadísticas rutinarias para un mejor conocimiento de las tendencias en el consumo de drogas, los factores sociodemográficos y los problemas a los que se enfrentan las mujeres dentro de una región determinada y desarrollar respuestas adecuadas.
- Aumentar la participación de las mujeres consumidoras de drogas en la planificación, la formación y el desarrollo de políticas y programas.
- La aplicación de las directrices para la prestación de servicios orientados al tratamiento de mujeres embarazadas consumidoras de drogas podría mejorar el desenlace tanto para la madre como para el hijo.

Lagunas

- Reducir las lagunas de conocimiento mediante investigaciones que aborden los problemas de género y que tengan en consideración el género en todos los aspectos del diseño de servicios a fin de identificar los tipos de intervención más adecuados para los diferentes grupos de mujeres.
- Incluir el uso indebido de medicamentos con receta en las políticas y las respuestas.

Subsisten grandes lagunas sobre el consumo de drogas entre las mujeres. Los estudios no siempre incluyen a las mujeres, y es posible que no desglosen los datos por género o que no aborden cuestiones de género. La mayoría de los estudios sobre el consumo de drogas de las mujeres en edad fértil solo se ocupa de las consumidoras de opioides. Se requiere más investigación en relación con el consumo de cannabis y el policonsumo entre las mujeres.

Los complejos problemas, que además se yuxtaponen, a los que deben hacer frente las mujeres que consumen drogas exigen servicios coordinados e integrados. En Europa, las redes de servicios de consumo de drogas y de salud mental a menudo están separadas. La colaboración depende de la buena voluntad de los participantes y de la cooperación a nivel individual. Las colaboraciones deben estar incorporadas en las políticas.

El personal no debe juzgar, ni discriminar y debe prestar apoyo; también debe animar a las mujeres que consumen drogas a que participen en los servicios y a intervenir de manera eficaz. Esto requiere conocimiento de las necesidades especiales de las mujeres y capacidades en otros ámbitos, además del consumo de sustancias. Los proveedores de servicios en contextos que se entrecruzan con el consumo de drogas deben adoptar la misma actitud y estar informados sobre el consumo de droga. El personal debe adquirir las competencias mediante la educación, la formación, el desarrollo de capacidades y una supervisión adecuada. Los servicios para la comunidad (por ejemplo, el sistema de bienestar de la infancia y los proveedores sanitarios) también necesitan formación para mejorar los conocimientos, identificar a las mujeres que consumen drogas y proporcionar intervenciones o derivaciones, según sea necesario.



Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Pregnancy and opioid use: strategies for treatment](#), EMCDDA Papers, 2014.
- [Women and gender issues in drug use](#), EMCDDA topic page.
- [Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice](#), Sharon Arpa, background paper.

Otras fuentes

- OMS. [Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#), 2014.
- UNODC. [Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women](#), 2016.
- UNODC. [International Standards on Drug Use Prevention](#), 2015.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

3.3 | Migrantes, refugiados y solicitantes de asilo



RESUMEN

Problemas

Europa tiene una larga historia de migraciones, y la diversidad de sus etnias y religiones crea interrelaciones complejas entre las etnias y el consumo de drogas. Más recientemente, como consecuencia de los intensos conflictos en Oriente Medio y África, más de 1,4 millones de personas solicitaron asilo en la Unión Europea en la última mitad de 2015 y la primera mitad de 2016. Más de la mitad de los solicitantes de asilo en la Unión Europea en 2015 (53 %) fueron jóvenes adultos (18-34 años), el grupo de edad más propenso a consumir sustancias en Europa. Se extrajeron algunas lecciones de las investigaciones pasadas sobre los migrantes en Europa, si bien deben considerarse con cautela debido a las diferencias culturales y a los motivos de la migración.

Muchos migrantes presentan tasas inferiores de consumo de drogas en comparación con sus comunidades de acogida, aunque algunos pueden ser más vulnerables al uso indebido de sustancias por motivos como el trauma psicológico, el desempleo o la pobreza, la pérdida de la familia y el apoyo social y el traslado a un contexto normativamente

indulgente. Es posible que las drogas se consuman para hacer frente al trauma psicológico, el aburrimiento, la incertidumbre y la frustración que acarrearán su condición de inmigrantes. La vulnerabilidad puede agravarse debido al escaso conocimiento sobre los servicios de tratamiento y el modo de acceder a ellos.

Necesidades de respuesta

- La competencia cultural dentro de los servicios existentes y la ayuda para superar las barreras lingüísticas serán importantes a la hora de identificar y satisfacer las necesidades de los nuevos migrantes. Algunos estudios comunican tasas inferiores de uso de la asistencia sanitaria, en concreto para los problemas de salud mental. Cuanto más se tarda en obtener la residencia mayor es el uso que se hace de los servicios de salud mental y de tratamiento de las adicciones, pero subsiste una necesidad no satisfecha. Los problemas lingüísticos y los factores culturales pueden ser los principales motivos de esta infrautilización.
- Las intervenciones preventivas para las poblaciones étnicas minoritarias no están disponibles en todos los países de la UE. En relación con los solicitantes de asilo, la concienciación general sobre las posibles vulnerabilidades y la marginación de los grupos de migrantes es más habitual. Algunas intervenciones han utilizado pares educadores para facilitar información sobre el consumo de drogas y sus riesgos, además de servicios de tratamiento de la drogodependencia y el alcoholismo.
- Se carece de políticas para abordar los problemas de salud, las barreras culturales, los problemas lingüísticos y la adicción de los migrantes, y el personal no tiene las competencias necesarias para trabajar con este grupo.

Sectores que cabe desarrollar en Europa

- Realizar evaluaciones de necesidades y establecer sistemas de vigilancia será esencial para identificar y abordar los problemas emergentes y colmar las lagunas de datos en este ámbito en la actualidad.
- Compartir buenas prácticas y programas dentro de un mismo país y entre países puede contribuir a ampliar la prestación de servicios para satisfacer las necesidades de estos grupos vulnerables de personas.
- En las investigaciones futuras deberá analizarse la función de las continuidades culturales entre el país de origen y el país de acogida en el consumo de drogas y alcohol después de la migración.

Palabras clave:

migrantes,

refugiados,

solicitantes de asilo

Alcance y naturaleza de los posibles problemas de salud que afrontan los solicitantes de asilo

Europa tiene una larga historia de migración y su población incluye diversas etnias y religiones. Esta variedad y las diversas experiencias de los migrantes durante distintas generaciones significan que las relaciones entre etnia y consumo de drogas son muy complejas y variadas y no se prestan a una síntesis clara.

Sin embargo, tras los conflictos bélicos en varios países de Oriente Medio y partes de África, la migración hacia Europa es excepcionalmente elevada. Más de 1,4 millones de personas solicitaron asilo en la Unión Europea durante la última mitad de 2015 y la primera de 2016. El número de solicitudes de asilo nunca ha sido tan elevado como en la actualidad, lo que plantea inquietudes sobre las posibles repercusiones de esta situación en una serie de ámbitos políticos, incluido el de los problemas relacionados con las drogas. La investigación efectuada en el pasado sobre los migrantes es de limitada aplicación a los actuales solicitantes de asilo por las diferencias de valores y prácticas culturales y las distintas razones de la migración. No obstante, las experiencias pasadas pueden ayudar a las personas responsables de responder a las necesidades de este grupo de migrantes.

Más de la mitad (53 %) de los solicitantes de asilo en la Unión Europea en 2015 eran jóvenes adultos y casi un tercio eran niños. Esto produce la *paradoja del migrante sano*: la mayoría de los solicitantes de asilo está en buen estado físico y mental por lo que respecta a enfermedades crónicas, pero sufre más enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, la hepatitis A y más lesiones que las personas del país de acogida. Hay grandes diferencias entre los grupos de migrantes de distinto origen étnico, por lo que resulta problemático generalizar. Se carece de información respecto a los recientes flujos de migrantes porque la mayoría de los datos disponibles sobre estados de salud y acceso a la asistencia sanitaria fueron recogidos antes de 2014.

Varios factores pueden convertir a los nuevos migrantes en más vulnerables a los problemas de consumo de sustancias, pero otros pueden ser protectores (véase el cuadro 3.1). Los factores

de riesgo son las experiencias traumáticas, el desempleo y la pobreza, la pérdida de la familia y del apoyo social, y la vida en un contexto normativamente indulgente. Hacer frente al trauma psicológico, al aburrimiento y la frustración, y el hecho de beber como experiencia social, fueron motivaciones importantes que condujeron a la bebida a los migrantes africanos en Australia.

Algunos estudios han detectado que los elevados niveles de identidad cultural o étnica se asocian a un elevado consumo de drogas. Como también se asocia el haber pasado largos períodos en condiciones hostiles en el país de acogida tras haber migrado. Los hijos de progenitores menos aculturados o integrados presentan mayor riesgo de consumir o usar drogas indebidamente en su juventud. La vulnerabilidad de algunas minorías étnicas para desarrollar problemas de consumo de drogas ilegales puede agravarse debido a su escaso conocimiento de los servicios de tratamiento y sobre cómo acceder a ellos. Cuanto más se tarda en obtener un permiso de residencia, más se recurre a los servicios de salud mental y de tratamiento de las adicciones, aunque estos servicios siguen estando infrautilizados.

Por otro lado, algunos estudios demuestran que, en general, las personas de grupos de minorías étnicas beben menos alcohol que la población de acogida, y que los refugiados presentan menos probabilidades de desarrollar problemas relacionados con el alcohol y las drogas que los otros grupos de la población, incluidos los inmigrantes que no son refugiados. Estas diferencias pueden estar vinculadas a la identidad cultural, religiosa y étnica. Los fuertes sentimientos de identidad étnica, los sólidos valores religiosos y los lazos familiares firmemente mantenidos pueden, al principio, disuadir de beber alcohol, pero la relación con el alcohol puede aumentar a medida que progresa la integración social.

Los migrantes forzados pueden estar más expuestos a los trastornos de consumo de sustancias por haber sufrido experiencias traumáticas, por enfermedades mentales concomitantes, dificultades de aculturación y desigualdad social y económica. Las pautas de consumo de drogas y alcohol en el país de origen pueden ser más significativas que traumas psicológicos del pasado a la hora de explicar las pautas de consumo de alcohol y drogas. Puede que estas prácticas no



Definiciones

El término **migrante** se puede entender como «cualquier persona que vive temporal o permanentemente en un país en el cual no ha nacido, y donde ha establecido vínculos sociales significativos» (Unesco).

Aquí, el foco de atención principal son los **solicitantes de asilo**. El asilo es un estatuto jurídico que otorga el estado a una persona que no puede vivir de forma segura en su país de origen por temor a ser perseguido por motivo de su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opinión política. Un **refugiado** es un solicitante de asilo que ha recibido un permiso para vivir en el país.

CUADRO 3.1.

Factores de riesgo y de protección principales para los problemas del consumo de sustancias relacionados con la situación actual del migrante

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|---|---|
| Estar soltero/a | Fuertes creencias religiosas, por ejemplo, ser un musulmán devoto |
| Proceder de una cultura en la que el consumo de sustancias está normalizado (por ejemplo, opio, khat) | Vivir en una unidad familiar sólida |
| Aburrimiento, desempleo | Integración en relación con la lengua, el empleo u otras actividades de la nueva sociedad |
| Experiencias traumáticas | Buen estado de salud física y mental |
| Pobreza | |
| Desconocimiento de los servicios de tratamiento | |
| Vivir en barrios deteriorados y zonas socialmente desfavorecidas | |

sean sostenibles en Europa por el cambio de las circunstancias vitales, la disponibilidad de las sustancias y los cambios de la vida cotidiana. Los factores más importantes parecen ser la monotonía de la vida cotidiana y la incertidumbre del estatuto de refugiado. El aburrimiento y el desempleo, junto con la depresión no diagnosticada, pueden hacer que el solicitante de asilo continúe recurriendo a las pautas de consumo de drogas de su país de origen, posiblemente de forma más intensa. Un ejemplo es el consumo de khat entre los somalíes que llegaron a Europa. Aparentemente, los problemas relacionados con el khat aumentaron tras migrar porque a menudo estaban desempleados o no se les permitía trabajar y podían pasar mucho tiempo consumiendo khat. Se ha observado una intensificación similar del consumo tradicional de opio en los migrantes iraníes llegados a Europa.

Respuestas e intervenciones para abordar las necesidades de los nuevos migrantes

Un reciente estudio de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) no encontró ninguna recopilación de datos sobre el número de individuos con signos de drogodependencia entre las víctimas de tortura o las personas muy traumatizadas en ninguno de los 14 Estados miembros incluidos en su investigación. Sin embargo, encontraron informes de determinados servicios relativos al creciente número de migrantes o de solicitantes de asilo entre las personas con problemas de drogas que estaban atendiendo. Los procedimientos de cribado y de evaluación de necesidades de los migrantes y solicitantes de asilo deben incluir los posibles problemas de consumo de sustancias, y el personal de todos los servicios, como centros de alojamiento o de acogida, debe estar atento a posibles problemas. Además de la gama de herramientas estándar de evaluación disponibles, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desarrollado instrumentos de evaluación para [poblaciones desplazadas](#) y para situaciones de [emergencia](#).

Los datos sobre el uso de la asistencia sanitaria de los migrantes en la Unión Europea también son escasos. Pocos países recogen datos sobre la atención ambulatoria, que es importante para la salud mental. Los solicitantes de asilo recién llegados o «indocumentados», normalmente, solo tienen acceso a la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias, aunque hay diferencias entre países en lo que al funcionamiento de este sistema se refiere. Además, es posible que los solicitantes de asilo no conozcan sus derechos, y el miedo a las posibles repercusiones sobre su solicitud de asilo puede obstaculizar la búsqueda de ayuda.

Tras adquirir el estatuto de refugiado, los migrantes en la mayoría de los países de la UE tienen derecho al mismo acceso a la sanidad que los residentes. No obstante, algunos estudios notifican tasas inferiores de uso de la asistencia sanitaria, concretamente en lo que a los problemas de salud mental se refiere. Las creencias culturales y los problemas lingüísticos que dificultan la comunicación pueden ser razones importantes para el uso reducido de la sanidad. Los elevados niveles de aculturación y los menores niveles de tradicionalismo cultural se asocian a un mayor uso de la asistencia en salud mental. Un reciente informe neerlandés concluyó que la salud objetiva y subjetiva de los solicitantes de asilo es más deficiente que la de la población residente, y esta brecha aumenta con la edad.

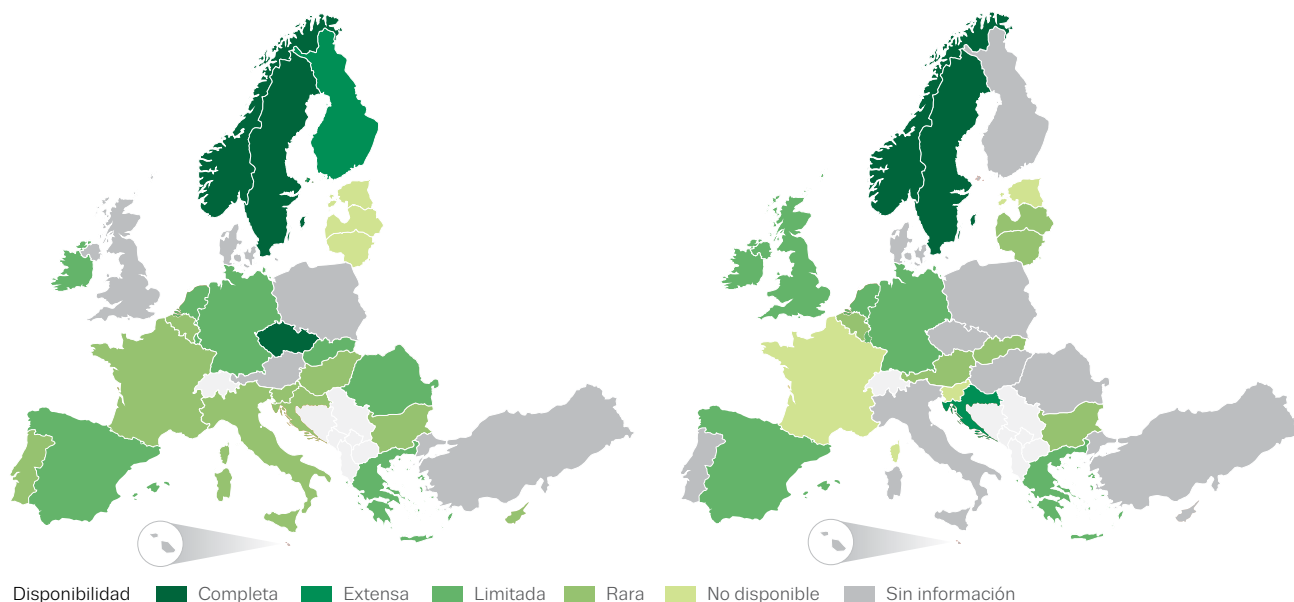
Las políticas en materia de drogas de los países de la UE no suelen dirigirse al consumo de sustancias de los migrantes. Excepciones en este sentido son la prohibición del khat por el gobierno neerlandés en 2013 y una prohibición similar en el Reino Unido en 2014. Una evaluación en 2015 sobre la prohibición del gobierno neerlandés concluyó que el consumo de khat había disminuido, pero su consumo problemático había aumentado. La prohibición incremento los precios por diez, redujo la calidad y aumentó el consumo de alcohol. Antes y después de la prohibición, los problemas más frecuentes eran las alteraciones familiares y las dificultades para dormir. Tras la prohibición, los grandes consumidores de khat mostraron más problemas económicos.

GRÁFICO 3.3.

Disponibilidad de intervenciones de prevención selectivas para grupos de minorías étnicas en la Unión Europea, 2015/16

Jóvenes de grupos étnicos

Familias étnicas que sufren marginación



Nota: La información aquí facilitada se basa en la opinión de un experto (o panel de expertos) en cada país. Leyenda de los índices de disponibilidad: Completa: existe en casi todas las ubicaciones pertinentes; Extensa: existe en la mayoría de las ubicaciones pertinentes (pero no en prácticamente todas ellas); Limitada: existe en más de unas cuantas ubicaciones pertinentes (pero no en una mayoría de ellas); Rara: existe solo en algunas ubicaciones pertinentes; No disponible: no existe.

Los planes de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga que complementan la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) han puesto de manifiesto la necesidad de emprender actividades de reducción de la demanda, que aborden las situaciones y las necesidades de las minorías étnicas, los migrantes y los solicitantes de asilo. De ello, se ha derivado el desarrollo de intervenciones de prevención en varios países. Sin embargo, los datos sobre la disponibilidad de estas intervenciones de prevención selectivas para grupos minoritarios son irregulares. A partir de la información disponible, se desprende que la cobertura varía en cada país y parece especialmente limitada para las familias étnicas marginadas (gráfico 3.3). La razón principal de las intervenciones ha sido aumentar la concienciación respecto a las vulnerabilidades y reducir la exclusión social y la marginación de los grupos de migrantes. Algunas intervenciones han utilizado pares educadores para facilitar información sobre el consumo de drogas y sus riesgos, y sobre los servicios de tratamiento de la drogodependencia y el alcoholismo. Generalmente, estos programas aspiran a prevenir el consumo de sustancias entre los jóvenes. No obstante, suelen encontrar varios obstáculos: falta de políticas dirigidas a la salud de los migrantes; barreras culturales; problemas lingüísticos y comprensión de los conceptos relacionados con la adicción; y carencia de competencias del personal para trabajar con migrantes.

Se están empezando a notificar algunas iniciativas nuevas específicas para refugiados y solicitantes de asilo. Por ejemplo,

en Bélgica se creó un pequeño equipo psicosocial nuevo (LaMbd) en 2015 para ayudar a los solicitantes de asilo con problemas de adicción a acceder al tratamiento. La idea es facilitar el vínculo entre los centros de acogida para solicitantes de asilo y el sector que ofrece tratamiento especializado de bajo umbral. En Chipre, se ha señalado a los nuevos migrantes como un grupo de alto riesgo para los servicios de tratamiento. La UNODC, en colaboración con la Universidad de Manchester, está realizando un programa piloto de apoyo a los cuidadores y los padres basado en los traumas y que abarca varios niveles dirigido a las poblaciones desplazadas, con el fin de reforzar la capacidad de los padres para proteger a sus hijos en las difíciles circunstancias en que se encuentran. El apoyo que se presta abarca desde folletos informativos, seminarios para padres y un programa de formación sobre capacidades familiares basado en un manual fundamentado en el programa Strengthening Families, hasta un programa más específico para familias expuestas a traumas. Actualmente, se está probando en varios países de Oriente Próximo y en campos de refugiados en Turquía, así como con refugiados que atraviesan Serbia.

Futuros desarrollos en Europa

Para colmar la brecha actual respecto a los conocimientos sobre el alcance y la naturaleza de los problemas de consumo de drogas entre los nuevos migrantes en Europa, será fundamental desarrollar herramientas de evaluación adecuadas,

realizar evaluaciones de necesidades y establecer sistemas de vigilancia. Estas acciones deberán sumarse al desarrollo de intervenciones adecuadas para abordar cualquier problema emergente y, cuando sea necesario, ampliar los servicios, como la asistencia en salud mental, para cubrir las necesidades de los refugiados traumatizados o afectados negativamente de otras formas.

Los nuevos programas deberán evaluarse para garantizar su eficacia. Compartir buenas prácticas y programas dentro de un mismo país y entre países puede ayudar a ampliar la prestación

de servicios para satisfacer las necesidades de estos grupos vulnerables de personas.

Deberán realizarse investigaciones para analizar la función que tienen las continuidades culturales entre el país de origen y el país de acogida en el consumo de drogas y alcohol después de la migración. Esto permitirá la elaboración de programas de prevención y apoyo, que maximicen la resiliencia de estas personas, muchos de los cuales habrán sufrido grandes traumas, dificultades y desplazamientos y pueden seguir padeciendo exclusión social y desventajas tras la migración.

Migrantes, refugiados y solicitantes de asilo: implicaciones para la política y la práctica



Elementos básicos

- Los grupos de migrantes, como la oleada actual de solicitantes de asilo, pueden estar en riesgo de desarrollar problemas de drogodependencia. Es necesario aumentar la concienciación de las vulnerabilidades y reducir la exclusión social de estas personas.
- Los servicios deben mantenerse alerta ante los posibles problemas de salud, incluidos los problemas de drogodependencia, entre los solicitantes de asilo y estar preparados para abordar las posibles barreras culturales y obstáculos lingüísticos.
- Es preciso supervisar las necesidades sanitarias, incluidos los problemas de uso indebido de sustancias, de los nuevos migrantes.

Oportunidades

- Se están desarrollando servicios para hacer frente a las necesidades de los grupos de migrantes en varios países. Es necesario identificarlos y compartir las prácticas prometedoras.

Lagunas

- En los casos en que se identifiquen necesidades específicas, deberán desarrollarse nuevos servicios de prevención y tratamiento de los problemas. Deberán evaluarse estos servicios para ampliar las pruebas disponibles que actualmente son limitadas.

Otros recursos



EMCDDA

- [Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies](#), Thematic paper, 2013.
- [Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services](#), Paul Lemmens and Hans Dupont, background paper.

Otras fuentes

- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. [Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use](#), 2017.
- ACNUR y OMS. [Rapid Assessment Of Alcohol And Other Substance Use In Conflict-Affected And Displaced Populations: A Field Guide](#), 2008.
- ACNUR y OMS. [Guía de intervención humanitaria mhGAP \(GIH-mhGAP\): El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las urgencias humanitarias](#), 2015.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

3.4 Jóvenes vulnerables



RESUMEN

Problemas

Son muchos los jóvenes que experimentan con drogas pero solo una minoría desarrolla dependencia durante los primeros años de la etapa adulta. Los más vulnerables a la drogodependencia son los jóvenes socialmente desfavorecidos y aquellos con familiares y homólogos que consumen drogas. Los factores individuales, como un mal control de los impulsos, también incrementan la vulnerabilidad, así como el consumo de sustancias en una edad temprana.

Los jóvenes vulnerables que desarrollan drogodependencia suelen referir ansiedad y trastornos depresivos; síntomas y trastornos psicóticos; ideas suicidas e intentos de suicidio; infecciones que se transmiten por la sangre; e incapacidad para completar su educación y mantener un empleo estable. No siempre queda claro en qué medida son estos problemas los que aumentan el riesgo de drogodependencia, o si es la drogodependencia la que causa estos problemas.

Palabras clave:

jóvenes, prevención, tratamiento

Opciones de respuesta

- Las intervenciones preventivas indicadas y selectivas están orientadas a intervenir de forma temprana con el fin de evitar que los jóvenes vulnerables se inicien en el consumo de drogas y lleguen a un consumo habitual problemático.
- Los cuestionarios breves de cribado para detectar los problemas de consumo de drogas ilegales en adolescentes en entornos de atención primaria pueden resultar útiles.
- Los enfoques de salud electrónica para el cribado y las intervenciones breves son medios prometedores de llegar a los jóvenes vulnerables que están familiarizados con los teléfonos móviles e internet y se muestran reacios a acudir a los servicios sanitarios.
- Servicios de tratamiento para los jóvenes que han desarrollado problemas de drogodependencia graves, que necesitan enfoques de tratamiento adecuados, por ejemplo, terapia familiar multidimensional.
- Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas son necesarios para los jóvenes consumidores de drogas por vía parenteral, en alto riesgo de contraer infecciones que se transmiten por la sangre durante los primeros años de consumo mediante inyección. Deben facilitarse vacunas para la hepatitis B de forma habitual a los jóvenes consumidores de drogas por vía parenteral.
- Los centros penitenciarios, los programas de acercamiento, los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y los centros de salud pueden ser entornos adecuados en los que intervenir con los jóvenes en riesgo de sufrir daños relacionados con el consumo parenteral de drogas.

Perspectiva europea

- Alemania, Austria, Dinamarca, España y Portugal han aplicado intervenciones de prevención selectiva para alumnos en centros de formación profesional.
- Irlanda ha aportado un enfoque más amplio al mejorar la alfabetización y la capacidad de cálculo entre los estudiantes desfavorecidos.
- Las intervenciones de la comunidad dirigidas a los grupos de jóvenes de alto riesgo en Italia y en el norte de Europa combinan el acercamiento, el trabajo juvenil y la cooperación formal entre las autoridades locales y las organizaciones no gubernamentales.

Principales problemas sanitarios y sociales y objetivos clave para responder a los jóvenes vulnerables en Europa

Muchos jóvenes experimentan con las drogas ilegales o las consumen esporádicamente, pero solo una minoría se convierte en consumidores habituales y pueden desarrollar drogodependencia durante la adolescencia o los primeros años de la vida adulta. La drogodependencia suele desarrollarse más fácilmente en los jóvenes que se han iniciado en el consumo a una edad temprana, cuyos familiares y hermanos también consumen, provenientes de entornos socialmente desfavorecidos y cuyos homólogos consumen drogas y tienen conductas antisociales. Algunos factores individuales también están asociados con un riesgo elevado de desarrollar un consumo de drogas más problemático, como problemas de conducta [por ejemplo, problemas de control de los impulsos, trastorno de déficit de atención (hiperactividad), trastorno negativista desafiante].

En Europa, los jóvenes muy vulnerables a los problemas relacionados con las drogas a menudo presentan varios factores de riesgo, como el abandono escolar temprano, vivir en instituciones residenciales, problemas de salud mental o el contacto con el sistema de justicia penal.

Los jóvenes vulnerables que desarrollan drogodependencia presentan más probabilidades de experimentar otros problemas como:

- ansiedad y trastornos depresivos;
- síntomas psicóticos y trastornos psicóticos;
- ideas suicidas y tentativas de suicidio;
- infecciones de transmisión hemática por compartir instrumentos de inyección contaminados;
- abandono escolar e incapacidad de mantener un empleo estable; y
- sobredosis mortales y no mortales.

Salvo las infecciones por transmisión hemática y las sobredosis, no siempre está clara la relación entre los problemas de drogodependencia y estas consecuencias. Puede que estos problemas aumenten las probabilidades de desarrollar problemas relacionados con las drogas. La drogodependencia puede causar o empeorar estos problemas. Y puede que se den ambos factores: estos problemas pueden incrementar las probabilidades de desarrollar la drogodependencia, que empeora estos problemas.

La manera más obvia de prevenir los problemas relacionados con las drogas de los jóvenes vulnerables sería evitar que empezaran a consumir drogas. Este puede ser uno de los objetivos de las intervenciones basadas en la familia a una edad temprana. Sin embargo, puede resultar difícil lograrlo en jóvenes muy vulnerables que son mayores y que viven en entornos sociales que fomentan el consumo temprano de drogas y tienen acceso a las drogas desde una edad prematura. El objetivo de la mayoría de las intervenciones de prevención en estos casos es intervenir pronto para evitar que los jóvenes lleguen a consumir de forma regular y desarrollen un consumo problemático de drogas. También existen las intervenciones de reducción de daños que aspiran a reducir los daños relacionados con las drogas en los jóvenes que consumen drogas de manera arriesgada, como el consumo por vía parenteral.

Respuestas e intervenciones para abordar las necesidades de jóvenes vulnerables

Prevención selectiva e indicada

Algunos programas de prevención universal que también ayudan a los grupos vulnerables se analizan en el [apartado 4.4](#) sobre respuestas en escuelas y universidades, mientras que muchas de las respuestas desglosadas en el capítulo 2, en particular las que tratan los problemas de consumo de cannabis en el [apartado 2.1](#), se utilizarán ampliamente por los jóvenes vulnerables, puesto que presentan un elevado riesgo de sufrir problemas por el consumo de cannabis. Aquí el punto central es principalmente los programas de prevención selectiva e indicada.

Los programas de prevención basados en la familia normalmente enseñan a los padres a ayudar a sus hijos a alcanzar unos resultados en su desarrollo ajustados a la edad (como el control de los impulsos, la competencia social y la postergación de la gratificación) y asociados a la reducción del riesgo de consumo de sustancias y otros problemas de conducta. Los programas de prevención selectiva basados en la familia abordan a familias marginadas y vulnerables, en particular las afectadas por los problemas de consumo de sustancias de los progenitores.

Se sabe relativamente poco sobre el contenido de muchas de las intervenciones basadas en la familia que se realizan en Europa. Una excepción es el programa Strengthening Families, que imparte formación sobre habilidades parentales y ya se ha aplicado en 13 países europeos. Este programa, recomendado internacionalmente, también pretende eliminar los obstáculos para la participación de los progenitores vulnerables mediante la prestación de servicios de transporte y de atención a los niños.

Las intervenciones indicadas para jóvenes que consumen drogas o que presentan factores de vulnerabilidad personales, como los descritos anteriormente, aspiran a reducir su consumo de drogas, las pautas peligrosas de consumo de drogas y los daños que pueden derivarse del consumo. Los breves cuestionarios de cribado pueden detectar problemas de consumo de drogas ilegales entre adolescentes en centros de atención primaria; sin embargo, son escasas las pruebas para decidir si las intervenciones breves reducen el consumo de drogas y los daños relacionados en los jóvenes en estos centros.

Se ha evaluado positivamente un programa de prevención indicada desarrollado en Canadá (Preventure) dirigido a adolescentes bebedores en busca de sensaciones aplicado en las escuelas y se ha adaptado para llevarse a la práctica en Chequia, los Países Bajos y el Reino Unido. Los programas indicados con base empírica aplicados en escuelas para niños pequeños existen en España (Empecemos) y en Alemania (Trampolin) (véase [EDDRA](#) en el sitio web del EMCDDA).

En general, los enfoques de acercamiento (entran en contacto con el grupo objetivo en su domicilio o en la calle) pueden ser más satisfactorios para interactuar con jóvenes vulnerables que los enfoques basados en las visitas (en que se espera que los jóvenes acudan a los servicios).

Los enfoques de salud electrónica para el cribado y las intervenciones breves, mediante plataformas para ordenador

y teléfono móvil, resultan una vía prometedora para llegar a los jóvenes vulnerables. Estos enfoques pueden ser especialmente atractivos para los jóvenes, que normalmente tienen acceso a teléfonos móviles y a internet, y están familiarizados y se sienten cómodos con el uso de estas tecnologías. Las intervenciones electrónicas pueden proporcionar un modo de incrementar el alcance de las intervenciones tempranas en grupos de jóvenes de alto riesgo, que pueden ser reacios a acudir a los servicios de salud convencionales (véase «[Foco sobre las intervenciones de salud electrónica](#)», página 119).

Intervenciones de reducción de daños

Los jóvenes consumidores de drogas por vía parenteral presentan un elevado riesgo de contraer infecciones que se transmiten por la sangre en los primeros años de consumo mediante inyección. Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas reducen las conductas de riesgo relacionadas con el consumo parenteral y la transmisión del VIH en jóvenes, sin embargo, hay pocos estudios sobre su impacto en los jóvenes. La vacuna para la hepatitis B es eficaz y segura y debe proporcionarse de forma habitual a los jóvenes que consumen drogas por vía parenteral. Los centros penitenciarios, los programas de acercamiento, los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y los centros de salud pueden ser entornos idóneos para identificar e interactuar con los jóvenes en riesgo de sufrir daños relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral. Sin embargo, en algunos casos no se permite a los servicios trabajar con menores de 18 años.



Visión general de las pruebas sobre... las respuestas para jóvenes vulnerables



Es posible detectar y mitigar una serie de rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad en los primeros años de vida, por ejemplo, mediante programas que mejoran el autocontrol y el control de los impulsos.



El cribado y la intervención breve constituyen un enfoque prometedor para la prevención indicada que todavía debe evaluarse. La prestación electrónica del cribado y las intervenciones breves que utilizan enfoques por teléfono móvil y ordenador también parece ser útil, pero se precisa más información para evaluar su eficacia.



Los enfoques empíricos para los jóvenes vulnerables consisten en facilitar apoyo al éxito educativo en general (especialmente para los hombres), formación sobre competencias personales y sociales y formación a las familias con el fin de mejorar la gestión y la supervisión de sus hijos. Los programas de tutoría pueden ser útiles para los jóvenes vulnerables.



Los enfoques empíricos para niños pequeños («protección de la infancia») incluyen programas de visita en el domicilio para las familias vulnerables y excluidas socialmente.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, la vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) y el tratamiento de sustitución de opioides son eficaces en las personas mayores que consumen drogas por vía parenteral y podrían ser eficaces en los menores de 18 años, pero esto aún está por demostrar.



Foco sobre... Las intervenciones de salud electrónica

¿Qué son la salud electrónica y la salud móvil?

La salud electrónica implica el uso de las tecnologías digitales para mejorar la salud por diversos medios, entre ellos:

- proporcionar información relacionada con las drogas además de asesoramiento sobre la reducción de daños (por ejemplo, consumo más seguro), con o sin respuestas personalizadas de los profesionales y vinculadas con los servicios de drogodependencia especializados, si fuera necesario;
- tratar a los pacientes con trastornos de consumo de sustancias mediante intervenciones de salud electrónica;
- formar a los profesionales del tratamiento mediante el uso de módulos de aprendizaje electrónico sobre técnicas terapéuticas; y
- utilizar diarios digitales para controlar el consumo de sustancias de personas en tratamiento por trastornos debidos al consumo de sustancias.

La salud móvil es un tipo de salud electrónica que incluye la prestación de intervenciones de salud electrónica mediante el teléfono móvil y aparatos similares. La prestación de cribado y breves intervenciones mediante aplicaciones de salud electrónica y salud móvil es una innovación prometedora para el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias en jóvenes vulnerables en Europa.

¿Cómo se desarrollan estas aplicaciones en Europa?

Un proyecto financiado por la UE estableció la red Click for Support, que ha elaborado directrices para desarrollar intervenciones de salud electrónica. El número de aplicaciones está creciendo. Algunos ejemplos incluyen:

- Quit the Shit (QTS) es un programa en línea alemán para la abstinencia del cannabis elaborado para adolescentes de entre 15 y 17 años que quieren reducir su consumo de cannabis o abandonarlo completamente. Una agenda interactiva ayuda a los consumidores a controlar su consumo de drogas y un equipo de asesoramiento proporciona consejos e información personalizada para respaldar a los consumidores de manera que alcancen sus objetivos personales.
- El centro neerlandés de tratamiento del uso indebido de sustancias, Jellinek, ha desarrollado un programa «combinado» denominado «MijnJellinek» [Mi Jellinek], para personas que cumplen los criterios relativos al diagnóstico de trastorno de consumo de sustancias, que combina una intervención de salud electrónica con el contacto presencial con un psicólogo.
- La Overdose Risk Information Tool (Orion) es una herramienta de salud electrónica de apoyo a las decisiones para individuos que presentan un elevado riesgo de sufrir una sobredosis por drogas. Mediante una serie de preguntas, esta herramienta calcula una estimación del riesgo de sobredosis de 0 (mínimo) a 100 (máximo) y presenta esta estimación del riesgo de una forma visualmente atractiva, con el objetivo de facilitar el debate sobre la gestión del riesgo de sobredosis entre los consumidores de sustancias y sus médicos.

Futuros desarrollos en Europa

Es necesario realizar investigaciones sobre la eficacia de estas intervenciones, especialmente en las poblaciones objeto de difícil acceso, como los jóvenes de elevado riesgo.

Un paso importante es garantizar que las herramientas electrónicas permanezcan en línea tras su desarrollo para proyectos de investigación. Sus costes de funcionamiento suelen ser una mínima parte de los costes de desarrollo e investigación, por lo que resultaría muy rentable hacer que las herramientas estén disponibles una vez que los proyectos se hayan completado.

Los avances tecnológicos también han abierto posibilidades para recopilar datos e información en tiempo real y de forma continua de los teléfonos inteligentes, las redes sociales, los sensores y la autoinformación de la persona. La gestión de la calidad y la seguridad de los datos son cuestiones importantes. Los usuarios finales pueden verse perjudicados si no se protege la confidencialidad de los datos. Las políticas y buenas prácticas europeas sobre protección de datos deben incorporarse a las intervenciones de salud electrónica para consumidores de sustancias.

Véase el documento de referencia: [E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems](#)

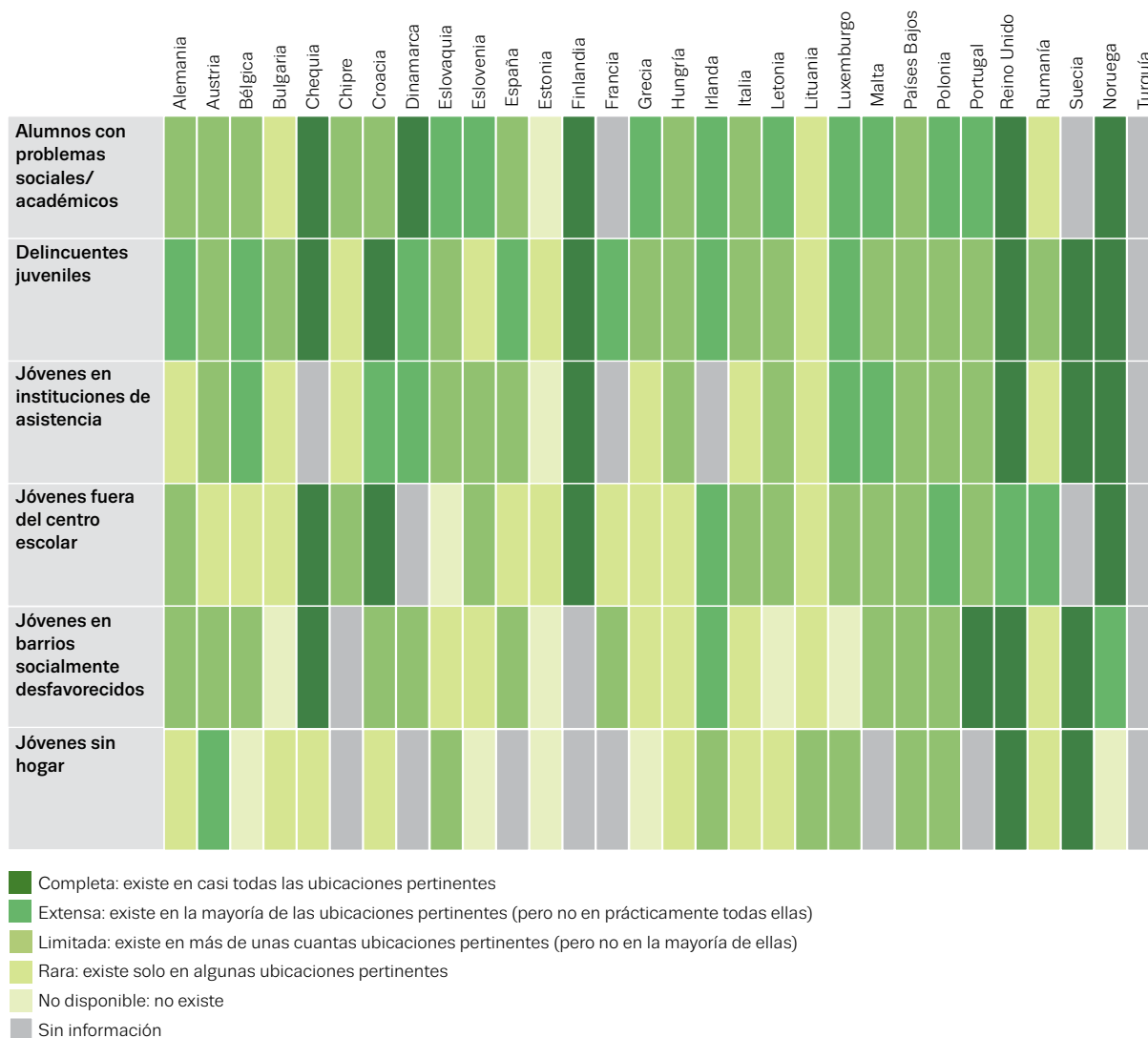
Tratamiento

La familia puede jugar un papel importante a la hora de abordar los problemas de consumo de sustancias entre los jóvenes. La **terapia familiar multidimensional** (un proceso que incluye al joven, la familia y su entorno) es un enfoque holístico que puede ofrecer resultados alentadores durante la terapia y que puede perdurar una vez finalizado el tratamiento. Una revisión sistemática de cinco estudios principales realizados en los Estados Unidos y en la Unión Europea indicó el potencial de obtener resultados positivos, pero para garantizar la aplicación es importante la fidelidad y la adhesión familiar, que puede ser difícil. Además, el coste relativamente elevado de este tratamiento debe tenerse en cuenta antes de recomendar su uso generalizado.

Los tratamientos orientados a los jóvenes suelen estar motivados por problemas de consumo de cannabis. Estos servicios se han abordado en el **apartado 2.1**. No obstante, los jóvenes vulnerables con problemas relacionados con el consumo de otras drogas pueden tener problemas para acceder al tratamiento o, en el caso de que existan servicios dedicados a menores de 18 años, pueden encontrar dificultades durante la transición hacia los servicios prestados a adultos. Es necesario identificar modelos de buenas prácticas y ampliar la base empírica sobre prestación de tratamiento para niños y adolescentes con problemas de drogas.

GRÁFICO 3.4.

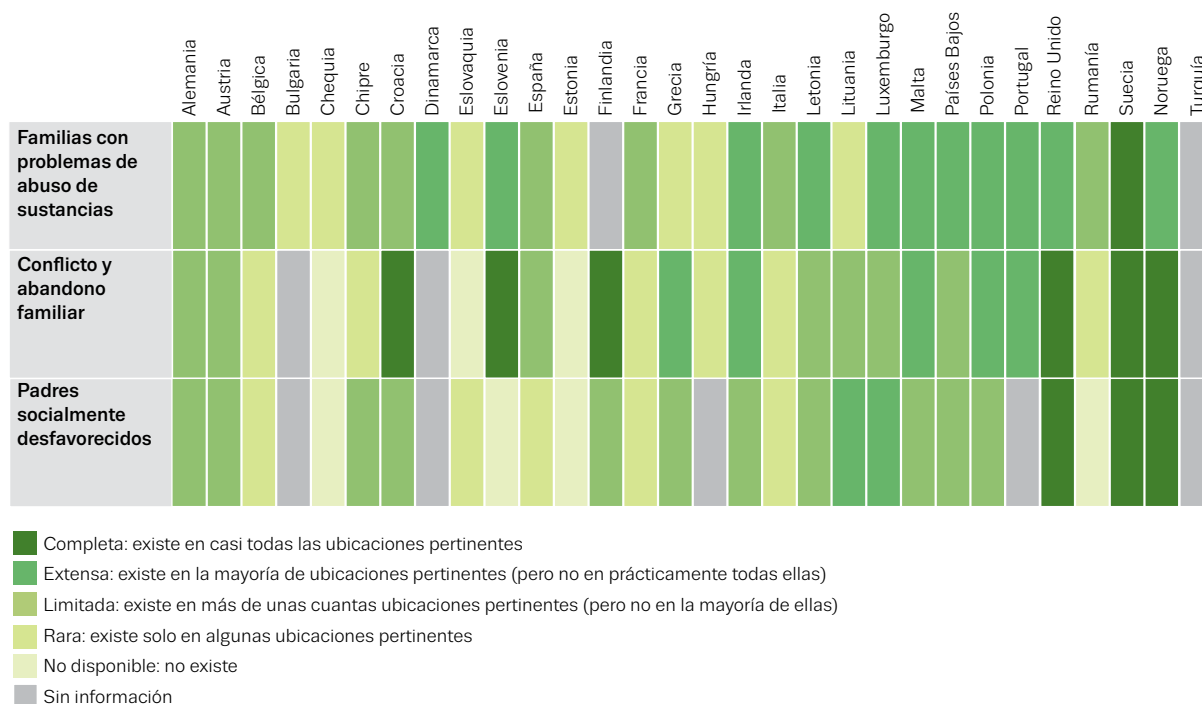
Disponibilidad de intervenciones de prevención selectivas para diferentes grupos de jóvenes vulnerables en Europa, 2015/16



La información aquí facilitada se basa en la opinión de un experto (o panel de expertos) en cada país.

GRÁFICO 3.5.

Disponibilidad de intervenciones de prevención selectivas basadas en la familia para jóvenes vulnerables en Europa, 2015/16



La información aquí facilitada se basa en la opinión de un experto (o panel de expertos) en cada país.

Qué se hace en Europa en relación con las intervenciones dirigidas a jóvenes vulnerables

Alemania, Austria, Dinamarca, España y Portugal han aplicado intervenciones de prevención selectiva para alumnos de los centros de formación profesional, que constituyen un grupo de jóvenes de elevado riesgo en lo que respecta al desarrollo de problemas relacionados con las drogas. Irlanda ha aportado un enfoque más amplio para los jóvenes en situación de riesgo y ha mejorado la alfabetización y la capacidad de cálculo de los estudiantes desfavorecidos.

En los países europeos, la aplicación de respuestas de prevención selectiva dirigida a grupos vulnerables se efectúa mediante intervenciones que abordan tanto las conductas individuales como los contextos sociales. A escala local, tales intervenciones pueden requerir la intervención de varios servicios y partes interesadas (por ejemplo, de orden social, relacionados con la familia, la juventud y la policía) y son habituales en países nórdicos y en Irlanda, así como en partes de España e Italia.

Se observa que los enfoques más disponibles son los que están dirigidos a las familias con problemas de uso

indebido de sustancias, los que prestan intervenciones para alumnos con problemas sociales y académicos y las intervenciones para jóvenes delincuentes (gráficos 3.4 y 3.5). Se conoce poco acerca del contenido real de estas estrategias de prevención y su evaluación está limitada. Con todo, los datos contenidos en las opiniones de expertos indican que las técnicas de prevención selectiva más habituales se basan en el suministro de información. Un destacado programa dirigido a jóvenes delincuentes es FreD, un conjunto de intervenciones basadas en un manual que se ha aplicado en 15 Estados miembros de la UE. Las evaluaciones que se han hecho del mismo demuestran una reducción de las tasas de reincidencia.

Aunque en la mayoría de los países existen intervenciones de prevención destinadas a familias vulnerables, las evaluaciones de los expertos de 2013 indican que su alcance es a menudo limitado. Las intervenciones basadas en la familia para familias con problemas de uso indebido de sustancias están disponibles en la mayoría de los países europeos, pero las intervenciones específicas para familias de minorías étnicas marginadas o para familias con problemas de salud mental o con problemas penales son menos habituales.



Respuesta a las necesidades de los jóvenes vulnerables: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los principales grupos vulnerables de jóvenes en Europa están constituidos por delincuentes juveniles, los jóvenes que han abandonado los estudios o están en riesgo de abandono escolar, los jóvenes con problemas académicos y sociales, los jóvenes sin hogar, los jóvenes en instituciones asistenciales, los jóvenes de grupos étnicos marginados y familias vulnerables.
- Deben facilitarse enfoques empíricos de prevención indicada y prevención selectiva al consumo de sustancias entre los jóvenes vulnerables en lugar de enfoques centrados únicamente en la concienciación y la información. Los enfoques de acercamiento (que entran en contacto con el grupo objetivo en el domicilio o en la calle) son más adecuados que los enfoques de visita (en los que se espera que las personas acudan a los servicios).
- Deben facilitarse servicios de tratamiento y reducción de daños para el pequeño grupo de jóvenes con problemas graves.

Oportunidades

- Los programas de prevención indicados centrados en las vulnerabilidades conductuales y de temperamento de origen neurobiológico son escasos en Europa, pero han mostrado efectos considerables en estudios llevados a cabo en Norteamérica. Si se amplía su prestación en Europa podrían tener un impacto significativo.

Lagunas

- Es necesario ampliar las pruebas sobre la eficacia de los servicios de tratamiento y reducción de daños para los menores de 18 años con problemas de drogodependencia graves e identificar y compartir modelos de buenas prácticas.
- Se requiere un mejor conocimiento de la disponibilidad y los niveles de prestación de servicios de tratamiento por consumo de drogas para los jóvenes con problemas de drogodependencia con el fin de identificar dónde se debe aumentar su prestación.



Otros recursos

EMCDDA

- Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic paper, 2009.
- Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review, EMCDDA Papers, 2014.
- Prevention of addictive behaviours, Insights, 2015.
- Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights, 2015.
- Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues, 2008.
- Examples of evaluated practices: EDDRA.
- E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems, Background paper, Matthijs Blankers and Ajla Mujcic.

Otras fuentes

- UNODC. *International Standards on Drug Use Prevention*.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

3.5 Familiares adultos de personas con problemas relacionados con las drogas



RESUMEN

Problemas

Las familias de las personas consumidoras de drogas pueden verse afectadas por y, a su vez, afectar de varias formas en el consumo de drogas de un familiar. Algunas son positivas y otras negativas. Este apartado se centra en los problemas experimentados por los familiares adultos de las personas con problemas relacionados con las drogas y el posible apoyo que pueden prestar las familias en relación con la implicación en el tratamiento.

Las familias de los consumidores de drogas pueden sufrir una amplia variedad de daños: preocupación y malestar psíquico que pueden causar mala salud física y mental; daños por violencia doméstica; exposición a amenazas y violencia asociadas con deudas por drogas y la participación del familiar consumidor de drogas en el mercado ilegal; la carga financiera de mantener directa o indirectamente a un consumidor de drogas; el impacto en el trabajo debido al estrés o las responsabilidades del cuidado; las tensiones en las relaciones familiares; y la pérdida de la vida social y el aislamiento.

Los familiares pueden contribuir de forma positiva dando apoyo al familiar que consume drogas y animándolo a someterse a tratamiento.

Palabras clave:

familias, cuidadores

Opciones de respuesta

- Servicios de apoyo a la familia específicos que ofrezcan ayuda y apoyo a los familiares por derecho propio.
- Apoyo a los familiares cuidadores (familiares que ejercen de progenitores de los hijos de un familiar consumidor de drogas).
- Facilitación de una atención sanitaria adecuada por parte de los médicos en la atención primaria, incluidas intervenciones basadas en pruebas, como el programa de cinco pasos.
- Evaluación adecuada de las relaciones familiares en el momento en que un consumidor de drogas inicia un programa de tratamiento y apoyo a los familiares para mejorar su contribución para lograr resultados satisfactorios.
- Cuando corresponda, intervenciones más intensivas y especializadas, como tratamiento intensivo basado en la familia, terapia conductual de parejas, terapia familiar multidimensional y enfoques basados en redes sociales.
- Apoyo en el duelo.

Perspectiva europea

- No existe información comparable sobre la disponibilidad de programas para respaldar a los familiares adultos de personas con problemas relacionados con las drogas en Europa o sobre la prestación de tratamientos basados en la familia.
- En varios países se han notificado organizaciones de defensa y apoyo de las familias encabezadas por pares.

Cuestiones sociales y de salud principales de los familiares adultos de los consumidores de drogas en Europa

Las familias de las personas que consumen drogas pueden verse afectadas y, a su vez, afectar de varias formas el consumo de drogas de un familiar. Los amigos próximos también pueden verse afectados y pueden proporcionar apoyo y, en ese caso, necesitarán las mismas respuestas que los familiares. Algunas son positivas y otras negativas. Las principales son:

- los familiares adultos de una persona con consumo problemático de drogas pueden sufrir una amplia variedad de daños sanitarios, económicos y sociales;
- las circunstancias familiares —como las socioeconómicas, el consumo de sustancias por parte de progenitores, hermanos o de la pareja— pueden incrementar el riesgo de que un familiar desarrolle problemas relacionados con las drogas o de que se agraven los problemas cuando surjan;
- el apoyo familiar puede motivar y mantener a una persona en tratamiento;
- los hijos de personas que presentan problemas con las drogas son vulnerables a una serie de daños.

En este apartado, el foco se centra en la primera de estas cuestiones y en el papel que las familias pueden desempeñar para apoyar la participación en el tratamiento. Se trata este aspecto por razones prácticas y no porque el resto sea menos importante. El impacto de las circunstancias familiares en la vulnerabilidad de los jóvenes respecto a los problemas de drogas se ha analizado en el [apartado 3.4](#), sobre jóvenes vulnerables. En el [apartado 3.2](#), en las cuestiones relativas a la prestación de servicios para madres con problemas relacionados con las drogas también se aborda el asunto complejo de la reducción de daños en hijos de personas con problemas de drogas.

Los daños que pueden sufrir los familiares adultos de una persona con problemas de drogas son:

- la preocupación y el malestar psíquico que pueden causar mala salud física y mental;
- daños por violencia doméstica;
- la exposición a amenazas y la violencia asociadas a deudas por drogas y a la participación del familiar consumidor de drogas en el mercado ilegal;
- la carga financiera de mantener directa o indirectamente a un consumidor de drogas, que puede incluir el cuidado de los hijos de un familiar afectado;
- el posible impacto en el trabajo debido al estrés o las responsabilidades adicionales del cuidado;
- las tensiones en las relaciones familiares y la pérdida de la vida social y el aumento del aislamiento que sufren como resultado del estigma asociado a tener un familiar que consume drogas.

Las repercusiones exactas del familiar del consumidor de drogas variarán en cada persona y dependen de sus propias circunstancias y de la relación con el consumidor de drogas. Por ejemplo, los progenitores del consumidor de drogas puede que deban criar a sus nietos temporalmente o de forma permanente. Los hermanos de las personas con consumo problemático de drogas se verán afectados por su caótica conducta. También pueden sentirse desatendidos por los progenitores, cuya atención se centra en el hermano que consume drogas. Puede que las parejas de las personas con problemas de drogas deban asumir toda la responsabilidad respecto a todos los aspectos de la vida familiar y, además, deban preocuparse por su pareja que consume drogas. Las parejas también pueden sentirse culpables y estar preocupadas por las consecuencias que la situación puede tener en sus hijos. En ocasiones, las familias pueden sentir la necesidad de desprenderse del consumidor de drogas, que también puede suponer un problema y ocasionar repercusiones psicológicas importantes. Independientemente de si las familias se mantienen o no unidas, el daño que sufren las relaciones puede ser profundo.

Además del apoyo diario, las familias también pueden representar una importante fuente de motivación y de ayuda económica para introducir a un familiar en un programa de tratamiento de la drogodependencia. Los estudios muestran que también puede ser ventajoso involucrar a las familias en el tratamiento. En algunos casos, las familias proporcionan el apoyo y la motivación que animan a las personas a desintoxicarse y recuperarse fuera del ámbito de tratamiento formal.

Respuestas disponibles

Los tipos de servicios y de intervenciones necesarios para apoyar a las familias incluyen los siguientes:

- Servicios de apoyo familiar específicos que proporcionan ayuda y apoyo a los familiares por derecho propio; por ejemplo, grupos de apoyo de pares, grupos de apoyo con especialistas y otros servicios. Estas respuestas pueden ser muy útiles para reducir el aislamiento social.
- Apoyo para los familiares que ejercen de cuidadores, como los abuelos que cuidan a los hijos de sus descendientes que consumen drogas.
- Los médicos que trabajan en la atención primaria deben reconocer y abordar las necesidades sanitarias de los individuos afectados por un familiar que consume drogas. Hay algunos programas para abordar las necesidades de apoyo de los familiares adultos y para ayudar a desarrollar estrategias para hacer frente a los obstáculos en varios contextos, como el programa de los cinco pasos, del cual hay cada vez más pruebas.

- La evaluación adecuada de las relaciones en la familia cuando el consumidor de drogas entra en el programa de tratamiento y después, según proceda, prestar apoyo y reconocer la contribución de los familiares en los programas de tratamiento para consumidores de drogas. Esto también podría incluir la prestación de información y de formación sobre el uso indebido de drogas, la identificación de causas de estrés, la gestión de las recaídas y el fomento de las habilidades para hacer frente a los obstáculos. Los servicios de tratamiento deben respetar la confidencialidad del paciente, pero se pueden desarrollar protocolos que permitan el apoyo familiar, si procede.
- Algunas personas necesitarán apoyo más intenso y especializado, que se prestará mediante intervenciones como la terapia intensiva basada en la familia, la terapia conductual de parejas, la terapia familiar multidimensional, el refuerzo de la comunidad y la formación familiar (CRAFT) y enfoques sobre la red social.
- Apoyo en el duelo.

Qué se hace en Europa para apoyar a las familias afectadas por los problemas relacionados con las drogas

No existe información comparable sobre la disponibilidad de programas para respaldar a los familiares adultos de

personas con problemas relacionados con las drogas en Europa.

En Irlanda, la National Family Support Network, una organización dirigida por pares, proporciona apoyo a redes de apoyo entre pares en todo el país y promueve mejoras políticas y prácticas. El problema de las deudas relacionadas con las drogas y de la intimidación se reconoce en la Irish National Drug Strategy (Estrategia nacional sobre drogas de Irlanda) y en un Drug Related Intimidation Programme (Programa de intimidación relacionada con las drogas) establecido por la policía en colaboración con la National Family Support Network.

En otros países europeos hay organizaciones nacionales similares dirigidas por pares de defensa y apoyo a las familias, como Adfam y Scottish Families Affected by Alcohol and Drugs, en el Reino Unido. El apoyo en el duelo suele ser un componente importante de la labor de estas organizaciones, y también pueden estar involucradas en las campañas o en la promoción de programas de distribución de naloxona.

Familias de personas con problemas relacionados con las drogas: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los familiares adultos de los consumidores de drogas pueden sufrir una amplia variedad de daños y requieren servicios de asistencia para afrontarlos. Estos incluyen atención sanitaria primaria para hacer frente a la ansiedad y el estrés que padecen, apoyo facilitado por pares, atención para el duelo y apoyo para los familiares cuidadores.
- Las necesidades y la posible contribución de los familiares a la eficacia del tratamiento por drogas deben reconocerse en las directrices prácticas y la política sobre drogas.

Oportunidades

- La participación de los familiares adultos de personas con problemas relacionados con las drogas en el desarrollo de políticas y prácticas, así como el apoyo facilitado por pares, pueden mejorar la prestación de servicios en general y, específicamente, para los familiares.

Lagunas

- La información sobre el alcance y la naturaleza de la facilitación de intervenciones para este grupo actualmente es limitada, y debe mejorarse la investigación y la vigilancia en este ámbito.





Otros recursos

EMCDDA

- [Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs](#), Selected issue, 2012.

Otras fuentes

- UK Drug Policy Commission. [The Forgotten Carers: Support for adult family members affected by a relative's drug problems](#), 2012.
- UK Drug Policy Commission. [Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses](#), 2009.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

4



CAPÍTULO 4

Respuestas en contextos concretos

Otro factor importante que puede influir en el consumo de drogas y en los problemas asociados es el contexto en que se consumen. El entorno también afectará a las respuestas que resultan más adecuadas. Esta perspectiva es la que se aborda en el presente capítulo.

Los contextos que se analizan son:

- centros penitenciarios y sistema de justicia penal;
- vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos;
- lugar de trabajo;
- escuelas y universidades; y
- comunidades locales.

Cada uno de estos contextos diferentes posee características únicas que hacen que resulten importantes para las respuestas a los problemas de drogas. La cantidad de información disponible sobre estos contextos varía, ya que, en la mayoría de estos ámbitos, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) no tiene sistemas de recopilación de datos establecidos.

En muchos casos, la información sobre la eficacia de las intervenciones de prevención, el tratamiento y las intervenciones de reducción de daños en estos contextos específicos es limitada. La información que se proporciona en estos casos se suele basar en un consenso de la opinión de los expertos sobre las buenas prácticas en la actualidad y, a veces, se basa en la suposición de que las intervenciones con base empírica que funcionan en otros contextos también pueden ser eficaces en los contextos aquí considerados. Sin embargo, estas suposiciones deben probarse; además la importancia de mejorar la evaluación y la supervisión para aumentar la base empírica a fin de apoyar las actividades en estos contextos es un tema recurrente.



4.1 Centros penitenciarios y sistema de justicia penal



RESUMEN

Problemas

Las personas que cometen delitos e ingresan en el sistema de justicia penal presentan mayores tasas de consumo de drogas y consumo por vía parenteral que la población general. Las personas con problemas relacionados con las drogas en el sistema de justicia penal suelen ser delincuentes reincidentes y representan una proporción significativa de los reclusos. El cumplimiento de las convenciones internacionales sobre drogas no requiere la privación de libertad como respuesta al consumo de sustancias controladas. No obstante, un número significativo de delincuentes con problemas de drogas son internados por delitos de consumo o posesión. Muchos otros son privados de libertad por otros delitos en materia de legislación sobre drogas, como hurtos para obtener dinero para adquirir drogas. Las complejas necesidades sanitarias de estas personas deben evaluarse al ingresar en el centro penitenciario.

La duración media de una condena de prisión para este grupo es de unos pocos meses, por lo que se trata de una población dinámica con contacto regular con su comunidad; esto tiene consecuencias para la salud pública. En los centros penitenciarios se consumen drogas y esto también representa un riesgo para la salud pública y la seguridad de los reclusos y los funcionarios de prisiones. El consumo de cannabinoides sintéticos es un problema emergente y preocupante en algunos países.

Palabras clave: centro penitenciario, penas alternativas, tratamiento, reducción de daños

Opciones de respuesta

Penas alternativas: Alentar a los delincuentes drogodependientes a recibir tratamiento puede ser una alternativa adecuada a la prisión. Existen pruebas razonables de la eficacia de algunos de estos enfoques, si bien no todos, en la reducción del consumo de drogas y de las recaídas. Se requieren más y mejores evaluaciones de los diferentes modelos de intervenciones.

Respuestas en los centros penitenciarios: Dos de los principios importantes para las intervenciones sanitarias en los centros penitenciarios son la equivalencia de la asistencia facilitada en la comunidad y la continuidad de la asistencia entre la comunidad y el centro penitenciario en el momento del ingreso y al recobrar la libertad. Esto implica que en los centros penitenciarios deben facilitarse todos los servicios de tratamiento, reducción de daños y prevención adecuados y también debe prestarse especial atención a la prestación de servicios en el ingreso y al recobrar la libertad.

Perspectiva europea

- El tratamiento de sustitución de opioides en centros penitenciarios se ha notificado en 28 de los 30 países controlados por el EMCDDA (los 28 Estados miembros de la UE, Noruega y Turquía).
- En los centros penitenciarios de la mayoría de los países se prestan servicios de desintoxicación, de orientación individual y en grupo, o se dispone de comunidades terapéuticas o de salas hospitalarias especiales.
- Se realizan pruebas de detección de enfermedades infecciosas en los centros penitenciarios de la mayoría de los países, si bien no es habitual el tratamiento para la hepatitis C. Dieciséis países notificaron que han puesto en marcha programas de vacunación contra la hepatitis B.
- Cuatro países notificaron programas de intercambio de agujas y jeringuillas en centros penitenciarios.
- Muchos países europeos tienen relaciones de colaboración entre los servicios sanitarios de los centros penitenciarios y los proveedores en la comunidad para garantizar la continuidad de la asistencia al ingresar y al recobrar la libertad.
- En la mayor parte de los países se adoptan medidas de preparación para la salida del centro penitenciario, incluida la reinserción social. Cinco países notificaron programas de prevención de sobredosis entre los consumidores de opioides por vía parenteral, que ofrecen formación y naloxona al abandonar el centro penitenciario.

El consumo de drogas y sus consecuencias en centros penitenciarios y en el sistema de justicia penal

Las personas que cometen delitos e ingresan en el sistema de justicia penal y en centros penitenciarios presentan mayores tasas de consumo de drogas en su vida y pautas de consumo más nocivas (incluido el consumo por vía parenteral) que la población general. Por eso los centros penitenciarios y el sistema de justicia penal son contextos importantes para las intervenciones relacionadas con las drogas.

El consumo de drogas se puede relacionar con la delincuencia de varias maneras: el consumo o la posesión constituyen delitos contra la legislación en materia de drogas; pueden cometerse delitos, como el suministro de drogas, para obtener drogas o financiar su compra; se pueden cometer delitos bajo la influencia de las drogas; y también hay delitos que están vinculados al tráfico de drogas, como la violencia entre distintos grupos de traficantes. Las personas que consumen drogas suelen cometer los delitos de los tres primeros grupos. La mayor parte de los delitos registrados relacionados con la legislación en materia de drogas en la mayoría de los países de la UE están relacionados con el consumo o la posesión de cannabis, mientras que las personas con pautas de consumo problemáticas suelen entrar en el sistema de justicia penal por delitos contra la propiedad, como hurto, robo y allanamiento de morada con robo, para financiar su consumo de drogas. Este último grupo suele ser reincidente y puede representar una proporción significativa de la población penitenciaria.

Las convenciones internacionales sobre drogas reconocen que las personas con problemas de drogodependencia necesitan apoyo sanitario y social y tienen en cuenta penas alternativas para ayudarles a tratar sus problemas de consumo de drogas. Sin embargo, se priva de libertad a muchos consumidores problemáticos de drogas. Los reclusos que consumen drogas presentan necesidades sanitarias complejas que tienen consecuencias en las respuestas en el momento de la entrada en el centro, durante la reclusión y tras ser liberados. La duración media de una condena de prisión para este grupo es de unos pocos meses, por lo que se trata de una población dinámica con contacto regular con su comunidad; esto tiene consecuencias para la salud pública. En los centros penitenciarios se consumen drogas y esto también representa un riesgo para la salud pública y la seguridad de los reclusos y los funcionarios de prisiones. Por ello, la evaluación del consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas deben constituir una parte importante de los exámenes médicos en el momento de entrar en el centro penitenciario.

El coste económico que supone para los gobiernos la reclusión de delincuentes, cuyos delitos están relacionados con las drogas, es elevado. Hacer una estimación de estos costes resulta difícil porque muchos se esconden tras el gasto global de los centros. Se ha estimado de forma indicativa que entre 2006 y 2010, en 22 países cuyos datos están disponibles, el gasto en delincuentes relacionados con delitos por drogas en centros penitenciarios representaba entre el 0,06 % y el 0,9 % del gasto público total. Esto es una estimación demasiado baja del coste global de la reclusión derivada de todos los delitos relacionados con las drogas porque los delitos contra la legislación en materia de drogas solo representan un tipo de delito por drogas, y no incluyen los costes de delitos cometidos bajo la influencia de las drogas, delitos cometidos para obtener drogas o pagarlas, y delitos violentos cometidos durante el suministro, la distribución y el consumo de drogas.

Una cuestión de especial preocupación en algunos países es el creciente consumo de cannabinoides sintéticos en los centros penitenciarios. Puede que se deba a que estas sustancias no se suelen detectar en los controles aleatorios de drogas que se realizan en los centros penitenciarios de algunas jurisdicciones, o a que son más baratas que otras drogas y más fáciles de introducir ilegalmente en los centros penitenciarios (véase «[Foco sobre los cannabinoides sintéticos](#)», página 81).

Respuestas a los problemas de drogas en los centros penitenciarios y el sistema de justicia penal

Penas alternativas

Hay muchos tipos diferentes de penas alternativas que pueden aplicarse en las distintas fases del proceso judicial penal, desde la detención hasta la sentencia. Un reciente estudio financiado por la Comisión Europea llevado a cabo por RAND Europe identificó trece tipos diferentes de penas alternativas (o, tal como ellos las describen, alternativas a las multas coercitivas) disponibles en los 28 Estados miembros de la UE. Estas comprendían desde una simple advertencia, amonestación o ningún tipo de acción hasta una serie de opciones que generalmente implicaban algún tipo de tratamiento por drogodependencia.

Estas eran:

- advertencia/amonestación/ninguna acción;
- medidas alternativas;
- comités disuasorios de la adicción a las drogas;

- suspensión de la investigación/acción penal con un elemento de tratamiento;
- suspensión del proceso judicial con un elemento de tratamiento;
- suspensión de la pena con un elemento de tratamiento;
- tribunal especializado en drogas;
- tratamiento de la drogodependencia;
- libertad vigilada con un elemento de tratamiento;
- trabajos comunitarios con un elemento de tratamiento;
- restricción de la libertad con un elemento de tratamiento;
- custodia intermitente/libertad con un elemento de tratamiento; y
- libertad condicional/libertad anticipada con un elemento de tratamiento.

Se considera que las penas alternativas pueden reducir los daños relacionados con las drogas derivando a los delincuentes con problemas de drogas a programas que puedan ayudarles a tratar dichos problemas, que a menudo son la causa de sus delitos. También permiten evitar las

perjudiciales consecuencias de las condenas penales y, posiblemente, penas de prisión y los costes asociados para el estado. Sin embargo, la base empírica de estos programas es escasa porque se han realizado pocas evaluaciones. Cuando se han hecho evaluaciones, ha sido sobre todo fuera de Europa con, por lo general, diseños deficientes.

A fin de entender qué tipos de penas alternativas aplicados en Europa son más eficaces y para qué grupos de delincuentes, se requiere información sobre los objetivos principales de estos programas, el alcance de su uso y los resultados alcanzados. Solo con estos datos será posible comparar los posibles costes y beneficios de las alternativas a la reclusión en relación con otras sanciones.

Respuestas en los centros penitenciarios

En general, cuando existen pruebas, se apoya el uso de intervenciones que resulten eficaces para tratar los problemas de drogodependencia en la comunidad, también en los centros penitenciarios. En efecto, pueden ser especialmente importantes porque los centros penitenciarios son entornos de elevado riesgo.



Visión general de las pruebas sobre... las intervenciones en los centros penitenciarios y el sistema de justicia penal



El tratamiento de sustitución de opioides protege a los reclusos con dependencia de los opioides del riesgo de morir en los centros penitenciarios.



El tratamiento de sustitución también es importante en el centro penitenciario a la hora de reducir las conductas de riesgo de consumo parenteral.



Para prevenir las muertes por sobredosis en el período justo posterior a la salida del centro penitenciario, es importante que exista una continuidad del tratamiento en la comunidad.



Los programas judiciales contra la drogodependencia (en los Estados Unidos, donde se ha realizado la gran mayoría de los estudios) pueden ayudar a las personas a lograr la independencia económica y encontrar empleo o recibir educación, con la consecuente reducción de las recaídas.



Existen pruebas de que los programas que incluyen un tratamiento casi coercitivo que alejan a las personas con problemas de drogodependencia del sistema de justicia penal pueden ser tan eficaces como el tratamiento voluntario.



Los tratamientos psicosociales reducen las tasas de reinternamiento en las delincuentes consumidoras de drogas.



Para los delincuentes con dependencia de los opioides, el uso de naltrexona parece ser útil para reducir sus tasas de reinternamiento.



Las intervenciones educativas y formativas que facilitan naloxona para el consumo en el domicilio disminuyen las muertes por sobredosis después de la salida del centro penitenciario.

Dos de los principios importantes para las intervenciones sanitarias en los centros penitenciarios son la equivalencia de la asistencia facilitada en la comunidad y la continuidad de la asistencia antes y después del ingreso en el centro penitenciario. Los principios de derechos humanos también deben respetarse: deber haber un trato humano, acceso a la asistencia, consentimiento y confidencialidad del paciente, y asistencia humanitaria para los individuos más vulnerables.

El principio de equivalencia de la asistencia obliga a los servicios sanitarios de los centros penitenciarios a proporcionar a los reclusos asistencia de la misma calidad que la que se presta para el público en general en el mismo país, incluidas las intervenciones de reducción de daños, como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y el tratamiento de la drogodependencia. Los obstáculos, ya sean jurídicos o estructurales, deben superarse para garantizar un tratamiento de alta calidad y la asistencia para reclusos.

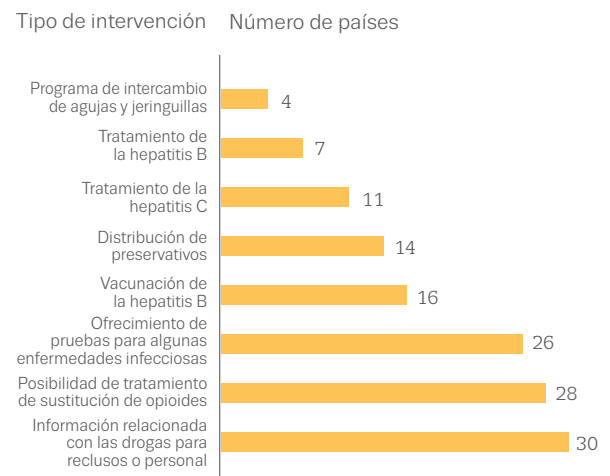
La continuidad de la asistencia entre los servicios en la comunidad y en el centro penitenciario se aplica tanto al ingreso en el centro como a la salida del mismo. También se debe aplicar al tratamiento de la drogodependencia, incluido el tratamiento de sustitución de opioides y todos los tipos de asistencia sanitaria. Muchos países europeos cuentan con modalidades de colaboración entre los servicios penitenciarios de salud y los servicios sanitarios en la comunidad para facilitar las intervenciones de educación de la salud y de tratamiento en los centros penitenciarios y garantizar la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad.

Para satisfacer estos requisitos básicos, los trámites de ingreso en los centros penitenciarios deben incluir sistemas para identificar individuos con necesidades de tratamiento elevadas inmediatamente en el momento de llegar. Además, deben realizarse evaluaciones y revisiones de necesidades adecuadas para garantizar que los tratamientos se ajusten a las necesidades individuales. En casos en que la desintoxicación sea apropiada, debe gestionarse adecuadamente. La gestión de la desintoxicación intensa puede incluir el tratamiento sintomático de los síntomas de abstinencia y puede aprovechar el uso de herramientas clínicas para controlar los síntomas.

La prestación de programas universales de análisis voluntario para una serie de infecciones (virus de transmisión hemática, infecciones de transmisión sexual y tuberculosis) al entrar en el centro penitenciario, y cuando

GRÁFICO 4.1.

Disponibilidad de intervenciones de reducción de daños en centros penitenciarios en Europa, 2015/16



Nota: Los países son los 28 Estados miembros de la UE, Noruega y Turquía.

sea necesario prestar tratamiento rápido, puede reducir la propagación de enfermedades infecciosas en el centro penitenciario y, a la larga, en la comunidad en general (véase el apartado 2.4). La prestación de formación al personal sanitario del centro penitenciario sobre enfermedades contagiosas y el fomento de la realización de análisis pueden aumentar la detección de casos y la aplicación de estos programas.

Qué se hace en Europa para responder a los problemas de drogas en los centros penitenciarios y en el sistema de justicia penal

En cada Estado miembro de la UE hay penas alternativas disponibles y todas incluyen, como mínimo, una opción de tratamiento de la drogodependencia. La mayoría están disponibles en el momento de la sentencia, en lugar de en una fase anterior al proceso de justicia penal. El alcance en el que se utilizan varía mucho. A menudo, las restricciones de elegibilidad excluyen a muchas de las personas que podrían aprovecharlas. Esto indica que se deben revisar y, en su caso, ajustar las normas que son demasiado restrictivas. Otro obstáculo para el uso de penas alternativas es la percepción de su ineficacia o su reducida aceptación pública entre el sistema judicial. En este caso, estaría justificado invertir en estudios para disponer de una base empírica más sólida.

Muchos países cuentan con modalidades de colaboración entre los servicios penitenciarios de salud y los servicios sanitarios en la comunidad para garantizar la prestación de programas de educación de la salud y de tratamiento en los propios centros, y la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad. En centros penitenciarios de 28 de los 30 países controlados por el EMCDDA se presta algún tratamiento de sustitución de opioides, aunque la cobertura no es completa. En la mayoría de los países también se prestan servicios de desintoxicación, de orientación individual y en grupo, y se dispone de comunidades terapéuticas o de unidades hospitalarias especiales (gráfico 4.1).

La detección de enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC y tuberculosis) está disponible en centros penitenciarios

de la mayoría de los países, si bien puede estar limitada a, por ejemplo, el análisis del VIH y la tuberculosis al entrar en el centro, mientras que la detección de las hepatitis está limitada a las personas que presentan síntomas. El tratamiento para la infección del VHC solo está disponible en 11 países, y los nuevos tratamientos más eficaces puede que no se estén utilizando. Dieciséis países notificaron que han puesto en marcha programas de vacunación contra la hepatitis B. La prestación de instrumentos limpios para la inyección es menos habitual, solo 4 países declaran tener programas de jeringuillas en este contexto, y únicamente 3 países comunican las cifras de la distribución real de jeringuillas. Los enfoques, el grupo objetivo y las modalidades de medidas de reducción de daños en centros penitenciarios varían en cada país.



Respuestas en los centros penitenciarios y en el sistema de justicia penal: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los principios de equivalencia y continuidad asistencial obligan a facilitar la misma gama de intervenciones empíricas tanto a las personas con problemas de drogodependencia en los centros penitenciarios como a aquellas en la comunidad, prestadas por personal dotado de la formación adecuada para tratar las adicciones (ya sea el personal del centro penitenciario como profesionales externos) y mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento; esto es especialmente importante en el caso de los reclusos internados durante breves períodos.
- La preparación para la salida del centro penitenciario debe incluir actividades destinadas a apoyar la reinserción social y la formación sobre cómo prevenir las sobredosis: debería tenerse en cuenta el suministro de naloxona para su consumo a domicilio.
- Las penas alternativas están reconocidas en las convenciones internacionales como una opción potencialmente útil en el caso de los delincuentes con problemas de drogodependencia.

Oportunidades

- Los entornos penitenciarios pueden ser una oportunidad para influir significativamente en la morbilidad, la mortalidad y la salud pública. En primer lugar, implicando en el tratamiento a las personas con problemas de dependencia de los opioides, puede reducirse el consumo ilegal de opioides y las conductas de riesgo en los centros penitenciarios, así como los riesgos de sobredosis al recobrar la libertad. En segundo lugar, facilitando pruebas de detección de enfermedades infecciosas para todos en el momento del ingreso en el centro penitenciario y realizar un seguimiento del tratamiento cuando corresponda.
- Incrementar el uso de penas alternativas a la prisión mediante la revisión de las normativas que regulan su aplicación y abordar las posturas públicas y profesionales en relación con su utilización puede mejorar los resultados a largo plazo y reducir los gastos inherentes al sistema de justicia penal.

Lagunas

- Las directrices de Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud recomiendan la aplicación de medidas de reducción de daños (programas de intercambio de agujas y jeringuillas, distribución de preservativos, tatuajes seguros) en el centro penitenciario, si bien actualmente son poco frecuentes. Aumentar el uso de estos programas podría contribuir enormemente a la mejora de la salud.
- Hacen falta estudios para mejorar la base empírica en relación con las penas alternativas, prestando especial atención a los grupos que más pueden beneficiarse de estas y a las etapas del proceso de justicia penal en las que deben aplicarse.

En la mayor parte de los países se adoptan medidas de preparación al recobrar la libertad, incluida la reinserción social. En varios países existen programas de reducción del elevado riesgo de muerte por sobredosis de drogas en los consumidores de opioides por vía parenteral en el período posterior a la salida del centro penitenciario. Estos programas incluyen formación e información sobre la reducción del riesgo de sobredosis y, en algunos casos, el suministro de naloxona a la salida del centro penitenciario.

el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) para crear una guía sobre salud pública con base empírica para la prevención y el control de enfermedades contagiosas en centros penitenciarios. Como parte de esta labor, se han publicado o están en prensa revisiones sistemáticas de la base empírica relativa a la tuberculosis y a la detección de casos activa. Otros temas que deben incluirse en el futuro son la vacunación y la prevención de infecciones de transmisión hemática.

Como respuesta al problema de las infecciones en los centros penitenciarios, el EMCDDA está colaborando con



Otros recursos

EMCDDA

- Portal de buenas prácticas.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.
- Prisons and drugs: prevalence, responses and alternatives to imprisonment, Thematic page.
- Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issue, 2012.
- Estimating public expenditure on drug-law offenders in prison in Europe, EMCDDA Papers, 2014.
- Alternatives to punishment for drug-using offenders, EMCDDA Papers, 2015.
- Health and social responses to drug problems in prisons, Ciara Guiney, background paper.

Otras fuentes

- OMS. Prisons and health, 2014.
- ECDC. Systematic review on the diagnosis, treatment, care and prevention of tuberculosis in prison settings, 2017.
- Comisión Europea. Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes, 2016.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

4.2 Vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos



RESUMEN

Problemas

El consumo de drogas y alcohol en entornos recreativos nocturnos, como bares, discotecas y otros locales de ocio, está asociado a problemas sanitarios y sociales, como daños graves para la salud, comportamiento agresivo y violencia y conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol y las drogas. También se asocia con adicciones y efectos para la salud a un plazo más prolongado. Las consecuencias sociales adversas pueden incluir el tráfico de drogas y las alteraciones del orden público. Dado que muchos de estos daños están asociados con un consumo excesivo en una ocasión concreta, muchas de las respuestas pretenden reducir las cantidades de alcohol y drogas consumidas.

Palabras clave:

contextos de

vida nocturna,

contextos

recreativos,

festivales, jóvenes,

control de drogas

Opciones de respuesta

La mayoría de las pruebas sobre las respuestas en los entornos recreativos hacen referencia al alcohol. Son pocas las intervenciones orientadas al consumo de drogas en entornos recreativos que se han evaluado exhaustivamente.

Existe la posibilidad de facilitar *material informativo sobre prevención o reducción de daños* a los jóvenes en entornos recreativos. Los pares educadores que divulgan este tipo de información podrían contar con una mayor credibilidad. Estas actividades pueden estar respaldadas por sitios web y aplicaciones que faciliten información más detallada sobre drogas, alcohol, daños relacionados, así como consejos sobre cómo evitarlos. No obstante, las pruebas de los efectos en el cambio conductual derivado de estas intervenciones son escasas.

Las *estrategias ambientales* disponen de una mejor base empírica. Este enfoque incluye medidas orientadas a factores que promueven el consumo excesivo (por ejemplo, descuentos en bebidas, música estridente y malas prácticas de servicio) o que crean espacios y locales más seguros (por ejemplo, reducir las aglomeraciones, ofrecer salas de descanso y agua gratis, servir comida, aplicar normas de conducta y de acceso).

Los *servicios de control de drogas* (en ocasiones denominados «análisis de pastillas») permiten analizar químicamente las drogas sintéticas de los consumidores de forma individualizada y facilitarles información sobre la composición de las muestras, así como recomendaciones y, en algunos casos, asesoramiento o intervenciones breves. La eficacia de este enfoque para la modificación de la conducta no está clara, pero puede ser una oportunidad valiosa para lograr la participación de los consumidores de drogas, así como a efectos de la vigilancia del consumo de drogas.

Perspectiva europea

En Europa se utilizan diversos enfoques ambientales y normativos para abordar los problemas relacionados con el consumo de las sustancias en los entornos recreativos nocturnos y otros entornos recreativos. Estos incluyen normas de tolerancia cero, medidas reglamentarias contra locales que presentan problemas evidentes, formación del personal de acceso y de seguridad, medidas sanitarias y de seguridad y formación para reconocer y responder frente a las urgencias relacionadas con las drogas y el alcohol. Actualmente se utilizan enfoques empíricos de prevención ambiental estructurados en un mayor número de países, como las coaliciones reglamentarias a nivel local entre la policía, el sector del ocio nocturno y los servicios (prevención y reducción de daños). Dos proyectos europeos, el Nightlife Empowerment and Well-Being Implementation Project (NEWIP) (Proyecto de implementación para el bienestar y la capacitación en los entornos recreativos nocturnos «NEWIP») y el Club Health Project (Proyecto de salud en las discotecas) están desarrollando directrices en materia de buenas prácticas para las personas que trabajan en este ámbito.

El número de servicios de análisis de drogas en Europa está aumentando. Utilizan varios modelos diferentes, incluidos centros de análisis externos e internos en festivales y discotecas. Deben investigarse los efectos de los diferentes modelos de análisis de drogas.

Problemas relacionados con las drogas en contextos de vida nocturna

Los bares, las discotecas y otros locales recreativos ofrecen a los jóvenes europeos la oportunidad de esparcirse y socializar. Los grandes festivales que se celebran en los meses de verano atraen a miles de visitantes, entre los cuales el consumo de drogas es mucho más frecuente que entre la población general.

Además del consumo de drogas ilegales, el consumo excesivo de alcohol también es habitual en estos contextos recreativos. Un estudio realizado en nueve ciudades europeas estimó que casi tres cuartas partes de las personas que frecuentan locales de vida nocturna se habían embriagado al menos una vez durante las cuatro últimas semanas. Las encuestas realizadas en escuelas muestran que la mayoría de los estudiantes de entre 15 y 16 años que consumieron MDMA/éxtasis durante el último mes también habían consumido cinco o más bebidas alcohólicas al menos una vez, lo que subraya el fuerte vínculo entre el consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes.

El consumo de drogas y alcohol en contextos de vida nocturna guarda relación con una serie de problemas sanitarios y sociales. Estos incluyen riesgos de salud graves y otros problemas, como intoxicación aguda, pérdida del conocimiento y lesiones accidentales, conductas agresivas y violencia, sexo inseguro y no deseado, y la conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas. Las consecuencias adversas del consumo prolongado de alcohol y drogas

pueden incluir daños en el hígado y el cerebro y adicción. Las consecuencias sociales adversas pueden incluir el tráfico de drogas y las alteraciones del orden público.

La mayoría de estos daños se asocian a los «atracones», es decir, al consumo excesivo en una ocasión en particular. Como resultado, muchas respuestas se dirigen a la reducción de la cantidad de drogas y alcohol consumidos. Existe preocupación porque, en muchos países, el consumo de drogas en estos contextos se considera, cada vez más, algo habitual, y los riesgos asociados al consumo de drogas tienden a subestimarse. Otra causa de preocupación es la creciente disponibilidad de una mayor variedad de sustancias, muchas de las cuales presentan contenidos y efectos psicoactivos desconocidos.

Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en contextos de vida nocturna

La mayoría de las pruebas sobre las respuestas en los entornos recreativos hacen referencia al consumo de alcohol y los daños relacionados. Las pruebas sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas al consumo de drogas en estos contextos están aumentando. No obstante, pocas intervenciones han sido objeto de una evaluación rigurosa. A pesar de estas limitaciones, algunas lecturas de las pruebas sobre respuestas al consumo de alcohol y sus daños pueden ser útiles a la hora de considerar los problemas relacionados con las drogas.

Buenas prácticas en las respuestas a los problemas relacionados con las drogas en los contextos recreativos nocturnos

Las pruebas científicas disponibles y las opiniones de los expertos sugieren que es necesario un enfoque equilibrado para tratar los problemas sociales y sanitarios relacionados con el alcohol y las drogas asociados con los contextos recreativos nocturnos. Menor es el consenso en relación con las medidas individuales, aunque todos los elementos que se mencionan a continuación merecen ser considerados como parte de una respuesta integral en este ámbito:

- intervenciones coordinadas de varios componentes que involucren a las partes interesadas de la comunidad, los servicios sanitarios en general y de emergencias, las instituciones reguladoras y la elaboración de políticas y ejecución de leyes;
- estrategias ambientales, como ofrecer salas de descanso o agua gratis;
- formación del personal de estos locales;
- medidas de respuesta rápida frente a emergencias;
- sistemas de alerta temprana y vigilancia de las sustancias que se consumen, incluidos servicios de análisis de drogas;
- facilitación de materiales de prevención y reducción de daños, aunque por sí solos es poco probable que sean eficaces.

En general, las pruebas de la eficacia de las intervenciones orientadas a reducir los daños relacionados con el alcohol son más sólidas que las orientadas a reducir los daños relacionados con las drogas.



Las Healthy Nightlife Toolbox (Herramientas para una vida nocturna sana) están disponibles en la dirección: <http://www.htinfo.eu/> Se componen de tres bases de datos: intervenciones evaluadas, bibliografía sobre estas intervenciones y otra bibliografía en el ámbito de la prevención del alcohol y las drogas en la vida nocturna. Los tipos principales de intervenciones disponibles se describen brevemente a continuación.

Educación/información para participantes de la vida nocturna

Se puede proporcionar a los jóvenes que participan en actividades de la vida nocturna material de información sobre prevención y reducción de daños, como folletos y pasquines sobre la intoxicación y los daños relacionados. La educación por homólogos puede resultar de ayuda para divulgar información veraz sobre los daños y la reducción de daños a los jóvenes en estos contextos. Estas actividades de prevención pueden estar respaldadas por sitios web y aplicaciones que faciliten información más detallada sobre drogas, alcohol, daños relacionados y consejos sobre cómo evitarlos. También se puede adoptar la promoción de las estrategias de reducción de daños que abordan algunos daños esenciales, como la conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas (por ejemplo, proyectos sobre designación del conductor). Sin embargo, las pruebas derivadas de estudios realizados indican que la prestación de información por sí misma no resulta una opción eficaz para la reducción de problemas relacionados con el alcohol y las drogas, y que los enfoques de comunicación de riesgos todavía exigen más investigación y desarrollo.

Hay acuerdo respecto a la importancia de prestar información adecuada sobre diferentes sustancias, sus riesgos asociados y las vías para minimizar los daños. No obstante, las estrategias de comunicación de riesgos deben garantizar que la información comunicada permita a las personas tomar decisiones que minimicen las consecuencias adversas, al tiempo que se evita utilizar terminología que pueda aumentar el aliciente de las drogas peligrosas. Se corre el riesgo de que algunas personas puedan, deliberadamente, buscar sustancias que se hayan identificado como de alto contenido y potencia elevada. Comprender la forma de comunicar los riesgos de manera que se ejerza el efecto deseado en la conducta y se eviten las consecuencias negativas no deseadas resulta una necesidad de investigación importante.

Análisis de drogas

En la Unión Europea, el análisis de las drogas es una intervención orientada a la reducción de daños que suscita polémica en el caso de las drogas ilegales (véase «Foco sobre el análisis de drogas», página 139). Mientras que el análisis puede proporcionar a los consumidores información sobre las sustancias que consumen, los detractores temen que en los consumidores se genere la falsa confianza de que las drogas analizadas pueden consumirse de manera segura. Es complicado abordar esta cuestión por los distintos enfoques analíticos utilizados para el análisis y por las dificultades técnicas para proporcionar análisis químicos rápidos y precisos de las sustancias y las mezclas que se venden en el mercado ilegal de las drogas. Existe en Europa una variedad de programas de análisis de drogas; entre los más antiguos se encuentra el Drug Information and Monitoring System (DIMS) (Sistema de control e información de drogas «DIMS») de los Países Bajos. El servicio ofrece a los consumidores información sobre el contenido de la droga y proporciona un mensaje de prevención, basado en información científica, sobre los contenidos químicos de la muestra de la droga. El DIMS también publica información cualitativa sobre los cambios en el contenido de las muestras de droga en los Países Bajos. Están surgiendo servicios de análisis de drogas sobre el terreno en varios países de la UE en festivales y discotecas, y muchos brindan la oportunidad de practicar intervenciones breves con personas que normalmente no se implican en los servicios o no consideran su consumo de drogas problemático.

Todavía no está claro en qué medida los consumidores modifican su consumo de drogas tras conocer la información sobre el contenido de sus pastillas. No obstante, el análisis de drogas proporciona una oportunidad para acercarse a personas que normalmente no participan en servicios o que no consideran problemático su consumo de drogas. También aporta información útil a efectos de control de las drogas. En ocasiones se emiten alertas, por ejemplo, cuando se detecta un tipo de pastilla de MDMA de potencia muy elevada, aunque es preciso trabajar más a fondo para entender el impacto sobre la conducta que encierra este enfoque. Debido a los cambios en el mercado europeo de la droga y al creciente interés en estos enfoques, la evaluación del efecto de los diferentes modelos de análisis de drogas debe considerarse una prioridad.



Foco sobre... El análisis de drogas

¿Qué es el análisis de drogas o el análisis de pastillas?

Los servicios de análisis de drogas permiten analizar químicamente las drogas sintéticas de los consumidores de manera individualizada y facilitarles información sobre la composición de las muestras, así como recomendaciones y, en algunos casos, asesoramiento o intervenciones breves. Los objetivos del servicio varían, y van desde la recopilación de información hasta la reducción de daños, informando y advirtiendo a los consumidores sobre las drogas presentes en el mercado. Las técnicas analíticas utilizadas también varían: desde la tecnología sofisticada capaz de proporcionar información sobre la fuerza y el contenido de las sustancias hasta los kits de autoanálisis que simplemente muestran la presencia o ausencia de una droga en particular (véase el gráfico). Los análisis se realizan en laboratorios fijos, a los que las personas y las organizaciones pueden entregar las drogas para su análisis (cuyos resultados se obtienen días después), y laboratorios móviles en festivales o discotecas, que proporcionan resultados casi inmediatos.

Un aspecto importante de los servicios de análisis de drogas es la forma de comunicar los resultados a los individuos y si se acompañan de asesoramiento en materia de reducción de daños o breves intervenciones.

Una ilustración de la variedad de modelos de análisis de drogas disponibles y sus ventajas relativas



¿Qué se sabe sobre la eficacia de los análisis de drogas?

Los servicios de análisis de drogas provocan controversia. Sin duda han aportado una contribución valiosa a los sistemas de alerta temprana de la Unión Europea. No obstante, las pruebas de su impacto sobre el consumo de drogas o sobre las conductas de riesgo siguen siendo limitadas. Los defensores arguyen que hay ejemplos de casos en los que la información proporcionada por los servicios de análisis de drogas ha tenido un efecto positivo sobre la salud pública y que el análisis de drogas posiblemente pueda reducir los daños si se implica a los jóvenes que consumen drogas con fines recreativos y que no acuden a los servicios existentes; la identificación de las drogas que contienen sustancias químicas no deseadas o desconocidas permite una respuesta de salud pública temprana; y el análisis de drogas puede evitar las sobredosis mediante la prestación de información sobre la potencia. Por otro lado, los detractores indican que el análisis de drogas puede transmitir un falso sentimiento de seguridad porque la fiabilidad de algunos de los enfoques de análisis utilizados es cuestionable; puede dar la impresión de que el consumo de drogas es normal y aceptable, y puede debilitar las labores de prevención; y que los consumidores de drogas continuarán consumiendo independientemente de los resultados.

Continúa en la página siguiente.

Foco sobre... El análisis de drogas (continuación)

La falta de estudios sólidos y las dificultades para efectuar generalizaciones por parte de los distintos enfoques y modelos utilizados complican cualquier evaluación de estos argumentos. Sin embargo, dada la creciente importancia de las drogas sintéticas en el mercado europeo, incluidos los opioides sintéticos de alta potencia, cualquier respuesta que pueda reducir los riesgos merece ser considerada y evaluada meticulosamente.

Análisis de drogas en Europa: desafíos para el futuro

Debe evaluarse el impacto de los diferentes modelos de servicios de análisis de drogas a fin de identificar los mejores modelos para distintas finalidades (por ejemplo, alerta temprana frente a reducción de daños). En especial, el efecto sobre la conducta de los análisis de drogas requiere particular investigación. Esta investigación debe prestar especial atención a la comunicación de riesgos, y un enfoque sobre perspectivas conductuales puede resultar útil.

Deben abordarse las cuestiones jurídicas relativas al manejo de sustancias controladas, ya que muchos países no aceptan el análisis de drogas como una razón para conceder una excepción legal a la legislación en materia de control de drogas, independientemente del objetivo. Esta cuestión también engloba a los usuarios de los servicios de análisis de drogas, al personal y a los propietarios de los contextos recreativos en los que se efectúan los análisis. La estrecha colaboración con la policía es siempre recomendable.

Los cambios en el consumo de drogas y en los mercados suponen desafíos para el análisis de drogas y las respuestas asociadas:

- El análisis de drogas minucioso requiere equipo de laboratorio avanzado y sofisticado, si bien se están desarrollando técnicas más simples y económicas. Además, el análisis de nuevas sustancias psicotrópicas exige conocimientos de su química y bases de datos espectrales. La coordinación entre servicios de análisis de drogas, de los ámbitos académico y forense podría maximizar el valor obtenido de la inversión en estos servicios.
- Incluso cuando se identifican las sustancias, los riesgos de su consumo pueden seguir siendo desconocidos. El policonsumo complica aún más el asesoramiento relacionado con el análisis de drogas porque las interacciones entre drogas son muchos menos predecibles que los riesgos de consumir únicamente una droga.

Véanse el documento de referencia [Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges](#) y las [directrices NEWIP](#).

Estrategias ambientales

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas también pueden verse exacerbados por el entorno físico y social de los locales de entretenimiento. Un ambiente permisivo, caracterizado, por ejemplo, por la tolerancia frente a las conductas en estado ebrio, los descuentos en bebidas, la escasa higiene, las aglomeraciones, la música estridente y las malas prácticas de servicio, puede promover mayores niveles de embriaguez y esto también puede extenderse también al consumo de drogas. Las estrategias ambientales sobre las que hay pruebas de un efecto positivo incluyen la creación de espacios y locales más seguros mediante la reducción de las aglomeraciones; ofrecer salas de descanso y relajación; servir comida; aplicar las normas claras por parte del local en lo que se refiere a la conducta; y evitar el acceso de menores. Garantizar agua potable gratis en los locales donde se consumen drogas como la MDMA/éxtasis es una forma de prevenir la deshidratación.

Formación del personal y disponibilidad de servicio de primeros auxilios

La formación para camareros, el personal de acceso y otros trabajadores de locales de ocio combina información y capacitación. Los ámbitos cubiertos pueden incluir legislación en materia de alcohol, los efectos psicoactivos del consumo de alcohol y drogas, los vínculos entre el alcohol y la violencia, primeros auxilios, cómo denegar el servicio a los pacientes embriagados, gestión de conflictos y respuesta al tráfico de drogas en el local. Las pruebas de la eficacia de la formación del personal para prevenir los daños relacionados con el alcohol y las drogas son inconcluyentes, en parte, por los elevados índices de rotación de personal en estos locales.

Los servicios de primeros auxilios sanitarios pueden dar lugar a la rápida identificación y respuesta a las emergencias en materia de drogas, y posiblemente salvar vidas y disminuir el tiempo de traslado a las urgencias de los hospitales. Existen directrices europeas para responder a las emergencias graves en contextos de vida nocturna.

Enfoques coordinados de varios componentes

La colaboración entre partes interesadas puede facilitar la aplicación de intervenciones eficaces en la vida nocturna. Estas colaboraciones, entre instituciones locales, propietarios o gerentes de locales, la policía y las autoridades sanitarias, aspiran a movilizar a las comunidades mediante la concienciación de los daños y el apoyo de las partes interesadas y el público a las medidas preventivas. El número de intervenciones comunitarias evaluadas está aumentando lentamente. Las intervenciones de múltiples componentes pueden repercutir en los niveles de violencia, de alcoholismo y de accidentes en la vía pública. Cuando tal es el caso, el liderazgo, la continuidad de las intervenciones y la financiación son fundamentales para el éxito.

Medidas legislativas

Las intervenciones comunitarias de varios componentes abordan mejor los problemas como el consumo de alcohol de menores, la violencia dentro o fuera de los locales de ocio nocturno y la conducción bajo los efectos del alcohol; estas intervenciones incluyen servicios de prevención, supervisores, la industria del ocio nocturno, así como la policía y la aplicación de medidas normativas adecuadas. Estas pueden incluir visitas de la policía a locales de vida nocturna de alto riesgo, controles de verificación de edad

a la entrada de los locales, y el uso de sanciones (por ejemplo, revocación de licencias de funcionamiento) para aplicar la legislación en materia de licencias. Estas medidas han demostrado su eficacia para reducir los problemas relacionados con el alcohol, pero sus efectos positivos disminuyen rápidamente si no se realizan regularmente y si no están vinculados a medidas disuasorias reales, como la pérdida de la licencia por incumplimiento. También pueden provocar el desplazamiento de las actividades a otros lugares y otros contextos.

Qué se hace en Europa para responder a los problemas de drogas en los contextos de vida nocturna

Algunos proyectos europeos han elaborado directrices y estándares orientados a actividades de prevención y reducción de daños durante las intervenciones en contextos de vida nocturna. Estos estándares y directrices voluntarios incluyen:

- Los estándares de buenas prácticas sobre etiquetas y estatutos para una vida nocturna más segura, análisis de drogas y educación por parte de homólogos del Nightlife Empowerment and Well-Being Implementation Project (NEWIP) (Proyecto de implementación para el bienestar y la capacitación en los entornos recreativos nocturnos, «NEWIP»).

Respuestas en la vida nocturna, festivales y contextos recreativos: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Las intervenciones de reducción de daños y prevención ambiental, respaldadas por directrices y normas establecidas en los proyectos NEWIP y Club Health, deben aplicarse cuando corresponda.
- Debe facilitarse asistencia sanitaria de urgencia para hacer frente a los acontecimientos adversos en entornos recreativos y debe estar asociada a los departamentos de urgencias. Las directrices europeas pueden ser útiles en este caso y deben ir desarrollándose.
- Las iniciativas basadas en la comunidad que ofrecen varias intervenciones coordinadas mediante una asociación de colaboración entre varias agencias son más eficaces que las intervenciones únicas. Suelen combinar la movilización de la comunidad, la formación del personal y la ejecución, y parecen ser eficaces en la reducción de la violencia, el alcoholismo y los accidentes en la vía pública.

Oportunidades

- Compartir buenas prácticas y directrices para las intervenciones de prevención y reducción de daños en estos entornos y promover la evaluación de su eficacia.
- Los servicios de análisis de drogas pueden ser útiles para reducir el uso nocivo de drogas y para la vigilancia del mercado de drogas. No obstante, se requiere investigación sobre la eficacia de los diferentes modelos de facilitación y su idoneidad en los diferentes escenarios.

Lagunas

- Las pruebas sobre los efectos de la facilitación de información para los asistentes a discotecas/educación por pares (normalmente reducción de daños) son limitadas. Podría ser contraproducente, por lo que se requiere más investigación sobre las formas más eficaces de presentar información sobre riesgos, dosis seguras, etc.



- Un «conjunto de estándares para mejorar la salud y seguridad de los locales de ocio nocturnos» publicados por el proyecto Club Health. Este proyecto, que incluye a 20 asociaciones y 15 socios colaboradores de 15 Estados miembros de la UE y Noruega, tenía por objeto reducir las enfermedades (especialmente las adicciones y las infecciones de transmisión sexual), los accidentes, las lesiones y la violencia en jóvenes en contextos de la vida nocturna.

Se están extendiendo a otros países enfoques de prevención ambiental de base empírica y más estructurados, como el proyecto STAD (Estocolmo previene problemas de alcohol y drogas). Se ha observado que algunas coaliciones normativas a nivel local entre la policía, la industria del ocio nocturno y los servicios (prevención y reducción de daños) tienen un impacto en la violencia, las agresiones sexuales y los ingresos hospitalarios en el Reino Unido y los Países Bajos.

Aunque algunas pruebas apoyan el uso de una serie de medidas reguladoras, parecen aplicarse con menos frecuencia. Incluyen la eliminación de las «tarifas planas» o las «happy hours», precios mínimos para las bebidas, denegación del servicio a personas embriagadas, formación obligatoria del personal, prohibición del acceso a menores, limitación de la densidad de los locales de ocio nocturno

y del horario de apertura, así como una «ley del zumo de manzana», según la cual en todos los establecimientos de bebidas alcohólicas la bebida más barata debe ser sin alcohol.

La red Euro-DEN multidisciplinar, en colaboración con el EMCDDA, ha adaptado las directrices vigentes en el Reino Unido a un contexto europeo. Las directrices cubren la identificación de individuos con toxicidad aguda por drogas que requieren evaluación médica en un departamento de urgencias y para los que debe llamarse a los servicios de urgencias. Esto permite que los servicios de urgencias y, en su caso el departamento de urgencias, realicen una evaluación y gestión tempranas de las personas en elevado riesgo de morbilidad considerable o de muerte por toxicidad aguda por drogas.

En el momento de publicación, se han establecido 16 servicios de análisis de drogas, que utilizan una gama de modelos distintos, en 11 países europeos. Algunos proporcionan cobertura nacional pero otros, en particular los que funcionan en festivales y discotecas, están restringidos a una zona o local en concreto. Parece que existe un creciente interés en este tipo de prestación.



Otros recursos

EMCDDA

- [Responding to drug use and related problems in recreational settings](#), Thematic paper, 2012.
- [Portal de buenas prácticas](#).
- [Healthy Nightlife Toolbox](#).

Otras fuentes

- [Nightlife Empowerment and Well-Being Implementation Project \(NEWIP\) standards](#).
- [Peer education in Nightlife Settings. Good Practice Standards](#).
- [Drug Checking Service. Good Practice Standards](#).
- [Safer Nightlife Labels and Charters. Good Practice Standards](#).
- [Serious Games in Nightlife Settings. Good Practice Standards](#).
- [Irefrea Manual: Estándares para mejorar las condiciones de salud y seguridad en los locales de vida nocturna recreativa](#).

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

4.3 | Lugares de trabajo



RESUMEN

Problemas

Una significativa proporción de trabajadores en Europa está expuesta a sufrir problemas asociados con el consumo de alcohol o drogas; por ejemplo, se calcula que entre el 5 % y el 20 % de la población activa en Europa presenta problemas graves relacionados con el consumo de alcohol. Además de las implicaciones sociales y para la salud pública, los problemas relacionados con el consumo de sustancias son altamente pertinentes en sectores en los que existen problemas de seguridad o en los que un rendimiento individual insatisfactorio puede tener un impacto significativo. Entre otros, se trata de sectores como la construcción, la agricultura y la ganadería, el transporte, la energía, las tecnologías de la información y de las comunicaciones, y los servicios financieros.

El consumo de alcohol y de drogas son problemas importantes en los lugares de trabajo porque:

- pueden aumentar los accidentes y lesiones, el absentismo y el comportamiento inadecuado;
- pueden suponer una carga económica para las empresas, los gobiernos y la sociedad;
- de conformidad con las leyes de salud y seguridad, las empresas tienen la obligación de velar, dentro de lo razonable, por la salud, la seguridad y el bienestar de los empleados y otras personas afectadas por sus actividades;
- los lugares de trabajo también ofrecen una oportunidad para impartir educación sanitaria en relación con el alcohol y las drogas, así como para identificar a personas con problemas de consumo de alcohol y drogas o que tienen familiares con problemas relacionados con estas sustancias.

El lugar de trabajo también puede ser útil para la reinserción social de las personas con antecedentes de problemas graves relacionados con las drogas.

**Palabras clave: prevención,
lugar de trabajo**

Opciones de respuesta

- Políticas en el lugar de trabajo sobre el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo.
- Prevención a través de programas de información, educación y formación que aborden los problemas relacionados con el alcohol y las drogas, preferiblemente como parte de programas de promoción de la salud más amplios.
- Medidas de cribado y análisis en el lugar de trabajo para identificar problemas de consumo de sustancias, que pueden aparecer informalmente en conversaciones sobre problemas de rendimiento o como resultado de evaluaciones formales, que pueden incluir controles en sectores en los que la seguridad es fundamental.
- Intervenciones para abordar problemas que han sido identificados, incluidos programas de asistencia, tratamiento y rehabilitación.
- Ofrecer oportunidades de empleo a personas con antecedentes de problemas graves relacionados con las drogas.

Perspectiva europea

La mayoría de los países europeos disponen de algún tipo de legislación general o acuerdos para prohibir o regular el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. No obstante, el tipo de legislación en vigor y la naturaleza de la legislación sobre salud y seguridad en el trabajo varían considerablemente en función de la cultura nacional y la concienciación y la prioridad otorgadas a este problema.

No se dispone de información actualizada y exhaustiva sobre el alcance y la naturaleza de los diferentes tipos de intervenciones en los lugares de trabajo en Europa. Hay pocas pruebas en Europa en relación con la eficacia de las diferentes intervenciones.

Con vistas al futuro, se constata que el uso de drogas para potenciar el rendimiento, como modafinilo para la mejora de la capacidad cognitiva, puede convertirse en un problema cada vez mayor en el lugar de trabajo.

Problemas de uso indebido de sustancias en el lugar de trabajo

El alcohol y las drogas representan un problema grave para una parte importante de la población activa. Las estimaciones nacionales en Europa indican que entre el 5 % y el 20 % de los trabajadores tienen adicción al alcohol o están en riesgo de desarrollarla. El problema del consumo de alcohol o de drogas por parte de trabajadores (dentro y fuera del lugar de trabajo) es especialmente pertinente en algunos sectores económicos, como la construcción, la agricultura y la ganadería y el transporte.

Las razones del consumo de alcohol y drogas en el trabajo pueden diferenciarse entre las que están relacionadas con el trabajo y las que se asocian a una perspectiva social o personal. Las razones relacionadas con el trabajo incluyen condiciones de trabajo físicas duras o incómodas (por ejemplo, ambiente frío), trabajo poco satisfactorio, horas laborales irregulares, autopercepción de recibir poco apoyo social de los compañeros o los jefes en el trabajo, poca libertad de decisión y otros factores asociados al estrés en el trabajo. Esto puede hacer que determinados tipos de trabajos sean más propensos a estar relacionados con el consumo de sustancias. Por ejemplo, los conductores de camiones de largas distancias, que deben mantener la concentración durante los largos y monótonos períodos de conducción, pueden estar tentados a consumir drogas estimulantes. Los médicos y otros profesionales sanitarios pueden presentar vulnerabilidad a los problemas de adicción debido al fácil acceso a los medicamentos, además del estrés en el trabajo. Otros colectivos de trabajadores en entornos laborales sometidos a presión, fuerte competencia o intimidación, entre ellos los intermediarios financieros, académicos y abogados, pueden consumir una serie de fármacos para mejorar el rendimiento por motivos diversos, como mejorar la productividad o superar los desfases horarios.

Las razones que no están relacionadas con el empleo incluyen factores sociales, como la «elevada» tolerancia social respecto al consumo de alcohol y drogas, las pautas culturales que hacen que estos trabajadores sean más «propensos» a este consumo, el acceso «fácil» a estas sustancias (por ejemplo, el alcohol y los sectores del entretenimiento) y factores personales (como tipos de personalidad específicos o los antecedentes familiares de uso indebido del alcohol).

El consumo de alcohol y de drogas puede aumentar los problemas en el trabajo, como los accidentes y las lesiones, el absentismo y las conductas inapropiadas. La intoxicación por alcohol o drogas ilegales puede afectar al rendimiento

en el trabajo porque perjudica la toma de decisiones y los tiempos de reacción, reduce la productividad, lo cual lleva a una producción inferior de bienes y servicios, y a errores y accidentes en el trabajo.

Hay una serie de obligaciones éticas y, a menudo, legales pertinentes para responder a los problemas de uso indebido de sustancias en el trabajo. Los profesionales médicos que acuden a los lugares de trabajo para ayudar a los empleados o asesorar a los directivos deben aclarar su papel y respetar la confidencialidad del paciente. Por lo general, se acepta que los directivos o supervisores deban estar formados para reconocer los signos de los problemas con el alcohol y las drogas ilegales. También deben saber cómo responder si sospechan que un empleado tiene problemas o si un empleado les comunica que tiene un problema.

A la hora de apoyar a las personas con antecedentes o problemas en ese momento con el alcohol o las drogas para que vuelven al trabajo, los profesionales sanitarios deben evitar la aplicación de períodos arbitrarios de abstinencia, salvo cuando sean obligatorios por Ley, como para conducir. Los profesionales sanitarios pueden ejercer mucha influencia a la hora de abordar las preocupaciones de los empleadores sobre riesgos y estigmas difíciles y estereotipos negativos.

Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo

Los lugares de trabajo proporcionan oportunidades para la educación de la salud sobre el alcohol y las drogas. También presentan una oportunidad para identificar individuos que tienen problemas con el consumo de alcohol y de drogas ilegales. Los profesionales médicos que trabajan en los lugares de trabajo se encuentran en una buena situación para ofrecer asesoramiento en materia de salud a los trabajadores. También pueden formar a los directivos y supervisores para reconocer y tratar el consumo de alcohol y de drogas ilegales en el lugar de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha elaborado un repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. En Europa, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) son agencias de la UE involucradas en este ámbito. El Grupo Pompidou del Consejo de Europa realiza actividades de prevención del consumo de drogas en el lugar de trabajo. Un tema

habitual es la importancia de tener un enfoque preventivo que aborde los problemas de drogas desde una perspectiva sanitaria en lugar de como una cuestión disciplinaria.

A escala nacional, los enfoques para los problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo dependerán del contexto administrativo, legislativo y cultural de cada país. La normativa, la legislación y las políticas relativas a las leyes en materia de empleo, a la salud y la seguridad pueden ser importantes para los problemas de drogas en el lugar de trabajo. Para apoyar sus políticas, los países pueden elaborar su propia guía para empleadores, por ejemplo, *Drug misuse at work: a guide for employers* (Uso indebido de drogas en el trabajo: una guía para empleadores) publicada por el Ministerio de Salud y Seguridad del Reino Unido.

Las respuestas siguientes se pueden utilizar para abordar el consumo y los problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo:

- Políticas del lugar de trabajo: pueden estipular restricciones sobre el consumo de alcohol y sustancias legales e ilegales en el lugar de trabajo, y, por consiguiente, establecer norma y restringir la disponibilidad.
- Prevención mediante programas de información, educación y formación, como «Top on job» (lo mejor en el trabajo). Este programa está dirigido a jóvenes trabajadores antes de que surjan los problemas de adicción y utilicen un enfoque de educación por pares. La incorporación de las cuestiones del alcohol y las drogas en los programas más amplios de promoción de la salud pueden hacerlos más atractivos para los empleados.
- La detección formal de problemas de drogas generalmente se realizará en tres situaciones: 1) detección previa a la contratación de los solicitantes de empleo; 2) análisis debido a un incidente o por un motivo determinado (por ejemplo, tras un accidente, aptitud para el servicio); y 3) análisis en el trabajo sin razón específica, a menudo con selección aleatoria de un grupo de puestos de trabajo pertinentes. En Europa, la detección formal se suele realizar únicamente cuando es necesario para promover la seguridad en el trabajo.
- Identificación de problemas; detección y análisis en el trabajo. En el lugar de trabajo, la identificación de problemas relacionados con las drogas suelen plantearse a individuos preocupados que quieren una autoevaluación o bien como resultado de la identificación por parte del empleador, ya sea de manera informal mediante conversaciones sobre cuestiones de rendimiento o como resultado de evaluaciones formales, que pueden incluir análisis en sectores donde la seguridad es fundamental. Estos enfoques a menudo comprenden detección, evaluación, asesoramiento y derivación a servicios de asistencia más especializados y aspiran a ofrecer oportunidades a los directivos para evitar cuestiones de disciplina o despidos de

empleados con problemas de sustancias, siempre y cuando posean la habilidad de abordar de manera constructiva estas cuestiones que afectan de forma negativa al rendimiento en el trabajo.

- Intervenciones para abordar problemas, incluidos programas de asistencia, tratamiento y rehabilitación. El tipo y el nivel de apoyo prestado dependerán de una serie de factores, como el tamaño de la organización. Las acciones que deben considerarse como mínimo son las siguientes: identificación de servicios especializados en el ámbito y prestación de información sobre estos o derivación, si procede; identificación de instituciones de apoyo en la comunidad, como Narcóticos Anónimos, que pueden ayudar al individuo en cuestión; recomendación a la persona para que busque ayuda con su médico personal.

El lugar de trabajo también puede ser útil para la reinserción social de las personas con antecedentes de problemas graves relacionados con las drogas. El estigma asociado al consumo problemático de drogas puede resultar un obstáculo importante para el empleo, que es una pieza clave de la reinserción. Sin embargo, algunas empresas han trabajado con servicios de drogodependencia para desarrollar programas, como los proyectos de empleo con apoyo, que facilitan el empleo de personas con antecedentes de consumo problemático de drogas y que benefician a su organización, así como a la persona en cuestión.

Qué se hace en Europa para responder a los problemas de drogas en el lugar de trabajo

Un informe de [Eurofound](#) indicaba que la mayoría de los países europeos poseen algún tipo de legislación o acuerdo general destinado a prohibir o regular el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. No obstante, el tipo de legislación en vigor y la naturaleza de las limitaciones que establece la legislación sobre salud y seguridad en el trabajo varían considerablemente en función de la cultura nacional y la concienciación y la prioridad otorgadas a este problema. Por ejemplo, en algunos países puede haber una norma específica para el alcohol, mientras que en otros depende totalmente de la empresa.

No existe un esquema actualizado y exhaustivo de las prácticas e intervenciones relacionadas con cuestiones relativas a las sustancias en el lugar de trabajo en Europa. Las pruebas de eficacia de los diferentes programas e intervenciones que se aplican también son escasas, y las que hay provienen sobre todo de los Estados Unidos. Por consiguiente, no es posible realizar una evaluación exhaustiva de la mayoría de las prestaciones actuales.



Principios clave para el manejo de los problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo identificados por la Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas

- Las políticas y programas en materia de drogas deberían promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas que se plantean en el lugar de trabajo.
- Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse como problemas de salud y, por consiguiente, tratarse, como cualquier otro problema de salud, en el trabajo y quedar dentro del alcance de los servicios de salud (públicos o privados), según corresponda.
- Los empleadores y los trabajadores y sus representantes deben evaluar conjuntamente los efectos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo y deberían cooperar para elaborar, por escrito, una política para la empresa.
- Los empleadores, en colaboración con los trabajadores y sus representantes, deberían adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar condiciones de trabajo que influyen en los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, y adoptar medidas de prevención o corrección.
- Para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política, el empleador debería aplicar idénticas restricciones o prohibiciones respecto del alcohol tanto al personal de dirección como a los trabajadores
- Para fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo se deberían llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas que deberían, en la medida de lo posible, ser integrados en programas de salud más amplios.
- Las empresas deberían establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información comunicada en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas.
- Los análisis toxicológicos para determinar el consumo de alcohol y de drogas en el ámbito del trabajo plantean problemas fundamentales de orden moral, ético y jurídico; de ahí que haya que determinar cuándo sea justo y apropiado realizarlos.
- La estabilidad que ofrece un empleo es a menudo un factor importante para facilitar la superación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Por esta razón, el lugar de trabajo desempeña un papel especial para ayudar a las personas que tienen estos problemas
- Los trabajadores que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas no deberían ser objeto de discriminación por parte del empleador y deberían gozar de la seguridad del empleo usual y de las mismas oportunidades de traslado y ascenso profesional que sus colegas.
- El empleador tiene autoridad para sancionar a los trabajadores cuya conducta profesional sea impropia como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Sin embargo, es preferible que los remitan a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias. Si un trabajador no colabora plenamente con el tratamiento, el empleador podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas.
- El empleador debería aplicar el principio de no discriminación en el empleo a los trabajadores que consumen o consumían alcohol y drogas, de conformidad con la legislación y los reglamentos nacionales.

Adaptado de: [Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT](#). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1996.

Sin embargo, puede haber fuentes de datos disponibles que pueden proporcionar alguna información. Por ejemplo, la EU-OSHA realiza la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (Esener), que se centra en una serie de cuestiones: riesgos generales de salud y seguridad en el trabajo; [riesgos psicosociales](#), como el estrés, la intimidación y el acoso; impulsores y obstáculos para la gestión de la salud y la seguridad en el trabajo; y [participación de los trabajadores](#) en las prácticas de

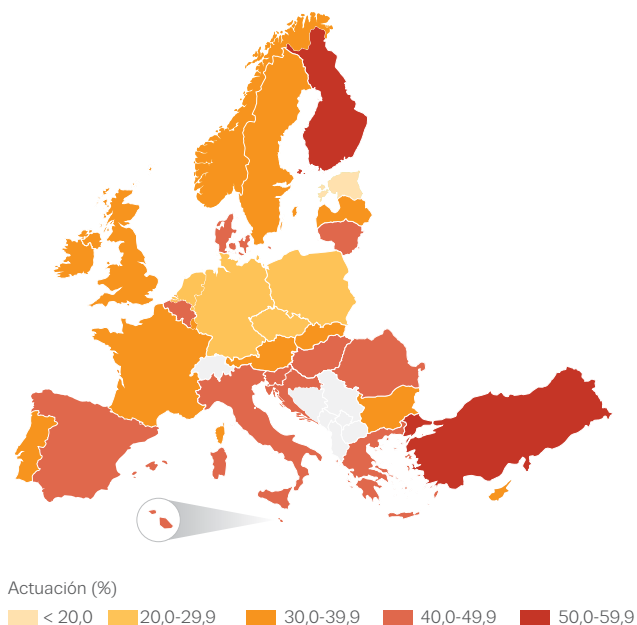
salud y seguridad. La encuesta se realizó en 2009 y 2014, y los datos de estas encuestas están disponibles en línea. ¿Incluía una pregunta sobre si su establecimiento llevaba a cabo alguna «[...] medida de promoción de la salud en los empleados? [...] Concienciación sobre la prevención de las adicciones, por ejemplo, al tabaco, el alcohol o las drogas». En 2014, cerca de un tercio de los encuestados en Europa declaró que su empresa lo hacía, oscilando entre el 19 % y el 59 % en distintos países ([gráfico 4.2](#)).

Aportar una visión general exhaustiva es complicado, debido a la amplia gama de programas diferentes implicados y a la necesidad de evitar sobrecargar a los empleadores. Puede que lo que tenga más repercusión sea centrarse en la relación entre los servicios de tratamiento de la drogodependencia y los empleados, y describir y evaluar el acceso al tratamiento de los empleados que presentan problemas relacionados con las sustancias o que participan en programas que ayudan a las personas en tratamiento por problemas de drogas a entrar en el mundo laboral.

Con vistas al futuro, se constata que el uso de drogas para potenciar el rendimiento puede convertirse en un problema cada vez mayor en el lugar de trabajo. Se incluye el consumo de estimulantes con receta, como el modafinilo, para mejorar la concentración o porque se cree que mejora la capacidad cognitiva. Parece que el consumo de drogas para potenciar el rendimiento se está generalizando cada vez más, y, como se menciona arriba, determinados grupos de empleados presentan mayor probabilidad de consumirlas por razones relacionadas con el trabajo. Por ello, se puede esperar que, en una sociedad cada vez más competitiva, el consumo en el lugar de trabajo puede aumentar. En el futuro resultará importante controlar el consumo de drogas que potencian el rendimiento y deben investigarse más los efectos del consumo de estas drogas en el lugar de trabajo.

GRÁFICO 4.2.

Realización de intervenciones de fomento de la salud para empleados: porcentaje (%) de lugares de trabajo que comunican medidas de concienciación sobre la prevención de la adicción



Fuente: EU-OSHA: [Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes](#), 2014.

Respuestas en el lugar de trabajo: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Se recomienda que las empresas dispongan de una política de consumo de alcohol y drogas como parte de sus políticas de salud y bienestar, en vez de normas disciplinarias.
- También deberían promoverse los principios fundamentales para el abordaje de problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo, identificados por la Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas y destacados anteriormente.

Oportunidades

- Obtener un empleo es un componente importante de la reinserción, por lo que es importante que las personas con un problema anterior o actual relacionado con el alcohol y las drogas reciban apoyo para volver al trabajo. Colaborar con las empresas para superar los obstáculos a la hora de contratar a personas con antecedentes de problemas relacionados con las drogas es beneficioso para las empresas, las personas que intentan superar sus problemas con las drogas y la sociedad en general.

Lagunas

- Se requiere una visión general o ubicación de las fuentes de datos existentes, las respuestas actuales y las intervenciones para abordar la cuestión de las drogas en el lugar de trabajo, así como una evaluación de las intervenciones existentes en Europa.
- Se requieren investigaciones sobre el alcance y la naturaleza del consumo de drogas potenciadoras del rendimiento en el lugar de trabajo y sobre los efectos de su consumo en ese entorno.



Otros recursos

EMCDDA

- [Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment](#), EMCDDA Insights, 2012.

Otras fuentes

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. [Una revisión del futuro del trabajo: los fármacos potenciadores del rendimiento](#), Documento de debate, 2015.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. [Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes](#), 2014.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. [Use of alcohol and drugs at the workplace](#), 2012.
- Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1996. [Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT.](#)
- Shahandeh, B. y Caborn, J. (2003), OIT, Ginebra. [Ethical issues in workplace drug testing in Europe.](#)
- Grupo Pompidou. [Prevention Drugs in the Workplace.](#)
- UK Health and Safety Executive. [Drug misuse at work: A guide for employers.](#)

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

4.4 | Escuelas y universidades



RESUMEN

Problemas

La adolescencia y los primeros años de la edad adulta son períodos de asunción de riesgos y experimentación que con frecuencia incluyen el consumo de sustancias. Las escuelas y las universidades son entornos importantes desde los que se puede llegar a los jóvenes, aunque es posible que algunos grupos vulnerables no estén bien representados en ellos.

En las escuelas, la atención se centra principalmente en prevenir o demorar el inicio del consumo de sustancias y en desarrollar habilidades para favorecer la toma de decisiones saludables.

Los alumnos con baja asistencia, los que se ausentan habitualmente o los jóvenes con problemas de conducta, como un mal control de los impulsos, presentan un mayor riesgo de desarrollar formas problemáticas de consumo de sustancias. Estos factores convierten a las escuelas en un entorno importante para la identificación temprana de las personas en riesgo.

La mayor independencia de los universitarios y la tendencia a un mayor consumo de alcohol y drogas en este grupo de edad hacen de las universidades un entorno importante para la reducción de riesgos y la derivación de las personas que desarrollan problemas a los servicios especializados.

Palabras clave:

jóvenes, prevención,

estudiantes

Opciones de respuesta

El consumo de drogas entre las poblaciones escolares generalmente es bajo y puede formar parte de un patrón más amplio de problemas conductuales y asunción de riesgos. Por ello, las intervenciones deben abordar los determinantes más amplios del comportamiento de riesgo e impulsivo, en vez del consumo de drogas de forma aislada.

La mayoría de las intervenciones de prevención en las escuelas tiene como objetivo llegar a todo el alumnado y el personal. Las intervenciones respaldadas por pruebas actuales incluyen:

- programas de prevención universal con base empírica que se centran en el desarrollo de competencias sociales y destrezas de rechazo, la toma de decisiones saludables y en la corrección de las concepciones normativas erróneas sobre el consumo de drogas;
- políticas en las escuelas sobre el consumo de sustancias; e
- intervenciones orientadas a desarrollar un entorno educativo protector y acogedor que fomente el aprendizaje y en el que se establezcan unas normas claras sobre el consumo de sustancias.

Otros enfoques que pueden ser beneficiosos son los eventos o intervenciones en los que participan los progenitores y el uso de enfoques entre pares.

Perspectiva europea

De entre las intervenciones para las cuales se dispone de buenas pruebas de eficacia, la prohibición de fumar en las escuelas se ha notificado en todos los países que facilitan información, mientras que 21 países notificaron que se aplican políticas escolares en torno al consumo de sustancias en la mayoría de las escuelas. Los programas enfocados a desarrollar destrezas personales y sociales se aplican menos: solo 11 países notificaron su aplicación en la mayoría de las escuelas. Esta cifra es inferior al nivel de prestación de programas en los que solo se facilita información, que no han demostrado ser eficaces, pero se notifican en la mayoría de las escuelas de 16 países.

Existen algunas pruebas que respaldan otro tipo de programas. Entre ellos, los programas entre pares parecen ser relativamente poco frecuentes, pero las actividades y acontecimientos extracurriculares creativos para padres están mucho más disponibles. El análisis de drogas en los alumnos no está recomendado y se utiliza raramente; solo se notificó su aplicación en algunas escuelas en 10 países.

Problemas de consumo de drogas en escuelas y universidades

La adolescencia y los primeros años de la edad adulta son períodos vitales asociados a la asunción de riesgos y al deseo de nuevas experiencias, incluido el consumo de sustancias. Las escuelas y las universidades son entornos importantes para llegar a la población juvenil en general. También pueden brindar oportunidades para identificar e intervenir en individuos en riesgo, como jóvenes con rasgos de carácter vulnerables (como un mal control de sus impulsos), alumnos con baja asistencia y los que se ausentan con frecuencia, que muestran mayor riesgo de desarrollar formas de consumo problemático de sustancias. Se abordan las intervenciones para jóvenes vulnerables en el [apartado 3.4](#).

En las escuelas, la atención se centra principalmente en prevenir o demorar el inicio del consumo de sustancias y el desarrollo de habilidades personales y sociales para favorecer la socialización y la toma de decisiones saludables en términos generales. En las universidades, la reducción de daños también será un componente importante, ya que los jóvenes se encuentran en fase de transición hacia una mayor independencia personal y es muy factible que salgan frecuentemente de fiesta y consideren que el consumo de alcohol en grandes cantidades es algo normal.

Opciones de respuesta

El consumo de drogas entre las poblaciones escolares generalmente es bajo y puede formar parte de un patrón más amplio de problemas conductuales y de asunción de riesgos. Por ello, las acciones orientadas a reducirlo deben abordar los determinantes de estos comportamientos generales en lugar del consumo de drogas en condiciones de aislamiento. En los mismos términos, es más probable que los sistemas educativos presten apoyo a programas, políticas e intervenciones de prevención si, además de reducir el consumo de sustancias, reducen la violencia y el acoso, mejoran el aprendizaje, los logros académicos y generan un mejor clima escolar.

La prevención del consumo de sustancias suele llevarse a cabo en las escuelas, porque las escuelas ofrecen un acceso único a los jóvenes durante una fase de desarrollo crítica. Las intervenciones de prevención habitualmente tienen como objetivo llegar a todo el alumnado y al personal. Pueden incluir programas empíricos de prevención universal centrados en el desarrollo de competencias sociales y destrezas de rechazo, la toma

de decisiones saludables y la corrección de concepciones normativas erróneas respecto al consumo de drogas. Ejemplos de ello son Unplugged, un programa que se centra en el desarrollo de destrezas vitales y en la corrección de creencias normativas que varios países europeos han valorado positivamente, y Rebound, que se desarrolló en Alemania y también se ha probado en el Reino Unido. Para apoyar este tipo de programas es importante contar con políticas escolares que aborden el consumo de sustancias. Las intervenciones orientadas al desarrollo de un entorno escolar positivo que fomente el aprendizaje y establezca unas normas claras en relación con el consumo de sustancias puede ejercer un efecto favorable. Existen programas empíricos que no abordan de manera explícita el consumo de sustancias pero se centran en el comportamiento general, y han demostrado tener efectos positivos sobre el control de los impulsos y el aprendizaje y sobre el ambiente en el aula, lo que puede incidir a largo plazo en el consumo de sustancias y en la salud mental. Pueden resultar especialmente adecuados en escuelas de primaria. Good Behaviour Game y Nina e Nino son ejemplos de ello.

Otros planteamientos, en los que las pruebas no están tan claras, incluyen acontecimientos o actividades en los que participan los progenitores, que ofrecen actividades extracurriculares creativas para los alumnos y la utilización de enfoques inter pares en programas de base escolar.

En las universidades, donde el consumo excesivo de alcohol y de drogas puede considerarse normal o parte importante de la experiencia estudiantil, el enfoque preventivo tiende a centrarse en cuestionar estas normas. Estos enfoques son ampliamente utilizados en los Estados Unidos, y las evaluaciones han demostrado un cierto impacto sobre hábitos nocivos de consumo de alcohol, aunque suele ser reducido. Las intervenciones basadas en las normas sociales se basan en la premisa incorrecta de que las tasas de consumo de sustancias entre pares y el incremento del consumo personal van ligados. Un proyecto de investigación internacional (SNIPE, Social norms intervention for the intervention of polydrug use) investigó si este era el caso en 7 países europeos. El estudio constató que dichas percepciones erróneas del consumo existían en relación con el consumo de una serie de drogas (cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, cannabinoides sintéticos, sustancias inhalables), así como en relación con el consumo de estimulantes sin receta médica (por ejemplo, Ritalin se consume porque existe la percepción de que mejora el rendimiento académico). En Europa se están desarrollando y probando programas basados actualmente en normas.



Visión general de las pruebas sobre... las intervenciones en las escuelas y universidades



Los programas de prevención eficaces basados en la escuela pueden demorar el inicio del consumo. Suelen basarse en manuales y desarrollan competencias sociales y destrezas de rechazo, toma de decisiones saludables y estrategias para hacer frente a las dificultades, y corrigen concepciones normativas erróneas. Idealmente deberían facilitarse en el contexto de una política sobre drogas en las escuelas.



Los problemas relacionados con el consumo de sustancias pueden reducirse con la facilitación de un entorno educativo protector y acogedor que favorezca el aprendizaje y establezca unas normas claras sobre el consumo de sustancias.



Existen programas de base empírica en las escuelas primarias que, sin abordar explícitamente las sustancias, tienen efectos sobre el control de los impulsos y, por consiguiente, posiblemente en el consumo de sustancias y los problemas de salud mental en una fase posterior. Tienen efectos inmediatos en el aprendizaje y el ambiente en el aula.



Las intervenciones que solo facilitan información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas **no** se han revelado eficaces en la prevención del consumo de drogas.

Aunque poco frecuentes, en algunos países europeos se practican análisis antidrogas. El supuesto de que los análisis antidrogas actúan como elemento disuasorio para el consumo de sustancias no está fundamentado en pruebas. El análisis puede ser aleatorio o específico. El análisis aleatorio puede considerarse una intervención universal, habida cuenta de que tiene como objetivo crear un ambiente disuasorio en todo el alumnado. El análisis antidroga específico consiste en analizar únicamente a las personas cuyo comportamiento suscite sospechas de consumo de drogas. Existen pocas pruebas de que el análisis antidroga aleatorio cambie el comportamiento, incluso en los Estados Unidos, donde su uso está más extendido. Hay algunos indicios de que puede aumentar el consumo ilegal de drogas o los riesgos asociados con el consumo de sustancias. De ahí que no se recomiende en la actualidad. La invasividad del procedimiento y las limitaciones con respecto a la información derivada de los análisis antidrogas afectan a su utilidad.

Si debe recurrirse al análisis antidrogas, deberían efectuarse más estudios para que sirvan de guía de buenas prácticas con adolescentes. En particular, será importante determinar qué procedimientos utilizados para dar seguimiento a los resultados de los análisis son los más eficaces a la hora de ayudar a los estudiantes cuyos resultados sean positivos. Las investigaciones publicadas indican que este tipo de infracciones se tratan mejor mediante evaluaciones adicionales y prestando a los estudiantes asesoramiento, tratamiento u otros servicios de

cuidado de la salud y psicosociales, o derivándolos a dichos servicios, en lugar de castigarlos o expulsarlos.

Lo que se está haciendo en Europa para responder al consumo de drogas en escuelas y universidades

El abanico de intervenciones en escuelas destinadas a prevenir el consumo de sustancias que aplican los países europeos varía tanto en lo que respecta a las pruebas que lo corroboran como al nivel de actuación (gráfico 4.3). Las evaluaciones de expertos sobre el nivel de actuación en cada país de trece tipos de intervención indican que, de las medidas con pruebas fehacientes de efectividad, las prohibiciones de fumar en las escuelas se han aplicado en los 29 países que aportaron una respuesta. Las políticas escolares sobre el consumo de drogas se aplican en su totalidad o de manera muy amplia en 21 países. Los programas enfocados en el desarrollo de destrezas personales y sociales se encuentran menos disponibles: solo 11 países notificaron una actuación completa o extensa. En contraste, un número considerable de países informan de una aplicación completa o extensa de intervenciones en relación con las cuales no existen pruebas claras. Dieciséis países comunican este nivel de actuación en el caso de programas solo de información, y 9 lo comunican en el caso de visitas de funcionarios policiales. Cabe destacar que la naturaleza exacta de lo que se aporta en cada categoría de intervención puede variar mucho entre los países.

Con respecto a otros tipos de programas para los que existen pruebas, los programas entre pares parecen ser relativamente infrecuentes. Las actividades y los eventos creativos extracurriculares para progenitores son más comunes, y hay 18 y 12 países respectivamente que informan de una actuación completa o extensa, y 8 que, en cada caso, informan de una actuación limitada.

El análisis antidrogas de alumnos, que no se recomienda, se comunica como excepcional en 10 países, y en 16 se indica que no se efectuó, mientras que los 4 países restantes no facilitaron información.

En algunas escuelas se utilizan enfoques de intervención y detección temprana, a menudo sobre la base de la

prestación de asesoramiento a jóvenes consumidores de sustancias. Se ha evaluado positivamente un programa canadiense (Preventure) dirigido a jóvenes bebedores a la búsqueda de sensaciones y se ha adaptado para su utilización en Chequia, los Países Bajos y el Reino Unido. Las intervenciones dirigidas a grupos vulnerables específicos se analizan con más detalle en el [apartado 3.4](#).

Se están desarrollando enfoques basados en normas para su utilización en universidades en Europa, incluida una intervención en línea que se está ensayando en Alemania (Insist). Sin embargo, no existe información acerca del grado de actuación de las intervenciones relacionadas con las drogas en las universidades en la actualidad.



Respuestas en escuelas y universidades: implicaciones para las políticas y la práctica

Elementos básicos

- Las escuelas son puntos de acceso importantes a la población adolescente y sus progenitores. También tienen un papel importante en la identificación de personas en riesgo para intervenciones dirigidas.
- Los sistemas educativos deben asegurarse de que las escuelas ofrecen programas de prevención basados en pruebas y que aplican políticas adecuadas sobre drogas. Su objetivo debe ser no solo reducir el consumo de sustancias, sino también reducir la violencia, mejorar el aprendizaje, producir mejores resultados académicos y crear un mejor ambiente en las escuelas, resultados que son del propio interés del sector educativo.
- Los programas de prevención ineficaces suelen ser populares, pero hay un número creciente de programas que han demostrado que funcionan y estos son los que deberían utilizarse.

Oportunidades

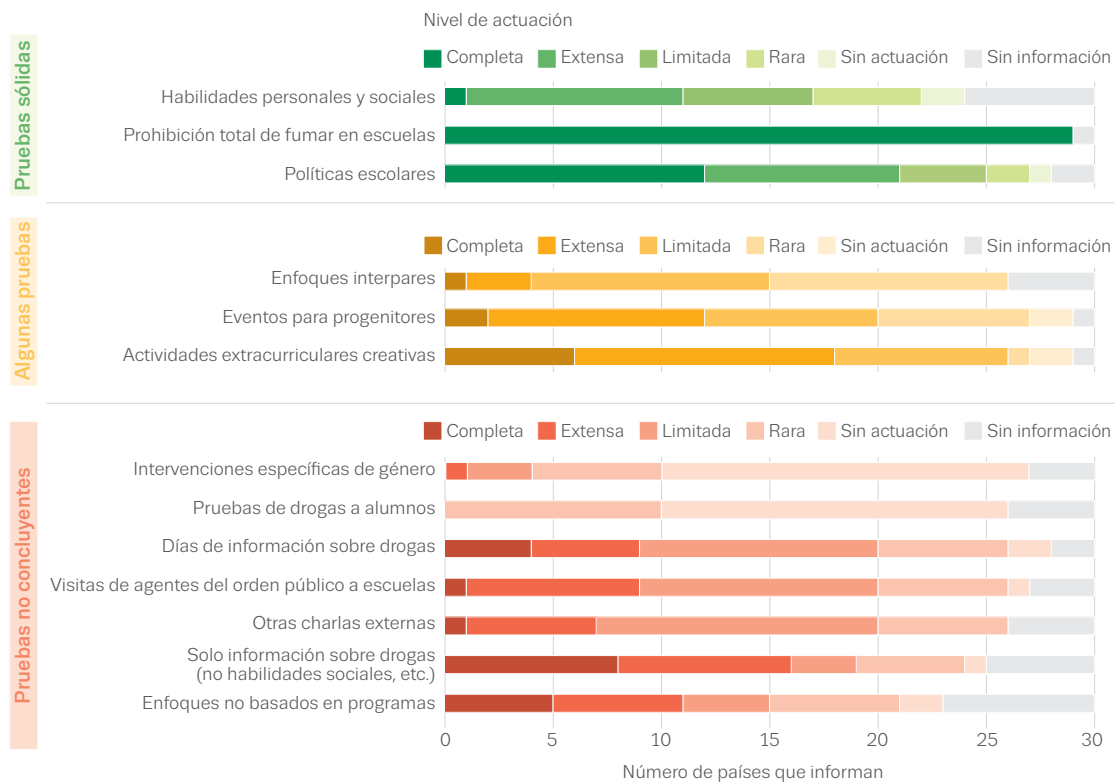
- Establecer sistemas que animen u obliguen a las escuelas y universidades a utilizar programas respaldados por pruebas en vez de programas ineficaces y ofrecer la asistencia necesaria sería un uso mucho más eficaz de los recursos.

Lagunas

- Las pruebas sobre programas eficaces en las universidades son muy limitadas, pero se trata de un período de alto riesgo de consumo de drogas y se requieren programas adecuados para este contexto.

GRÁFICO 4.3.

Intervenciones basadas en escuelas para prevenir el consumo de sustancias en Europa: actuación y datos de efectividad



Nota: Los países son los 28 Estados miembros de la UE, Noruega y Turquía. Disponibilidad: Completa: ofrecido en casi todas las escuelas; Extensa: ofrecido en la mayoría pero no en casi todas las escuelas; Limitada: ofrecido en más de unas cuantas pero no en la mayoría de las escuelas; Rara: ofrecido solo en algunas escuelas.

Otros recursos

EMCDDA

- [Portal de buenas prácticas.](#)
- [Registro Xchange.](#)
- [Prevention of addictive behaviours. Insights, 2015](#)
- [Perfiles de prevención.](#)

Otras fuentes

- Unesco, UNODC y OMS (2017), [Respuestas del sector de la educación al consumo de alcohol, tabaco y drogas](#). París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>



4.5 | Comunidades locales



RESUMEN

Problemas

En este apartado el término «comunidad» se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que comparten un contexto geográfico y administrativo común.

Las comunidades locales son importantes para las respuestas a la drogodependencia al ofrecer una forma de promover la participación y la acción entre los ciudadanos desde abajo hacia arriba. En Europa, los gobiernos municipales y locales son con frecuencia los principales impulsores del desarrollo y la aplicación de estrategias.

Las comunidades pueden participar en las respuestas a la drogodependencia de diferentes formas:

- como contexto para las intervenciones (en comparación con las escuelas o servicios, por ejemplo);

- las respuestas pueden orientarse específicamente hacia los daños relacionados con las drogas experimentados por las comunidades; y
- mediante la participación de la comunidad en intervenciones que abordan los problemas relacionados con las drogas.

Opciones de respuesta

- El desarrollo de planes comunitarios para coordinar actividades de acuerdo con las necesidades locales.
- El acercamiento basado en las comunidades ofrece servicios para personas y grupos a los que los servicios fijos o canales de promoción de la salud tradicionales no llegan de forma eficaz.
- Programas alternativos para los jóvenes en la comunidad destinados a reducir la participación de jóvenes vulnerables en el consumo de drogas y en las pandillas mediante actividades positivas que refuerzan la autoestima y la adquisición de destrezas para la vida.
- Programas para abordar los daños relacionados con las drogas sufridos por la comunidad, por ejemplo, programas de limpieza para la recogida de jeringuillas y otros objetos relacionados con las drogas y salas de consumo supervisado de droga.
- Enfoques de intervención en la comunidad, como coaliciones comunitarias y los programas Communities that Care.

La forma en que las comunidades se definen varía entre países en Europa, del mismo modo que los enfoques en cuanto a la participación de la comunidad.

Perspectiva europea

En algunos países, se han aplicado enfoques de prevención en barrios de alto riesgo utilizando métodos nuevos como el rediseño de los espacios urbanos. La aplicación de este tipo de intervenciones es más elevada en el norte y el oeste de Europa. Los enfoques con pruebas positivas de eficacia (normativa y ambiental) se aplican en solo una cuarta parte de los países.

El programa Communities that Care (Comunidades que se preocupan, «CTC») se utiliza en Alemania, Croacia, los Países Bajos y el Reino Unido. Asimismo, Bélgica está realizando un estudio sobre el uso de las CTC para la prevención de la delincuencia.

La recogida sistemática de información sobre intervenciones comunitarias es limitada. La variedad de diferentes tipos de intervenciones, su ejecución a escala local, y el hecho de que con frecuencia se solapan con actividades públicas sanitarias y de prevención de la delincuencia más amplias, dificultan la vigilancia de estas intervenciones.

Las buenas prácticas pueden compartirse a través de redes, que pueden centrarse además en otros aspectos o ser específicas para un tipo de intervención. Ubicar estas redes y comprender mejor las diferentes estrategias que se aplican en Europa a los diferentes tipos de intervención dentro de las comunidades puede ser un punto de partida útil para compartir buenas prácticas y efectuar un seguimiento de las actuaciones.

Palabras clave:
comunidades
locales, salas
de consumo
supervisado de
droga

Problemas con el consumo de drogas en las comunidades

El significado de «comunidad» varía entre los países europeos. En algunos casos, las comunidades pueden definirse por fronteras geográficas, ya sea de manera informal, como en el caso de los barrios, o de manera más formal, por fronteras municipales o de la Administración local. En otros casos podrían definirse por afinidades lingüísticas o culturales.

Sea cual sea el método de definición, las comunidades experimentan una serie de daños asociados al consumo de drogas, por ejemplo problemas asociados a escenas de consumo de drogas en lugares públicos de su vecindario. También pueden ser importantes a la hora de abordar problemas de drogadicción, al promover un compromiso y acción cívicos ascendentes. Los gobiernos municipales y locales son con frecuencia los principales impulsores y partes interesadas del desarrollo de estrategias y de la aplicación de intervenciones.

En este apartado el término «comunidad» se entiende como un grupo de personas que comparten un contexto geográfico y administrativo común. Las intervenciones en el seno de una comunidad no abordan necesariamente a toda la comunidad afectada, pero pueden implicar a varios agentes clave (por ejemplo, grupos o asociaciones de familias, servicios sanitarios, instalaciones escolares y deportivas).

La participación de las comunidades en las respuestas relacionadas con las drogas puede manifestarse de formas distintas:

- comunidades como un contexto de intervenciones, por ejemplo servicios divulgativos;
- respuestas a los daños relacionados con las drogas que experimentan las comunidades, como el desorden y los delitos relacionados con las drogas; y
- participación de la comunidad a la hora de apoyar las respuestas a los problemas relacionados con las drogas, que pueden tratar los daños a la comunidad y también a personas.

Opciones de respuesta

Comunidades como un contexto para las intervenciones

Los servicios de divulgación basados en las comunidades pueden constituir un componente flexible y eficaz de la

reducción del daño local y las estrategias de prevención. En general, estos servicios pretenden mejorar la salud reduciendo los riesgos y los perjuicios para las personas y los grupos a los que no llegan eficazmente los servicios en un lugar fijo o los canales tradicionales de educación sanitaria. Los agentes de divulgación suelen contactar y establecer comunicación con poblaciones objetivo y obtienen la aceptación como fuentes de información y asesoramiento de confianza e informadas. Estos servicios varían enormemente y pueden estar dirigidos por trabajadores sociales o compañeros capacitados. Los grupos destinatarios pueden variar entre jóvenes en contextos callejeros o festivos, y consumidores de drogas de riesgo elevado y personas que ejercen la prostitución. Las intervenciones llevadas a cabo por pares deben estar especialmente respaldadas por prácticas de gestión adecuadas. Las cuestiones de la confidencialidad, la definición y el respeto de los límites y la protección de la salud y la seguridad del personal son consideraciones importantes para los servicios que operan en este ámbito. A ello contribuye la creación de directrices claras que abarquen los objetivos, los servicios ofrecidos, las responsabilidades y la necesidad de reconocer y respetar los límites personales, profesionales y legales.

Las intervenciones para el desarrollo juvenil positivo o las actividades alternativas para jóvenes en la comunidad, como las llevadas a cabo por las organizaciones de Positive Futures en el Reino Unido o las «semanas de aventura» anuales en Luxemburgo, ofrecen una serie de actividades (como escalada en roca, deportes, música o actividades creativas y voluntariado) que contribuyen a desarrollar capacidades, cultivar nuevas amistades y desarrollar la autoestima. Su objetivo es mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo y ofrecer alternativas al consumo de sustancias, al delito y a la participación en pandillas para los jóvenes vulnerables.

Respuestas a los daños que experimentan las comunidades

El programa de denuncia de intimidaciones relacionadas con las drogas (Drug Related Intimidation Reporting Programme) de Irlanda es un ejemplo de iniciativas que tratan los daños a las comunidades. El programa es una colaboración entre el servicio de policía y la red nacional de apoyo familiar (National Family Support Network), y ayuda a las personas de la comunidad que padecen intimidaciones debido a deudas de drogas. En otros países las líneas telefónicas asociadas a campañas de medios de comunicación pueden permitir la denuncia anónima de tráfico de drogas en los barrios.



Foco sobre... Las salas de consumo supervisado de droga

¿Qué son las salas de consumo supervisado de droga?

Las salas de consumo supervisado de droga, a veces conocidas como «salas de consumo supervisado», son lugares en los que los consumidores de droga pueden consumir drogas ilegales bajo la supervisión de personal médico capacitado. Existen en varios países europeos y suelen encontrarse en zonas en las que existen lugares públicos de consumo de drogas y es habitual el consumo por vía parenteral en lugares públicos. Su objetivo principal es reducir la morbilidad y la mortalidad mediante la creación de un entorno seguro para el consumo de drogas y la formación impartida a los pacientes sobre formas de consumo de drogas más seguras.

¿Qué problemas abordan?

Las salas de consumo supervisado de droga se crearon originalmente como una respuesta de salud pública ante la rápida transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los años ochenta del pasado siglo. Sus objetivos consistían en reducir los riesgos del consumo por vía parenteral antihigiénico, evitar las sobredosis mortales y conectar a los consumidores de drogas con servicios de tratamiento, salud y sociales. Su creación a menudo se encontró con oposición debido al temor de la comunidad de que pudieran fomentar el consumo de droga, retrasar el tratamiento y agravar la situación de los lugares públicos de consumo de drogas. Sin embargo, cada vez hay una mayor concienciación de su potencial para reducir los daños ocasionados a las comunidades derivados del consumo público de droga por vía parenteral, como los residuos que esta produce.

¿Qué se sabe sobre su eficacia?

Cada vez hay más pruebas de calidad moderada que indican que las salas de consumo supervisado de droga pueden atraer a consumidores a los que resulta difícil llegar, especialmente a los marginados que se inyectan droga en la calle, en condiciones arriesgadas y antihigiénicas. Asimismo, existen pruebas de calidad moderada de que las salas de consumo supervisado de droga incrementan un consumo por vía parenteral más seguro y pueden reducir la transmisión de infecciones por vía sanguínea y la incidencia de sobredosis cerca de servicios, y pruebas similares de que reducen la visibilidad pública del consumo de drogas ilegales y los residuos derivados de las drogas, mejorando de ese modo la zona recreativa pública en torno a los mercados de drogas urbanos.

Salas de consumo supervisado de droga en Europa

Las salas de consumo supervisado de droga llevan funcionando en Europa desde 1986, cuando se creó la primera en Berna, Suiza. En 2016, 90 de estas instalaciones funcionaban en 6 países de la UE, en Noruega y Suiza. Ese mismo año se abrieron 2 en Francia, se crearon nuevas instalaciones en Dinamarca y Noruega, y otros países se encuentran en proceso de aprobar legislación que permita el funcionamiento de salas de consumo supervisado de droga.

Perspectivas de futuro

Las salas de consumo supervisado de droga se crearon originalmente con el fin de reducir los daños derivados del consumo público de opioides por vía parenteral, pero en algunos casos también las utilizaban personas que consumían otras sustancias por vía parenteral. A medida que el consumo por vía parenteral disminuye en algunos países, se está prestando una atención particular a la utilización de salas de consumo supervisado de droga con el fin de reducir los riesgos derivados de otras vías de administración (por ejemplo, droga fumada) u otras sustancias (por ejemplo, cocaína y metanfetamina). Ello entraña algunos cambios en los objetivos de esta respuesta, y serán necesarias investigaciones y evaluaciones para determinar la eficacia de este enfoque con poblaciones que no consumen por vía parenteral. En términos más generales, a medida que aumenta el número de salas de consumo supervisado de droga es importante que estas se evalúen para mejorar los datos empíricos relativos a la medida en que reducen los daños individuales y los daños a la comunidad.

Véase: [Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles](#).

Las salas de consumo supervisado de droga, a veces conocidas como «salas de consumo supervisado», también pueden tener beneficios para las comunidades, así como para las personas que se inyectan drogas (véase, asimismo, «Foco sobre las salas de consumo supervisado de droga», página 156). Existen pruebas de su eficacia a la hora de reducir los daños producidos a la comunidad local, por ejemplo, desde los residuos de las drogas a la molestia pública, así como a la hora de reducir los riesgos de las sobredosis y las infecciones entre las personas que se inyectan drogas. Sin embargo, la comunidad a menudo ofrece resistencia a la creación de dichos servicios, por lo que el compromiso de la comunidad es importante para que tengan éxito.

Otros servicios para reducir los daños pueden aportar también beneficios directos para las comunidades adicionales a sus objetivos principales, por ejemplo, los intercambios de agujas pueden reducir los residuos derivados de las drogas. Algunos también pueden participar en programas proactivos, como organizando jornadas de acción para limpiar parques y zonas en las que los residuos de las drogas representan un problema en los vecindarios locales.

Compromiso de la comunidad

Las coaliciones de comunidades coordinan actividades y recursos para impedir el consumo de sustancias y la conducta delincente de los adolescentes. Pueden aunar a diversas partes interesadas de la comunidad con el fin de

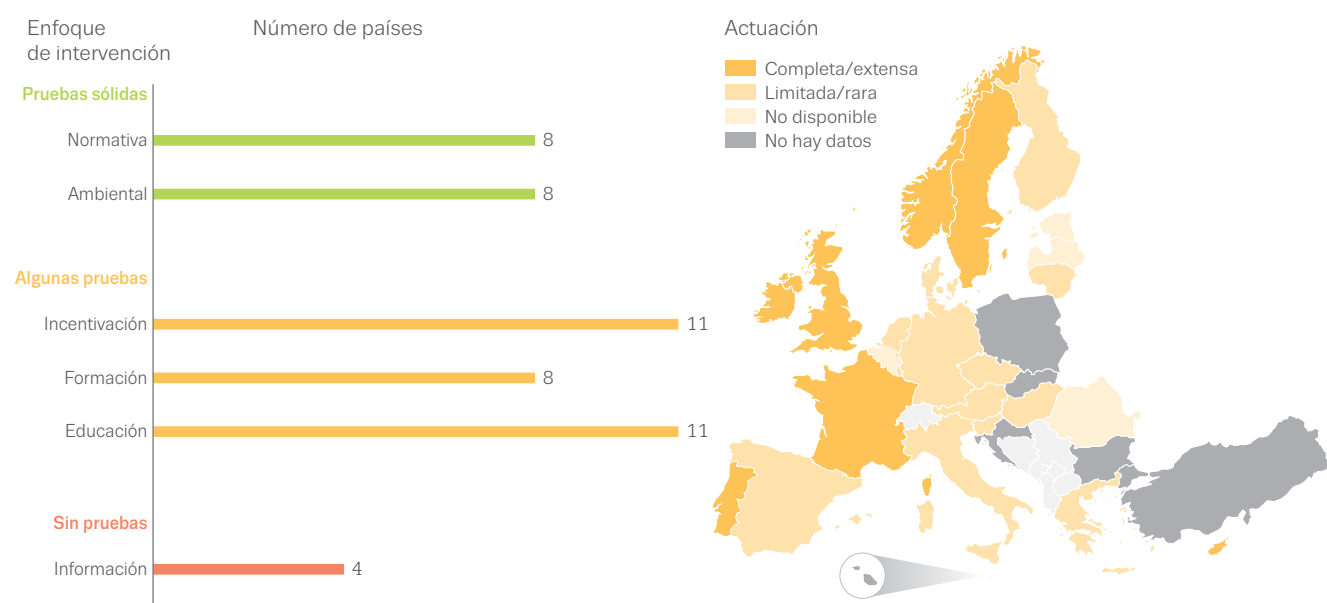
abordar objetivos comunes y movilizar a las comunidades para participar en iniciativas de prevención y fomento de la salud.

El enfoque de Communities that Care se basa en la premisa de que la prevalencia de los problemas de salud y conducta de adolescentes en una comunidad puede reducirse detectando los factores de riesgo fuertes y los factores de protección débiles entre los jóvenes dentro de esa comunidad. Esto permite la selección de programas de prevención y de intervención temprana eficaces y verificados a fin de abordar estos factores de riesgo y protección específicos.

A pesar de que los estudios sobre la eficacia de este planteamiento se han llevado a cabo principalmente en los Estados Unidos, en Europa está surgiendo experiencia de aplicación. Las evaluaciones preliminares apuntan a una necesidad de adaptar la organización del programa. Por ejemplo, en Europa las coaliciones profesionales parecen ser más adecuadas que las coaliciones con predominio de voluntarios, dado que los sistemas escolares suelen estar más organizados a escala nacional o estatal, con menos participación de la comunidad local en comparación con los Estados Unidos. Es preciso que la investigación de evaluación tenga en cuenta el proceso de adaptación y la fidelidad del programa. Se debe evaluar sistemáticamente la repercusión de diferentes contextos de aplicación en múltiples lugares y países con el fin de mejorar la calidad de aplicaciones futuras.

GRÁFICO 4.4.

Intervenciones en barrios de alto riesgo: datos de efectividad y actuación en países europeos, 2015



Nota: El nivel de información de actuación aquí facilitado se basa en la opinión de un experto (o panel de expertos) en cada país. Disponibilidad: Completa/extensa: ofrecida en casi todas o en la mayoría de las ubicaciones pertinentes; Limitada/rara: ofrecida en algunas o más, pero menos de la mayoría de las ubicaciones pertinentes; No disponible: sin actuación en el país.

Los planes comunitarios contra las drogas son un mecanismo importante para traducir estrategias nacionales en respuestas adecuadas en aras de satisfacer las necesidades locales. El nivel en el que se desarrollan estos planes variará entre países, en función de las estructuras y responsabilidades administrativas. La participación de las personas que consumen drogas y las comunidades locales en los procesos de consulta garantiza que los planes tengan más en cuenta la situación local, lo que puede también contribuir a reducir el estigma hacia los consumidores de drogas y promover el entendimiento entre diferentes miembros de la comunidad.

Qué se hace en Europa para responder a los problemas de drogas en las comunidades

En algunos países, se han aplicado enfoques de prevención en barrios de alto riesgo utilizando métodos nuevos como el rediseño de los espacios urbanos. La aplicación de este tipo de intervenciones es más elevada en el norte y el oeste de Europa (véase el gráfico 4.4). Los enfoques con pruebas positivas de eficacia (normativa y ambiental) se aplican en solo una cuarta parte de los países.

El programa Communities that Care es un ejemplo de enfoque de prevención centrado en los barrios.

Actualmente existen ejemplos de este modelo en Alemania, Croacia, los Países Bajos y el Reino Unido. Asimismo, Bélgica está realizando un estudio sobre el uso de este enfoque para la prevención de la delincuencia.

Sin embargo, la recogida sistemática de información sobre intervenciones comunitarias es limitada. La variedad de los distintos tipos de intervenciones descritos anteriormente y el hecho de que, por naturaleza, estas intervenciones a menudo se impulsan y aplican a escala local hacen que su seguimiento resulte difícil. Además, muchas de las actividades comunitarias pueden tener lugar o coincidir con actividades más amplias en materia de salud pública y prevención de la delincuencia. Las buenas prácticas pueden compartirse a través de redes, que pueden centrarse además en otros aspectos o ser específicas para un tipo de intervención, o abarcar zonas geográficas diferentes. Algunos ejemplos de ello son Communities that Care EU, International Network of Drug Consumption Rooms y Club Health. Ubicar estas redes y comprender mejor las diferentes estrategias que se aplican en Europa a los diferentes tipos de intervención dentro de las comunidades puede ser un punto de partida útil para compartir buenas prácticas y efectuar un seguimiento de las actuaciones.



Respuestas en el seno de las comunidades: consecuencias en las políticas y en la práctica

Elementos básicos

Las intervenciones sobre drogas en la comunidad incluyen:

- Políticas e intervenciones sobre drogas para abordar las molestias y los daños que sufren las comunidades.
- Participación de la comunidad en la prestación de servicios, como programas de prevención de drogas de varios componentes.
- Servicios de acercamiento para las personas que no acuden a estos servicios.

Oportunidades

- La participación de la comunidad puede reducir el estigma de los consumidores de drogas y facilitar así la prestación de servicios.
- En algunas zonas, debe considerarse la facilitación de salas de consumo supervisado de droga u otras medidas para reducir las molestias de los escenarios más abiertos en los que se consumen drogas.

Lagunas

- La información sobre el alcance y la naturaleza de los servicios para hacer frente a los daños sufridos por las comunidades y su impacto es limitada.
- Se dispone de muy pocas pruebas sobre la eficacia de las intervenciones en la comunidad, por lo que la investigación en este campo será importante.



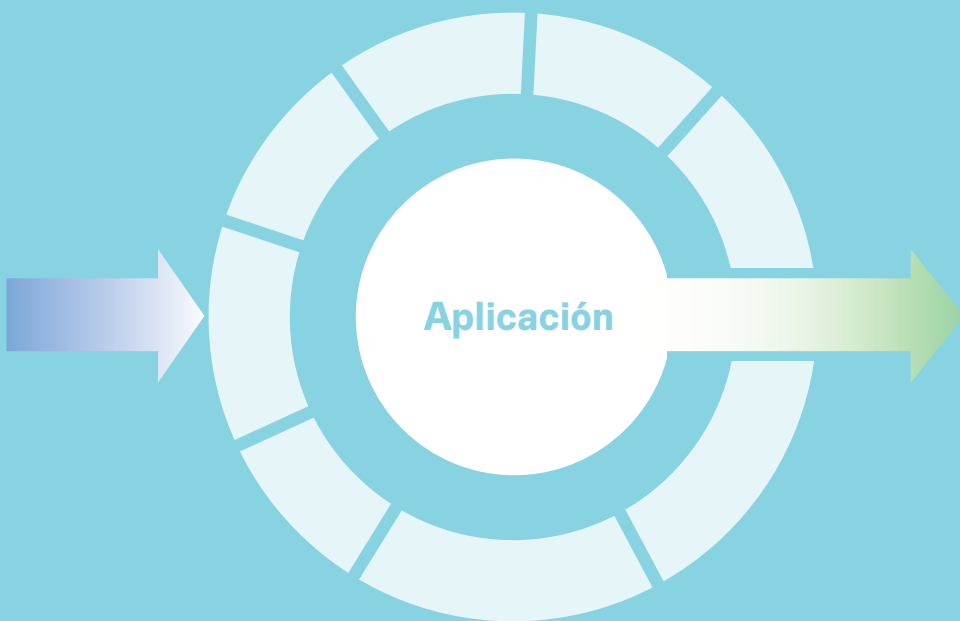
Otros recursos

EMCDDA

- **Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities (Comunidades que se preocupan: un enfoque general para las comunidades en materia de prevención)**, documento EMCDDA, 2017.
- **Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles, Perspectives on drugs, 2017.**

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

5



CAPÍTULO 5

Apoyo a una aplicación adecuada

RESUMEN

Con independencia de las pruebas existentes que respaldan la utilización de cualquier opción de respuesta, es improbable que esta sea eficaz si se aplica de manera deficiente. En este capítulo se destacan una serie de actividades que pueden contribuir a apoyar la aplicación satisfactoria en tres ámbitos generales.

Puesta en práctica de las pruebas

Estas actividades se centran en garantizar la calidad de los servicios prestados y la utilización de intervenciones basadas en pruebas, entre las que figuran:

- la transferencia de programas a distintos contextos culturales;
- la utilización de normas y directrices de calidad; e
- intercambio de buenas prácticas.

Sistemas y asociaciones

Las actividades en este ámbito promueven la prestación eficaz de servicios teniendo en cuenta a las personas y organizaciones implicadas. Lo anterior incluye:

El presente capítulo se centra en la aplicación de respuestas, dado que se trata de un campo clave, pero con frecuencia desatendido. Con independencia de las pruebas existentes que respaldan la utilización de cualquier opción de respuesta, es improbable que esta sea eficaz si se aplica de manera deficiente. La aplicación satisfactoria de cualquier intervención puede ser compleja y dependerá de las interacciones entre una amplia gama de factores. Habida cuenta de que no es posible revisar pormenorizadamente en esta guía todas las cuestiones pertinentes para la prestación de servicios de respuesta a los problemas de drogas, el enfoque adoptado consiste en presentar una visión general de los tres ámbitos de actividad fundamentales que deben tenerse en cuenta para apoyar la prestación de intervenciones basadas en pruebas. Son los siguientes:

Puesta en práctica de las pruebas: Aquí las actividades tienen como objetivo garantizar la calidad a la vez que se configuran programas para atender las necesidades locales. Ello incluye actividades que se centran en el servicio prestado y que

- formación y desarrollo del personal;
- participación de los usuarios del servicio y de la comunidad;
- promoción de vínculos entre servicios y de colaboración entre múltiples agencias; y
- adopción de un enfoque sistémico para la ejecución del programa.

Seguimiento y evaluación

El seguimiento y la evaluación son necesarios para sustentar una aplicación eficaz. Estas actividades promueven el aprendizaje desde la experiencia, y sirven de apoyo a la planificación a nivel de sistema y la transferencia de conocimientos. Entre los aspectos específicos considerados figuran los que siguen:

- las distintas funciones del seguimiento y la evaluación;
- supervisión de las respuestas sanitarias y sociales en Europa;
- práctica actual en Europa y prioridades de desarrollo; y
- evaluación para entender todo el impacto de las respuestas relacionadas con las drogas.

apoyan la utilización de intervenciones basadas en pruebas, la traducción de programas de distintos contextos culturales, la utilización de normas y directrices de calidad, y el intercambio de buenas prácticas.

Desarrollo de sistemas y cooperaciones eficaces: Las actividades en este ámbito promueven la prestación eficaz de servicios teniendo en cuenta a las personas y organizaciones implicadas. Ello incluye la formación y el desarrollo del personal, la participación de los usuarios y de la comunidad, la promoción de vínculos entre servicios y de colaboración entre múltiples agencias y la adopción de un enfoque sistémico para la ejecución del programa.

Seguimiento y evaluación: Estas actividades constituyen un respaldo necesario para la aplicación eficaz de las respuestas a los problemas sobre drogas. Promueven el aprendizaje desde la experiencia y sirven de apoyo a la planificación a nivel de sistema y la transferencia de conocimientos.



5.1 | Puesta en práctica de las pruebas

A fin de apoyar el proceso de aplicación, son necesarios sistemas para ayudar a integrar las pruebas científicas con las políticas y prácticas pertinentes. En los últimos años ha emergido cada vez con más frecuencia un consenso en cuanto al hecho de que la mejor manera de lograr esto es a través de un diálogo proactivo y constante y de asociaciones («intercambio de conocimientos») entre investigadores, responsables políticos y profesionales sanitarios.

Como en otros campos, los resultados de las investigaciones apenas pueden traducirse en políticas y prácticas en materia de droga, lo que significa que existe una brecha entre las pruebas de lo que constituyen intervenciones eficaces y los programas que se ejecutan en realidad. Son muchas las posibles causas de esto. Por ejemplo, podría deberse sencillamente a que la selección de los programas no se ha basado en un examen de las pruebas. Sin embargo, también pueden aparecer nuevas pruebas que pongan en tela de juicio los modelos históricos de prestación de servicios, o pueden desarrollarse nuevos problemas que requieran nuevos enfoques. Esto significa que para que los servicios sigan cumpliendo su finalidad son necesarias las evaluaciones de necesidades del momento, la investigación y el seguimiento (véase el apartado 5.3). Es importante recordar, asimismo, que los programas que han demostrado ser eficaces en un contexto o país no se transferirán necesariamente de forma directa a un contexto o culturas diferentes. A efectos de garantizar una aplicación satisfactoria, a menudo es necesario un proceso de traducción y comprobación que requerirá tiempo y recursos.

Se están desarrollando una serie de herramientas para apoyar la aplicación, así como la utilización de pruebas en la toma de decisiones en una variedad de contextos. Por ejemplo, el Consolidated Framework for Implementation Research (Marco Consolidado para la Investigación de la Ejecución, «CFIR») presenta un marco conceptual general para pensar sobre el proceso de aplicación y estudiar dicho proceso. Se basa en cinco ámbitos principales: características de la intervención, contexto exterior, contexto interior, características de las personas implicadas y proceso de aplicación. Dentro de estos ámbitos se detectan componentes que reflejan las pruebas en los factores que tienen más posibilidades de influir en la aplicación de las intervenciones. Su importancia depende de la

fase de aplicación, desde la aprobación y aplicación iniciales al mantenimiento de un programa o intervención establecidos.

Otro ejemplo, [Decide](#) (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence), fue un proyecto financiado por la Unión Europea que clasificaba las dimensiones que son importantes para la toma de decisiones en intervenciones relacionadas con la salud. En él se desarrollaban instrumentos para ayudar a las personas a tomar decisiones sobre la prestación de asistencia sanitaria, como directrices clínicas, decisiones sobre la cobertura de la intervención, y decisiones de salud pública, teniendo en cuenta las pruebas disponibles y el contexto local. Entre los aspectos a tener en cuenta se incluyen, por ejemplo, el contexto en el que se va a aplicar la intervención y la población destinataria, los posibles efectos no deseados, los valores locales y consideraciones relativas a la aplicación, así como la solidez de las pruebas disponibles. En teoría, un panel de expertos y representantes de cuidadores, pacientes y familias sopesa todos estos factores sumados mediante un proceso estructurado y transparente a fin de decidir qué programas son apropiados para el contexto local y especificar de qué manera deberían aplicarse (véase el gráfico 5.1).

El desarrollo de directrices basadas en la investigación y las normas de calidad (véase más adelante) constituye una parte esencial del proceso de llevar las pruebas a la práctica. Otro elemento importante es desarrollar una cultura que preste apoyo y fomente el intercambio de buenas prácticas. El EMCDDA participa en una serie de actividades de este tipo a las que se puede acceder mediante el [Portal de buenas prácticas](#).

Transferencia de programas e intervenciones

Existe una investigación considerable sobre la ciencia aplicada y la transferencia de tecnología en los campos de la asistencia sanitaria y social, lo que proporciona valiosas aportaciones sobre cómo pueden adaptarse las intervenciones al trabajo en otros contextos, junto con consejos prácticos sobre el modo de lograr que sean adecuados para nuevas poblaciones destinatarias.

GRÁFICO 5.1.

Utilización del marco Decide para la toma de decisiones basadas en pruebas



Nota: Este gráfico se basa en una imagen originalmente elaborada por la doctora Sarah Rosenbaum, del Norwegian Institute of Public Health (Instituto noruego de salud pública), Oslo (Noruega). Existe más información sobre Decide en: <http://www.decide-collaboration.eu>

A fin de transferir con éxito un programa de una cultura a otra resulta fundamental establecer la cantidad de cambios adaptativos que pueden realizarse en la idea central del programa sin perder su eficacia. Esto es importante debido a que la complejidad de una intervención puede obstaculizar su correcta transferencia. Por ejemplo, algunos programas desarrollados en América del Norte requieren la utilización de manuales elaborados, sistemas de formación, apoyo técnico, supervisión y la cooperación de la comunidad y otras partes interesadas de maneras que pueden reflejar de forma específica la organización y prestación de servicios de atención sanitaria y social prevalentes en el contexto de América del Norte. Este tipo de intervenciones aún tienen que adaptarse ajustando la redacción, las imágenes y los ejemplos para reflejar las normas, valores y prácticas en el seno de los contextos europeos. La adaptación al contexto requiere un conocimiento de las infraestructuras organizativas y, en algunos casos, también de las políticas y de las infraestructuras de prestación de servicios. La manera óptima de conseguirlo es involucrando activamente a partes interesadas clave en el proceso de planificación y adaptación. Se ha demostrado que los grupos temáticos y otros métodos cualitativos de investigación en los que participan poblaciones destinatarias y otras partes interesadas constituyen herramientas útiles para adaptar programas a las necesidades y el contexto locales. Pueden encontrarse ejemplos de algunos programas de prevención basados en pruebas que se han transferido a diferentes contextos europeos y de la experiencia adquirida en el proceso en el [Registro Xchange](#) del sitio web del EMCDDA.

Normas y directrices de calidad

Una vez se ha llevado a cabo con éxito una intervención, debería desplazarse el enfoque a la conservación de la calidad.

La utilización de normas y directrices de calidad puede desempeñar un importante papel en este ámbito y puede proporcionar una referencia que permita hacer un seguimiento de los servicios o ayudar en su creación.

Las **normas de calidad** son principios y normas establecidos por organismos nacionales e internacionales sobre qué hacer y qué objetivos perseguir. Por lo general las normas propuestas en el campo sanitario presentan afirmaciones claras y ambiciosas, pero cuantificables, relacionadas con el contenido, procesos o aspectos estructurales de la garantía de la calidad, como el medio ambiente o la dotación de personal.

Las **directrices** se utilizan para fomentar la utilización de intervenciones basadas en pruebas al facilitar recomendaciones prácticas basadas en la valoración, síntesis y clasificación de las pruebas disponibles. Las directrices basadas en pruebas suelen ser elaboradas por grupos multidisciplinares de expertos que evalúan de manera sistemática la calidad de los datos y acuerdan recomendaciones prácticas y actualizaciones oportunas. También se han desarrollado instrumentos como AGREE (Valoración de directrices, investigación y evaluación) para evaluar la calidad metodológica de la formulación de directrices. Por lo general, las directrices diseñan un plan de actividades previstas (que pueden ser obligatorias en algunos países). Ofrecen una guía para recomendar prácticas, y pueden operar junto con las normas de calidad, proporcionando una referencia para evaluar la calidad de los servicios que se prestan. Es importante que aquellos que formulan y utilizan las directrices tengan en cuenta su importancia para el público y las poblaciones potencialmente diversos a quienes se dirigen.

En los apartados pertinentes de la presente guía se han destacado algunas normas y directrices. En 2015, los ministros

de los Estados miembros reunidos en el Consejo de la Unión Europea aprobaron las conclusiones del Consejo por las que se establecían 16 normas mínimas de calidad para la reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea (véase «[Foco sobre las normas europeas mínimas de calidad para la reducción de la demanda de droga](#)», página 164), y se ha animado a los países a integrarlas en sus políticas y programas en materia de drogas. Estas normas de calidad europeas conciernen a la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social. Vinculan la calidad de la intervención a medidas concretas que incluyen una formación adecuada de personal y una prestación de intervenciones basadas en pruebas. Destacan asimismo la necesidad de que todas las partes interesadas participen en la realización y evaluación de las intervenciones, incluida la sociedad civil. Además, incluyen principios fundamentales para las intervenciones de reducción de la demanda, como la adhesión a principios éticos y el respeto de los derechos humanos, que se han destacado en el capítulo 1 de la presente guía. También se destaca la importancia de adaptar las normas basadas en pruebas a las condiciones y sistemas locales.

Existen normas de calidad en la mayoría de los países europeos y pueden utilizarse de maneras diferentes. En algunos países se vinculan a la prestación de servicios y se utilizan para su evaluación. Se utilizan también como requisito para participar en convocatorias de contratación pública y como herramientas para la autoevaluación del nivel de servicio. El [Portal de buenas prácticas](#) del sitio web del EMCDDA aloja un inventario de las normas y directrices europeas e internacionales. Además, el proyecto de Normas europeas de calidad de prevención de drogas («EDPQS», por sus siglas en inglés) ha elaborado un [conjunto de herramientas](#) que incluye materiales para las personas que necesitan facilitar formación acerca de la utilización y la aplicación de normas de calidad en la prevención de drogas.

Las herramientas en línea de apoyo a la sanidad electrónica también desempeñan una función a la hora de garantizar la observancia de las buenas prácticas, por ejemplo, apoyando la

prescripción según los protocolos, mejorando el tratamiento de casos, o promoviendo el acceso a pruebas y buenas prácticas (véase «[Foco sobre las intervenciones de salud electrónica](#)», página 119).

Intercambio de buenas prácticas

El intercambio de buenas prácticas puede producirse mediante una amplia gama de canales y mecanismos. Por ejemplo, las evaluaciones de programas pueden publicarse en publicaciones científicas y artículos sobre prácticas en la prensa especializada nacional. Cada vez se están desarrollando más portales y herramientas en línea para proporcionar visiones generales y síntesis de las buenas prácticas. También existen herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas disponibles en línea que facilitan acceso a pruebas pertinentes en situaciones clínicas. Si bien muchos enfoques exigen que el usuario busque y encuentre lo que resulte de interés para su propia iniciativa, algunas intervenciones, como las conclusiones sobre drogas y alcohol en el Reino Unido, también adoptan un enfoque proactivo o de impulso y envían correos electrónicos periódicos con resúmenes de pruebas e implicaciones políticas y prácticas. Las iniciativas de formación, tanto en línea como presenciales, también ofrecen una manera fructífera de intercambiar conocimientos especializados y experiencia.

El Portal de buenas prácticas del sitio web del EMCDDA proporciona un ejemplo de las herramientas en línea para el acceso a información relativa a enfoques basados en pruebas para hacer frente a los problemas de drogas. Además de proporcionar sinopsis de las pruebas actuales con enlaces a los estudios que las respaldan y el inventario de normas y directrices citado anteriormente, ahora incluye dos iniciativas europeas más amplias en el ámbito de la prevención: las [Healthy Nightlife Toolbox \(Herramientas para una vida nocturna sana\)](#) y el [Registro Xchange](#) de programas de prevención basados en pruebas que se han utilizado en Europa.



Foco sobre... Las normas europeas mínimas de calidad para la reducción de la demanda de droga

Las normas de calidad mínima de la Unión Europea (UE) sobre reducción de la demanda de droga abarcan la prevención, la reducción del riesgo y los daños, el tratamiento y la rehabilitación, y su objetivo es prestar una atención especial a la calidad en las intervenciones de reducción de la demanda de droga en la Unión.

I. Prevención

a) Las intervenciones de prevención (medioambiental, universal, selectiva e indicada) están dirigidas a la población general, a las poblaciones con riesgo de desarrollar un problema de consumo de sustancias o a las poblaciones/individuos con un problema identificado. Pueden estar orientadas a prevenir, retrasar o reducir el consumo de drogas, su agravamiento o sus consecuencias negativas en la población general o subpoblaciones, y se basan en una evaluación de las necesidades de la población destinataria, adaptándose a las mismas.

b) Dichas intervenciones en desarrollo poseen competencias y conocimientos especializados sobre principios de prevención, teorías y práctica, y son profesionales especializados o capacitados quienes gozan del apoyo de instituciones públicas (servicios de educativos, sanitarios y sociales) o trabajan para instituciones acreditadas o reconocidas u organizaciones no gubernamentales.

c) Estas intervenciones de prevención en aplicación se amparan en programas basados en pruebas disponibles y en criterios de calidad disponibles a escala local, nacional e internacional, y cuentan con acceso a ellos.

d) Las intervenciones de prevención forman parte de un plan coherente de prevención a largo plazo, están sujetas a un seguimiento adecuado de forma continua que permite los ajustes necesarios, y a evaluaciones cuyos resultados se difunden para aprender de las nuevas experiencias.

II. Reducción del riesgo y los daños

a) Las medidas de reducción del riesgo y los daños, incluyendo pero sin limitarse a medidas relacionadas con enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas, tienen objetivos realistas, son ampliamente accesibles y se adaptan a las necesidades de las poblaciones destinatarias.

b) Se ofrecen intervenciones adecuadas, información y referencia en función de las características y necesidades de los usuarios del servicio, con independencia de su estado de tratamiento.

c) Las intervenciones están a disposición de todo aquel que las necesite, incluidas situaciones y contextos de riesgo mayor.

d) Las intervenciones se basan en las pruebas científicas y experiencia disponibles y las realizan personal cualificado o capacitado (entre ellos voluntarios), que se dedican a la formación profesional permanente.

III. Tratamiento, integración social y rehabilitación

a) El tratamiento adecuado basado en pruebas se adapta a las características y necesidades de los usuarios del servicio y es respetuoso con la dignidad, responsabilidad y preparación para el cambio del individuo.

b) El acceso al tratamiento está disponible para todo aquel que lo necesite previa petición, y no existen restricciones relacionadas con las características y circunstancias sociales o la falta de recursos financieros de los usuarios del servicio. El tratamiento se facilita en un tiempo razonable y en el contexto de la continuidad de la asistencia.

c) En las intervenciones de tratamiento e integración social se establecen objetivos por etapas y se revisan periódicamente, y se manejan adecuadamente las posibles recaídas.

d) Las intervenciones y servicios de tratamiento e integración social se basan en un consentimiento informado, están orientadas al paciente, y apoyan su capacitación.

e) El tratamiento es dispensado por especialistas y personal capacitado dedicado a la formación profesional permanente.

f) Las intervenciones y servicios de tratamiento están integrados en una atención sanitaria continuada que incluye, cuando proceda, servicios de apoyo social (educación, vivienda, formación profesional, ayuda social) orientados a la integración social de la persona.

g) Los servicios de tratamiento facilitan la realización voluntaria de pruebas de detección de infecciones transmitidas por la sangre, asesoramiento contra conductas de riesgo y asistencia para tratar las enfermedades.

h) Se efectúa un seguimiento de los servicios de tratamiento y las actividades, y los resultados son objeto de una evaluación periódica interna o externa.

Fuente: Consejo de la Unión Europea (2015), [Conclusiones del Consejo sobre la aplicación del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016 en lo que respecta a las normas mínimas de calidad en la reducción de la demanda de droga en la Unión Europea.](#)

El intercambio de buenas prácticas requiere la existencia de una cultura del aprendizaje en la que se realicen seguimientos de los procesos y los resultados y se comparen con los resultados previstos. A continuación, la experiencia adquirida se

comparte, se debate y, en su caso, se efectúan modificaciones. Es posible que la formación continuada también revista importancia en este proceso.

5.2 | Desarrollo de sistemas y asociaciones eficaces



Formación y desarrollo del personal

La cualificación y competencias del personal resultan fundamentales para la ejecución de las intervenciones y constituyen una parte esencial de los sistemas eficaces. Tanto la formación de personal inicial como la continuada resultarán centrales para su desarrollo y mantenimiento. La formación tiene que englobar capacidades y conocimientos básicos, así como la formación en intervenciones específicas. La formación destinada a desarrollar competencias en la interpretación de pruebas ayudará a las personas a estar al tanto de las pruebas y programas emergentes. El proyecto del Currículo de Prevención Universal en Europa (UPC-ADAPT), cuyo objetivo es adaptar el Currículo de Prevención Universal al contexto europeo, es un ejemplo (véase, más abajo, el recuadro).

Existe formación para proveedores de intervenciones disponible en muchos países europeos. Abarca desde programas universitarios especializados en Alemania

y Chequia, por ejemplo, a cursos específicos ofrecidos como parte de programas universitarios de asistencia social en muchos países. Se suele ofrecer algún tipo de formación profesional a aquellos que trabajan en los servicios de prevención y reducción de los daños.

Participación del usuario del servicio/compromiso de la comunidad

La participación de los que sufren problemas de drogas, el objetivo de la intervención, y de las comunidades afectadas por el problema o que albergan la intervención, resulta fundamental para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios. Además, la implicación de los usuarios del servicio puede ser una forma pragmática y ética de garantizar la calidad y aceptabilidad de los servicios. Puede ser necesario algún apoyo para ayudar a los consumidores de drogas a contribuir a efectos de garantizar que su participación sea significativa y fructífera.



El Currículo de Prevención Universal

La importancia de las competencias y formación del personal a la hora de prestar servicios de prevención basados en pruebas se pone de relieve en las conclusiones del Consejo de 2015, en las que se establecen normas de calidad mínima para la reducción de la demanda de droga. El [Currículo de Prevención Universal](#) (UPC) fue diseñado para satisfacer la demanda de un currículo basado en pruebas para profesionales de prevención del consumo de sustancias en todo el mundo. El objetivo de la formación es mejorar el conocimiento y las capacidades de los profesionales de prevención y permitirles desarrollar y ejecutar intervenciones y políticas de prevención del consumo de sustancias basadas en pruebas. La utilización de un currículo estandarizado ayudará a garantizar que los profesionales de la prevención de base regional y nacional obtienen información coherente basada en pruebas y capacitación.

El proyecto de Currículo de Prevención Universal en Europa (UPC-ADAPT), que está financiado por la Comisión Europea, se está aplicando de forma piloto en 9 Estados miembros de la UE (Alemania, Bélgica, Chequia, Croacia, Eslovenia, España, Estonia, Italia y Polonia) y sintetizará el currículo de prevención universal original en un módulo de formación intenso e interactivo más breve y un módulo académico más amplio, y también incluirá formación en línea. El objetivo es crear un Currículo de Prevención de la UE estandarizado basado en normas de calidad para la capacitación de personal desarrollada en los 9 países. El currículo se basa en los Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas, que formuló la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), y las Normas europeas de calidad de prevención de drogas. Hace hincapié principalmente en las intervenciones y políticas basadas en pruebas y en la calidad y sostenibilidad de la aplicación.



Foco sobre... Las intervenciones dirigidas por consumidores

¿Qué son?

Las organizaciones dirigidas por consumidores llevan a cabo actividades que dirigen y llevan a cabo principalmente, en este contexto, antiguos o actuales consumidores de drogas. El punto central en este caso se encuentra en un extremo de un espectro de organizaciones con diferentes niveles de participación de personas con un historial de problemas de drogas. Sin embargo, en ocasiones puede resultar difícil distinguir entre las organizaciones dirigidas por consumidores y otras organizaciones que fueron fundadas por usuarios de los servicios pero que ahora fundamentalmente cuentan con personal remunerado, aunque los antiguos consumidores de droga constituyen un porcentaje importante de la mano de obra.

¿Qué está ocurriendo en Europa?

Muchos países europeos han visto un crecimiento en el número y en el impacto de las organizaciones dirigidas por consumidores. La mayoría de las actividades dirigidas por consumidores pueden dividirse en cinco categorías amplias, que a veces se solapan:

- 1) Ayuda mutua (normalmente agrupaciones en las que los consumidores antiguos y actuales se ayudan mutuamente). Por ejemplo, Narcóticos Anónimos, SMART recovery y L'Isola di Arran.
- 2) Empresas de recuperación. Redes centradas en la recuperación que pueden proporcionar alojamiento de ayuda, cafés de recuperación y actividades sociales, empresas sociales y planes de empleo y apoyo entre pares.
- 3) Reducción de daños (consumidores antiguos o actuales facilitan información y asesoramiento sobre cómo utilizar las drogas de forma segura). La labor que realizan suele llevarse a cabo de una de las siguientes cuatro maneras: proporcionando sesiones formativas; asistiendo a clubes o festivales para facilitar información y prestar ayuda; facilitando información y asesoramiento en línea; y controlando las drogas para informar a los consumidores del contenido de las drogas que han obtenido.
- 4) Defensa (debate en favor de los derechos y el trato justo de los consumidores), como INPUD (Red Internacional de Personas que usan drogas) y EuroNPUD, la red europea, y más grupos locales como Act Up Paris y la Swedish Drug User Union. Existen asociaciones similares en Dinamarca, Francia y Portugal.
- 5) Investigación (realización de proyectos de investigación entre pares). La utilización de investigadores inter pares se considera valiosa por una serie de razones, entre ellas porque proporciona un mejor acceso a grupos a los que resulta difícil llegar, mejora el diseño y el análisis de la investigación mediante la incorporación de perspectivas de consumidores de drogas, y ayuda a las personas con problemas de drogadicción a desarrollar competencias y conseguir un empleo.

Retos principales que amenazan el avance

- Las actitudes estigmatizadoras hacia el consumo de drogas y los consumidores de droga constituyen un importante obstáculo para unas organizaciones dirigidas por consumidores efectivas. La inclusión de estos grupos en foros oficiales, grupos de trabajo y similares puede ayudar a superar este problema.
- Es necesario un compromiso a largo plazo entre órganos estatutarios, otras agencias y organizaciones dirigidas por consumidores a fin de garantizar que los servicios de tratamiento y reducción de daños cubren las necesidades de los consumidores de droga.
- Es preciso dotar a los grupos dirigidos por consumidores de recursos adecuados si han de desarrollar y representar a un elevado número de consumidores de drogas con diferentes perspectivas a la vez que conservan la suficiente independencia para criticar la prestación de los servicios.

Véanse los documentos de referencia, [User-led interventions: an expanding source?](#) (Intervenciones dirigidas por consumidores: ¿un recurso en expansión?) y [Organizaciones de defensa de las políticas sobre drogas en Europa](#).

La participación activa de los consumidores de drogas a la hora de configurar los servicios de drogas en Europa tiene una larga historia y, por ejemplo, ya se estaba llevando a cabo algún trabajo pionero en los Países Bajos en los años setenta del pasado siglo. De manera más reciente, se han emprendido un número cada vez mayor de iniciativas a fin de facilitar la participación de organizaciones de consumidores de drogas a escala nacional y europea. La participación del consumidor varía en forma y puede perseguir una variedad de fines diferentes. Las actividades pueden incluir encuestas a los usuarios del servicio sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios, búsqueda de asesoramiento de los usuarios para la contratación de personal, dirección de grupos destinatarios para desarrollar nuevas zonas de servicio e inclusión de organizaciones de usuarios en defensa de la salud y la formulación de políticas (véase «[Foco sobre las intervenciones dirigidas por consumidores](#)», página 167).

Históricamente, las organizaciones de consumidores de droga han estado probablemente más visibles en ámbitos de apoyo entre pares, prestación de servicios de educación sobre prevención de enfermedades infecciosas y otras actividades para la reducción de daños, y concienciación y defensa en nombre de los consumidores de drogas. De manera más reciente, en algunos países las organizaciones dirigidas por consumidores han participado en el desarrollo de iniciativas de empresas sociales. Normalmente estas proporcionan empleo y formación a personas que consumen drogas, durante o después del tratamiento, con el fin de ayudar a su recuperación y reinserción sociales, y también proporcionan apoyo continuado a aquellos que han finalizado el tratamiento.

La participación de las comunidades locales a menudo es importante para una ejecución satisfactoria de los servicios. Si las comunidades no se involucran pueden actuar como barrera para la prestación de los servicios, por ejemplo, al hacer campaña en contra del establecimiento de servicios de tratamiento en su zona. Por otro lado, su apoyo puede abrir nuevas oportunidades para la reinserción social de personas con un historial de problemas de drogadicción. En el [apartado 4.5](#) se comentan algunos aspectos del compromiso de la comunidad.

Otro ámbito del compromiso de la comunidad es la participación de la sociedad civil en la política sobre drogas. En un análisis de la información disponible en línea llevado a cabo para el EMCDDA en 2013 se identificaron 218 organizaciones de defensa de las políticas sobre drogas en Europa. Aproximadamente un 70 % de estas organizaciones estaba de algún modo activa a escala nacional, y el resto

se dividía prácticamente de forma equitativa entre el plano local y el regional, y el plano europeo e internacional. Sus objetivos primordiales consistían predominantemente en desarrollar prácticas, y entre ellos el 26 % abogaban por la reducción del consumo y el 39 % por la reducción de daños. El objetivo de las organizaciones era influir en las actitudes y opiniones del público y de los legisladores en lo que respecta a la prestación de servicios relacionados con las drogas, controles de drogas, o ambos, y mejorar, por consiguiente, el bienestar de las personas, grupos o sociedades que se ven afectados por el consumo de drogas.

Servicios de enlace: colaboración entre múltiples agencias

Muchos consumidores de drogas se presentan ante los servicios con una mezcla compleja de problemas de drogas, mentales, físicos y de salud sexual. Sin embargo, los servicios suelen especializarse en tratar un tipo de problema. Como consecuencia, las personas pueden encontrarse teniendo que interactuar con múltiples agencias, ninguna de las cuales cuenta con una perspectiva global de sus problemas, y el cuidado ofrecido puede carecer de coordinación y cohesión. De manera alternativa, aquellos con múltiples problemas pueden ser transferidos entre servicios sin que ninguna agencia asuma la responsabilidad de su cuidado, dado que consideran que el problema principal de la persona está fuera de su ámbito de responsabilidad. Por ejemplo, los jóvenes vulnerables con problemas de drogas pueden ser remitidos a asistencia infantil y servicios sociales, agencias de delincuencia juvenil y de salud mental para jóvenes. De modo similar, a veces puede considerarse que quienes tienen problemas de salud mental y drogas coexistentes no cumplen los criterios de admisión para un tratamiento especializado de drogodependencia o un servicio especializado de salud mental. Por tanto, es esencial una cooperación eficaz entre servicios para satisfacer las complejas necesidades de asistencia médica y social de muchas de las personas que sufren problemas relacionados con las drogas. Esto puede facilitarse mediante la utilización de herramientas comunes de evaluación, estableciendo protocolos de derivación y realizando sesiones de formación conjuntas. Son necesarios mecanismos eficaces de enlace con los servicios de drogas en un amplio abanico de contextos de servicios, en particular, proveedores de vivienda y servicios sociales, servicios cuidado de niños, centros penitenciarios, salud mental, servicios de atención primaria y de salud sexual.



Foco sobre... La aplicación de la información conductual a las prácticas y las políticas sobre drogas

Es sabido que los sesgos de conducta, como la falta de visión o el exceso de confianza (por ejemplo, pensar que uno será capaz de parar cuando quiere), afectan a las elecciones de una persona. Esto les puede llevar a actuar de maneras que cabría esperar que evitasen. Los responsables políticos deben tener en cuenta estos factores en el diseño de políticas o intervenciones.

¿Qué es la información conductual?

La información conductual utiliza información que proviene de investigar la manera en que se comportan las personas en realidad, en lugar de la manera en la que cabría esperar que se comportaran si siempre actuaran de forma completamente racional, con el fin de diseñar más intervenciones eficaces.

Se integran contribuciones de diversas disciplinas, como la economía conductual, la psicología social y cognitiva, la neurociencia y la sociología, para ofrecer una mejor comprensión del comportamiento humano real y, por consiguiente, de los fenómenos socioeconómicos. La información obtenida se utiliza a continuación, para ayudar a desarrollar políticas e intervenciones más eficaces que se basan en métodos de experimentación sólidos.

La información conductual puede contribuir a mejorar la política sobre drogas al ofrecer nuevas herramientas para influir en la conducta, mejorar las predicciones sobre los efectos de las políticas existentes y generar nuevas perspectivas políticas.

¿Cómo puede aplicarse?

Los sesgos de la conducta varían entre individuos y grupos y entre conductas distintas. Una de las lecciones clave de las ciencias del comportamiento es que las soluciones únicas no funcionan. En otras palabras, las intervenciones conductuales deberían estar lo más enfocadas y adaptadas que resulte posible: deberían diseñarse de forma específica para el grupo destinatario o para la conducta particular que se pretende alentar o desalentar.

La información conductual se ha venido utilizando en una variedad de intervenciones satisfactorias. Entre los ejemplos se incluye la utilización de datos adaptados, individuales y a tiempo real sobre el uso, los motivos y los daños del consumo de cannabis en un programa de detección en línea. Esto condujo a la reducción del consumo de cannabis a corto plazo. Se ha constatado que recurrir a mecanismos de compromiso, como animar a las personas a elaborar un plan, ayuda a dejar de fumar. La gestión de contingencias (una técnica que utiliza de forma sistemática la fijación de consecuencias claras que desalientan el consumo de drogas y fortalecen la abstinencia) es eficaz a la hora de reducir el consumo de cocaína y de mantener en tratamiento a los pacientes dependientes de los opioides.

Independientemente del enfoque, existen tres fases clave en el proceso de utilización del enfoque de información conductual a la hora de diseñar las intervenciones en el ámbito de la drogadicción u otros ámbitos relacionados:

- 1) identificación de grupos destinatarios, elementos conductuales (es decir, motivos preexistentes y un conjunto de barreras a superar), y conductas específicas para la intervención;
- 2) consideración de los sesgos de conducta (por ejemplo, sesgo actual, exceso de confianza, efectos influenciados) que pueden estar presentes y los instrumentos conductuales específicos (por ejemplo, utilización de incumplimientos, mecanismos de respuestas y recordatorios) que podrían utilizarse para diseñar contextos más favorables a elecciones más saludables; y
- 3) planificación de la evaluación del impacto de cualquier intervención elegida.

Véase el documento de referencia: [Aplicación de la información conductual a las prácticas y las políticas sobre drogas: oportunidades y retos](#).

Como ejemplo, existe una concienciación cada vez mayor acerca de la importancia de los servicios de salud sexual para quienes consumen drogas, dado que pueden existir interacciones en conductas de riesgo y problemas relacionados. Sin embargo, los servicios de tratamiento actuales para problemas de drogadicción y salud sexual funcionan por separado, lo que dificulta proporcionar una atención «conjunta» a las personas que padecen ambos tipos de problemas (véase «Foco sobre el abordaje de los problemas de salud sexual asociados al consumo de drogas», página 72).

Otro campo con problemas similares es el del consumo de drogas y los servicios de salud mental (véase «Foco sobre la comorbilidad del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental», página 32). Entre las personas con problemas de drogadicción la tasa de problemas de salud mental es muy elevada, pero es bien sabido que con frecuencia estas personas encuentran difícil acceder a los servicios que necesitan.

Puede resultar apropiado establecer servicios multidisciplinares especiales en situaciones en las que existen grupos de individuos con necesidades particulares, una elevada prevalencia de problemas y que pueden ser reacios a interactuar con servicios generales. Ejemplos de ello podrían ser servicios para hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres que están vinculados al consumo de drogas y al «chemsex», o servicios para mujeres vinculadas a la prostitución, o para personas «sin techo» que viven en la calle.

Adopción de un enfoque de sistemas

En lugar de centrarse exclusivamente en efectuar intervenciones individuales, adoptar una perspectiva

de todo el sistema puede servir de apoyo a enfoques cooperativos o a la colaboración entre múltiples agencias, y aportar una serie de beneficios para investigadores, médicos y legisladores. Puede contribuir a garantizar que se aprovechen al máximo las sinergias, que se utilicen los recursos de forma eficiente y que los programas se ejecuten eficazmente. También pone el foco de atención en los numerosos componentes distintos de una respuesta eficaz, plantea una reflexión sobre su manera de interactuar y anima a planificar y gestionar recursos para el conjunto del sistema. Cambiar el centro de atención de los programas o intervenciones individuales y las pruebas que los respaldan al sistema general incita a una revisión más amplia de los factores y agentes que sirven de apoyo. Asimismo, puede impulsar la consideración de una gama de opciones y partes interesadas más amplia.

Los siguientes componentes constituyen consideraciones importantes tanto en la prevención de la drogadicción como en los sistemas de tratamiento:

- las poblaciones destinatarias: sus características y necesidades inciden en lo que resulta adecuado y en lo que puede llevarse a cabo;
- intervenciones: los programas, servicios y políticas que se adoptan;
- moderadores: los aspectos de la vida social, política y cultural que influyen en el funcionamiento, aplicación y efectos de las actividades, como las desigualdades sociales, las normas sociales, los marcos legislativos;
- organización: cuando se adopta una decisión, la manera en la que se produce la colaboración entre los sectores políticos, y el modo en que se financian las actividades;
- mano de obra: experiencia profesional y formación de quienes aplican los programas; e
- investigación y control de calidad: el desarrollo de nuevas intervenciones y la garantía de calidad de las actividades existentes.

5.3 | Seguimiento y evaluación



El papel del seguimiento y la evaluación

La información, la investigación, el seguimiento y la evaluación constituyen uno de los temas transversales de la estrategia de la UE en materia de drogas. Se trata claramente de un ámbito amplio y complejo y no es posible describir estos temas con detalle en esta guía. La intención en este punto es proporcionar una visión general de por qué son importantes estos temas en el contexto de las respuestas a la drogodependencia, indicar al lector los recursos existentes a escala de la UE en este ámbito y destacar algunos problemas específicos a nivel de sistema en relación con el seguimiento de las actividades de respuesta en el campo de las drogas.

Es importante señalar que, aunque las actividades a menudo pueden solaparse o estar vinculadas, y que los términos seguimiento, evaluación e investigación a veces se utilizan indistintamente, existen diferencias importantes entre estos aspectos a nivel conceptual. En términos muy básicos, la investigación entraña un conjunto de actividades estructuradas de manera que se recaban pruebas y se evalúan utilizando métodos científicos con el fin de abordar una pregunta específica. El seguimiento se refiere a la recopilación de información en el tiempo y su revisión periódica, por ejemplo, con el fin de describir la situación en cualquier momento o de detectar cambios importantes. La evaluación puede basarse en información obtenida del seguimiento, o puede llevarse a cabo como una investigación formal. Sin embargo, el objetivo de la evaluación consiste en emitir un juicio sobre cómo ha funcionado una política, programa o intervención con respecto a unos criterios de éxito predeterminados.

El seguimiento de las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa: una visión general

El seguimiento y la evaluación constituyen tareas fundamentales en la fase de aplicación de los programas. Comprender las actividades de un programa, seguir sus avances y las características de los pacientes, y garantizar que los servicios están cumpliendo las metas de desempeño pueden considerarse aspectos básicos

de buena gobernanza. La manera en que se llevan a cabo estas actividades de seguimiento y revisión será específica para servicios y contextos individuales. Al diseñar los sistemas de recopilación de datos, es importante utilizar herramientas y medidas establecidas en la medida de lo posible, dado que ello permite que el seguimiento del programa contribuya mejor a una comprensión más general de las actividades a nivel de sistemas.

A escala nacional y europea es necesaria la recopilación de datos sobre respuestas sanitarias y sociales en el ámbito de las drogas por una serie de razones. Entre ellas se incluye la creación de una imagen más precisa y holística de la situación de las drogas, la identificación de tendencias emergentes en una fase temprana, la detección e intercambio de información objetiva sobre buenas prácticas con el fin de fundamentar la planificación y realización de intervenciones, y el suministro de las pruebas necesarias a los responsables políticos para el diseño de estrategias nacionales y regionales sobre drogas y su evaluación. En el contexto de la UE, los centros de referencia nacionales de Reitox del EMCDDA desempeñan un papel fundamental como proveedores de información. También contribuyen al control epidemiológico y ejercicios de evaluación de riesgos, como el Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre las nuevas sustancias psicoactivas. Puede encontrarse información sobre la red de centros de referencia de droga nacionales de Reitox en el [sitio web del EMCDDA](#).

La información epidemiológica es importante, dado que fundamenta los debates políticos sobre qué respuestas son necesarias, garantiza que dichas respuestas sigan siendo proporcionales a las necesidades y facilita la evaluación de diferentes opciones políticas en este ámbito. Las actividades de seguimiento deben reflejar los objetivos principales de las respuestas europeas y nacionales a la drogodependencia, como reducir la prevalencia, incidencia y gravedad de las consecuencias sanitarias y sociales del problema del consumo de drogas en la población. Los ámbitos centrales de las actividades epidemiológicas incluyen, entre otros, el seguimiento de la prevalencia del consumo de drogas, la transmisión de virus por la sangre, las muertes por sobredosis y la tasa de morbilidad relacionadas con el consumo de drogas, y la cantidad de

personas que inician un tratamiento especializado por problemas de drogas.

Además de los datos epidemiológicos, el sistema europeo de seguimiento de drogas también recaba información sobre el tipo, la naturaleza y la disponibilidad de las respuestas que aplican los Estados miembros de la UE a fin de abordar los problemas de drogas. Si bien esta información reviste una clara importancia por razones metodológicas, prácticas y de coste, puede resultar difícil de obtener. Por ejemplo, intervenciones como la prevención en materia de drogas pueden integrarse en el trabajo de una variedad de agencias diferentes y forman parte de un conjunto más amplio de medidas dirigidas a otras conductas problemáticas. Los costes y dificultades prácticas de auditarlas de forma precisa y separada, y con el tiempo, significan que los datos numéricos sólidos que pueden utilizarse de forma agregada a menudo son inexistentes. Además, la prestación de servicios relacionados con las drogas forma parte cada vez con más frecuencia de la labor de agencias con mayores responsabilidades sociales y de atención sanitaria, y el seguimiento y la presentación de informes puede producirse en este contexto, lo que significa que puede resultar difícil o entrañar costes excesivos recabar información sobre intervenciones en el campo de las drogas o acceder a ella. La organización y prestación de cuidados sanitarios y sociales también varía de forma considerable en toda Europa, lo que presenta otro reto para introducir iniciativas de seguimiento estandarizadas. En general, estas dificultades significan que, al margen de algunos ámbitos muy reducidos en los que existen datos numéricos y se pueden recopilar de forma rutinaria, los datos cualitativos y de opinión de expertos junto con las revisiones exhaustivas *ad-hoc* sirven de base para el análisis comparativo de respuestas a la drogodependencia a escala europea.

Los datos presentados en la presente guía demuestran que pueden describirse respuestas a los problemas de drogodependencia en términos generales. Además, pueden detectarse ámbitos en los que parecen que las respuestas faltan o difieren y pueden seguirse los cambios en el tiempo. También es evidente, sin embargo, que en algunos ámbitos faltan datos importantes y que a menudo resulta difícil determinar medidas sólidas de calidad o disponibilidad de los servicios. En cuando a los factores positivos, los avances de la tecnología de la información están ofreciendo nuevas oportunidades para el seguimiento que probablemente incidan en lo que es posible recabar en el futuro. En conjunto, esto pone de relieve el hecho de que debería considerarse prioritaria la detección de necesidades de información clave para el desarrollo de respuestas a la drogodependencia actuales y futuras, y el

desarrollo de indicadores asociados apropiados para un seguimiento rutinario. Ello requiere un enfoque pragmático y doble que identifique los ámbitos que resultan más útiles y factibles en la actualidad y se centre en dichos ámbitos, junto con una búsqueda y desarrollo continuados de nuevas fuentes de información que suplan lagunas críticas o sirvan de fundamento para el desarrollo de servicios en ámbitos con problemas emergentes.

En cuanto a los sistemas, el seguimiento debería determinar y cuantificar qué servicios existen, qué hacen y en qué medida se prestan los servicios y a quién. Con independencia del ámbito de respuesta o el nivel de aplicación, los pasos necesarios para permitir que el seguimiento logre estos objetivos son similares.

Un punto de partida necesario es el desarrollo de un marco para el seguimiento de un ámbito específico, basado en una perspectiva teórica de cuáles deberían ser los componentes centrales de la intervención y el conocimiento de qué servicios existen. La finalidad de este marco es determinar un conjunto delimitado de actividades que puedan agruparse para constituir una categoría de respuesta con fines de seguimiento. Partiendo de esta base se determinan un conjunto mínimo de medidas o preguntas. Una vez que se ha llevado esto a cabo y que se ha recabado la información de manera rutinaria, puede utilizarse para abordar preguntas importantes, como por ejemplo: ¿es suficiente el nivel de actuación?, ¿existen lagunas en dicha actuación?, y ¿los servicios prestados son acordes a lo que se conoce acerca de las prácticas eficaces en el ámbito en cuestión?

Situación y prioridades de seguimiento para algunos ámbitos de respuesta importantes

El EMCDDA recopila una serie de indicadores epidemiológicos para todos los países de la UE, Noruega y Turquía, así como cierta información relacionada con ámbitos de respuesta importantes (véase el [cuadro 5.1](#)). El [Informe europeo sobre drogas](#) presenta una perspectiva general anual de estos datos, y los datos por países se encuentran disponibles en treinta [informes sobre drogas por país](#) y en el [Boletín Estadístico](#), que se actualiza anualmente. Cuando se complementan con otros tipos de información, por ejemplo, costes de intervenciones, estos datos pueden apoyar distintos tipos de evaluación, incluida la evaluación de impacto o un examen de rentabilidad. En este apartado se debaten más detalles sobre la actual situación con respecto a la recopilación de datos en ámbitos de respuesta principales y prioridades para el desarrollo.

CUADRO 5.1.
Información pertinente para las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas recabada por el EMCDDA

| | |
|---|---|
| Prevalencia del consumo de drogas en la población general | Adultos |
| | Alumnado |
| Prevalencia del consumo de drogas problemático | Opioides |
| | Parenteral |
| | Otras drogas |
| Demanda de tratamiento | Contexto de tratamiento |
| | Tratamiento inicial o posterior |
| | Drogas principales y secundarias |
| | Vía de administración y frecuencia de consumo |
| | Características sociodemográficas de los pacientes |
| Consumo de drogas entre reclusos | Antes de prisión |
| | Dentro de prisión |
| Muertes por sobredosis | Toxicología (tipos de drogas implicadas) |
| | Características sociodemográficas |
| Enfermedades infecciosas | Notificaciones de VIH, sida, VHC y VHB |
| | Prevalencia de VIH, VHC y VHB |
| Respuestas sanitarias y sociales | Tratamiento de sustitución de opioides: <ul style="list-style-type: none"> ■ número de pacientes ■ información del programa |
| | Programas de intercambio de agujas y jeringuillas: <ul style="list-style-type: none"> ■ número de jeringuillas facilitadas, pacientes, contactos ■ lugares y cobertura geográfica |
| | Prevención: opinión de expertos de la cobertura de diferentes tipos de intervenciones |
| | |

Nota: Se puede acceder a los datos en el [Boletín Estadístico](#), y los análisis están publicados en el [Informe europeo sobre drogas](#) y en los [informes sobre drogas por país](#).

Prevención

La prevención suele agruparse teóricamente en actividades que entran en tres ámbitos principales: prevención universal, selectiva e indicada. Esta clasificación refleja la población destinataria para la intervención y el nivel de riesgo que se valore que dicho grupo tiene, en lugar del objetivo o contenido generales de la intervención llevada a cabo. Más recientemente, se ha venido prestando cada vez más atención a los enfoques de prevención medioambiental. Habida cuenta de que la prevención de la drogadicción suele formar parte de una estrategia más amplia dirigida a abordar el abuso de sustancias y otras conductas problemáticas, el seguimiento puede resultar

especialmente difícil. En la actualidad, en la UE, únicamente existe información descriptiva disponible sobre el alcance y la naturaleza de la prestación de servicios, y existe una necesidad de mejorar la presentación de informes en aras de permitir un análisis comparativo más sólido. En algunos países la situación es algo mejor, pero en términos generales la capacidad para efectuar un seguimiento de actividades a nivel de sistema sigue siendo escasa. Se trata de un ámbito en el que las pruebas de la efectividad aumentan, pero esta información no siempre queda patente en el suministro de respuestas. Las actividades de seguimiento cada vez se centran más en desarrollar medidas que puedan determinar la utilización de enfoques basados en pruebas o aspectos de la calidad de los programas, como la utilización de manuales o directrices. Esto refleja el hecho de que establecer y fomentar la adopción de buenas prácticas puede considerarse una prioridad en este ámbito.

Atenuación de los daños relacionados con las drogas

Las medidas encaminadas a reducir las muertes relacionadas con las drogas y otros daños, y las medidas destinadas a mitigar los perjuicios públicos son parte integral de numerosas estrategias nacionales en materia de drogas, y una prioridad inequívoca de la formulación de políticas en una mayoría de países europeos. Con la recogida de datos en este ámbito a escala europea se pretende mejorar la información relativa al nivel de ejecución de las medidas de atenuación de daños fundamentadas en hechos contrastados, mediante el seguimiento de estrategias y respuestas nacionales, el análisis de la información disponible, y la documentación de proyectos basados en pruebas con el fin de contribuir a la difusión de conocimientos técnicos especializados en toda Europa. Los planteamientos actuales se basan en datos epidemiológicos sobre problemas ligados al consumo de drogas, el consumo de drogas por vía parenteral y la prevalencia y tendencias de la transmisión de enfermedades infecciosas. Además del seguimiento de los daños crónicos, cada vez existen más datos disponibles, tanto a escala nacional como mediante iniciativas europeas (por ejemplo, el proyecto Euro-DEN), que arrojan luz sobre los daños relacionados con las drogas observados a través de las admisiones a los servicios de urgencias por problemas relacionados con drogas. En la actualidad, a escala de la UE, los principales conjuntos de datos cuantitativos disponibles para el seguimiento de intervenciones encaminadas a reducir los daños de la drogodependencia son para el suministro de agujas y jeringuillas a través de programas especializados (de un número limitado de países) y el suministro de sustitución de opioides. Cada vez existen más datos disponibles sobre la concesión de instalaciones para el consumo de droga y la oferta de programas de naloxona. Al igual que con el seguimiento de prevención, a escala de la UE existen algunas opiniones de expertos y cierta información descriptiva disponibles sobre el alcance y la naturaleza de la prestación de servicios relacionados con la atenuación de los daños, pero es preciso que se mejore a fin de permitir un análisis comparativo.

Tratamiento de la drogodependencia

Garantizar la disponibilidad de tratamientos orientados y diversificados, así como el acceso a los mismos, y mejorar su calidad, son factores esenciales para la reducción de la demanda de drogas. El EMCDDA recoge información a través de varias herramientas de seguimiento de los tratamientos cuyo objetivo es:

- recabar datos sobre las políticas y el marco organizativo del tratamiento de la drogodependencia, así como de la disponibilidad, accesibilidad y diversificación del tratamiento;
- recabar datos que permitan documentar las medidas de garantía de la calidad adoptadas por los países para alcanzar y mantener un elevado nivel de la misma en la provisión de los servicios de tratamiento;
- recabar datos cuantitativos sobre el número de personas a las que llega el tratamiento de drogodependencia en los Estados miembros de la UE, incluidas las características de las personas que inician un tratamiento de drogodependencia especializado (por ejemplo, tipo de droga, características sociodemográficas) y el número de pacientes que reciben un tratamiento de sustitución de opioides.

Algunos países europeos disponen de registros de tratamientos relacionados con drogas que proporcionan datos que pueden emplearse para evaluar las estrategias de drogodependencia y fijar nuevos objetivos. Este es el caso del Reino Unido, donde el sistema nacional de vigilancia de los tratamientos de drogodependencia recaba datos sobre todos los adultos que inician un tratamiento, incluidas las razones para abandonarlo y sus resultados. En otros países europeos, los estudios de observación a largo plazo han proporcionado información importante sobre los resultados del tratamiento. En Irlanda, el estudio ROSIE también investigó el consumo de sustancias durante el tratamiento; un estudio alemán examinó los resultados de varios tratamientos en centros especializados y atención primaria; mientras que un estudio danés también tuvo en cuenta la abstinencia de las drogas. Algunos de estos estudios han tenido en cuenta la incidencia de la mortalidad y sus causas, y además se han llevado a cabo una serie de estudios de cohorte de la mortalidad entre poblaciones base específicas en riesgo elevado por diferentes razones, por ejemplo, los consumidores de drogas por vía parenteral y los reclusos.

Por otro lado, en algunos países existen recopilaciones de datos que incorporan una evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria con respecto a criterios predefinidos. Estos sistemas se centran en la presentación de informes sobre los resultados que se consideran indicadores de calidad del tratamiento. Ejemplos de ello son: en Italia, el programa nacional para la evaluación de resultados sanitarios (Piano nazionale Esiti); en Francia, los [indicadores de calidad y seguridad de la asistencia sanitaria](#) de la Haute Autorité de Santé; en Alemania, el [Instituto de Calidad y Eficacia en la Atención Sanitaria](#)

(IQWIG); y en Suecia, el [Socialstyrelsen](#). Estos sistemas forman parte de los mecanismos nacionales de seguimiento y evaluación y deberían contribuir a una mejora de los servicios y a la detección de lagunas de investigación.

Centros penitenciarios

Como parte de un programa para mejorar la calidad y comparabilidad de la información referente a las intervenciones aplicadas en centros penitenciarios en países europeos, el EMCDDA ha publicado un marco metodológico para el seguimiento del consumo de drogas y las respuestas relacionadas en estos contextos. Su objetivo es mejorar la información relativa a las drogas en los centros penitenciarios y aumentar la comparabilidad entre países de la información en este ámbito. El marco incluye dos componentes del seguimiento (la epidemiología y las intervenciones). En la actualidad el EMCDDA coteja datos relativos a la prevalencia del consumo de drogas y los patrones de dicho consumo entre los reclusos, a la prevalencia de las enfermedades infecciosas en entornos carcelarios e información cualitativa sobre la situación y avances en el ámbito de las drogas y los centros penitenciarios a escala nacional. Existe un resumen del trabajo de la agencia en este ámbito disponible en el [sitio web del EMCDDA](#).

Evaluación: entender todo el impacto de las respuestas relacionadas con las drogas

La evaluación implica emitir un juicio sobre el impacto de una actividad. El seguimiento de los datos suele ser un componente fundamental de estas evaluaciones, aunque puede complementarse con procesos de recopilación de información específica.

Los datos recabados para la evaluación del impacto de las respuestas a los problemas de drogodependencia, además de reflejar los objetivos específicos de intervenciones concretas, pueden incluir útilmente indicadores de otros objetivos políticos más amplios. Por ejemplo, la evaluación del impacto de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas podría incorporar los posibles beneficios para la comunidad de reducir los residuos derivados de las drogas. Del mismo modo, las evaluaciones económicas de algunos tipos de tratamientos de drogodependencia (por ejemplo, el tratamiento de sustitución de opioides) han sugerido que uno de sus principales beneficios económicos está ligado a la reducción de la actividad delictiva entre los participantes del tratamiento y la reducción asociada de los costes del sistema policial y del sistema de justicia penal. La comprensión del impacto global de las intervenciones puede contribuir a que se tomen decisiones políticas fundamentadas y a garantizar que estas representen la utilización óptima de los recursos públicos.



Apoyo a una aplicación adecuada: implicaciones para la política y la práctica

Puesta en práctica de las pruebas

- La aplicación de las normas europeas de calidad mínima para la reducción de la demanda y el desarrollo de normas y directrices de calidad nacionales pueden contribuir a aumentar la calidad de las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa.
- Los sitios web que proporcionan acceso a las pruebas de qué trabajos y registros de buenas prácticas, como el [Portal de buenas prácticas](#) del EMCDDA, pueden contribuir a promover la aceptación de programas basados en pruebas. Las herramientas en línea de apoyo a la sanidad electrónica también desempeñan una función a la hora de garantizar la observancia de las buenas prácticas, por ejemplo, apoyando la prescripción según los protocolos, mejorando el tratamiento de casos, o promoviendo en acceso a pruebas y buenas prácticas.

Desarrollo de sistemas y asociaciones eficaces

- Las personas que consumen drogas son socios clave en las respuestas a los problemas de drogodependencia. Las iniciativas de empresas sociales dirigidas por consumidores que proporcionan empleo y formación para ayudar a la reinserción social y la recuperación y proporcionar apoyo continuado a quienes han completado el tratamiento pueden ser un elemento valioso para la prestación de servicios de tratamiento y reinserción social.
- Muchas personas con problemas de drogadicción tienen necesidades complejas y deben interactuar con múltiples servicios. La colaboración entre múltiples agencias y la creación de fuertes vínculos, el desarrollo de vías y protocolos de referencia son importantes para una respuesta eficaz y efectiva a sus múltiples necesidades.
- La adopción de una perspectiva de todo el sistema en lo que respecta a la prestación de servicios en un ámbito, en lugar de centrarse en intervenciones individuales, atrae la atención sobre los diferentes componentes necesarios para la ejecución de los programas y el modo en que interactúan. Esto facilita el uso eficaz de los recursos y mejora el apoyo a la colaboración entre múltiples agencias, al igual que posiblemente favorece que se tenga en cuenta una gama más amplia de opciones políticas y partes interesadas.

Seguimiento y evaluación

- El seguimiento de la situación de las drogas y las respuestas a los problemas detectados resulta fundamental para unas políticas y prácticas sobre drogas eficaces y eficientes. El EMCDDA y otros organismos recaban una amplia gama de datos epidemiológicos, pero la información recabada sobre el suministro de respuestas es irregular y debería constituir una prioridad para la mejora. En este ámbito, entre las tareas importantes se incluye la identificación de necesidades informativas clave para el desarrollo de respuestas a la drogodependencia actuales y futuras, y el desarrollo de indicadores para el seguimiento rutinario.
- También es importante la evaluación de intervenciones y políticas con el fin de determinar qué puede funcionar, en qué circunstancias y si existen consecuencias no deseadas. En la actualidad la base empírica para las respuestas a los problemas de drogodependencia es débil en muchos ámbitos y es necesario un apoyo continuado tanto para las evaluaciones como para las iniciativas que sintetice y haga públicos los resultados. Sería útil ampliar los sistemas de seguimiento para incluir los resultados de las respuestas (por ejemplo, resultados de tratamientos).

Puede resultar difícil demostrar que las respuestas tienen un impacto en la salud pública. Esto exige sistemas de datos y análisis que permitan detectar reducciones en la magnitud de los efectos adversos de los problemas de drogodependencia de la población, lo que requiere que las pruebas que permitan mejorar en estos problemas sean razonablemente atribuibles a las intervenciones. Por tanto, resulta esencial que los responsables políticos incluyan financiación para sistemas de seguimiento que puedan generar la información necesaria para la toma de decisiones dentro de sus estrategias sobre la drogodependencia y planes de acción.

La evaluación debería evaluar tan objetivamente como sea posible los efectos de una política o programa, la manera en que funciona y la medida en que alcanza sus objetivos. Lo ideal es que la evaluación se lleve a cabo utilizando rigurosos

métodos científicos por evaluadores que sean independientes de los servicios examinados, a fin de garantizar que las conclusiones puedan considerarse imparciales.

La evaluación cada vez se está reconociendo más, a nivel de sistemas, como elemento central a efectos de garantizar el impacto de las respuestas a los problemas de drogodependencia en la salud pública. La neutralidad que ofrece un marco imparcial para considerar los beneficios relativos de diferentes enfoques puede resultar útil en un ámbito en el que las diferentes partes interesadas pueden tener puntos de vista muy diferentes pero igualmente arraigados. Además, debido a un proceso de diversificación e innovación constante, los programas y servicios de reducción de demanda de drogas ahora engloban una gran variedad de enfoques y métodos, por lo que cada vez

resulta más difícil evaluar el valor relativo de estos enfoques y programas diversos. La elección de, por ejemplo, una intervención de prevención concreta a menudo depende más de consideraciones como una fácil accesibilidad, el coste, la familiaridad o el carisma del proponente, que de una evaluación sistemática de las ventajas y desventajas de programas que compiten entre sí.

Por otra parte, el aumento en la prestación de intervenciones de prevención, tratamiento y reducción de daños, en términos de cantidad y diversidad, ha traído consigo competencia entre los servicios por los pacientes. La necesidad de justificar el gasto de fondos públicos en servicios de tratamiento exige criterios racionales y datos adecuados sobre su eficacia y rentabilidad. La evaluación de los servicios, por tanto, se considera cada vez más un elemento esencial para el desarrollo de una política sobre drogas basada en pruebas.

Por último, los problemas de drogodependencia siguen evolucionando y es preciso desarrollar y evaluar nuevos modelos de servicios a fin de garantizar que las respuestas

sigan cumpliendo su propósito. Estos cambios se están produciendo sobre el trasfondo más general en el que el envejecimiento de la población se está convirtiendo cada vez más en una carga económica para los presupuestos sanitarios en todo el mundo. Esta preocupación ya ha empezado a ejercer presión en los servicios de salud y tratamiento para lograr soluciones más económicas y flexibles, y se manifiesta en todo el sector de la asistencia sanitaria. Es posible que el aumento de la presión en los servicios sanitarios y los limitados recursos que se les destinan den lugar a recortes en la financiación disponible para la evaluación. En cambio, a fin de maximizar el valor de los escasos recursos, será cada vez más importante saber cómo funciona el tratamiento y qué tratamientos funcionan mejor para qué pacientes.

Existen una serie de herramientas disponibles para ayudar en la evaluación de intervenciones de reducción de la demanda, incluidas directrices del EMCDDA sobre la evaluación. Estas herramientas deberían contribuir a cambiar la política y la práctica hacia una evaluación de la prevención y de los servicios de tratamiento más generalizada y sistemática.



Otros recursos

EMCDDA

- Boletín estadístico.
- Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017.
- Informes sobre drogas por país.
- Portal de buenas prácticas — Registro Xchange.
- Organizaciones de defensa de las políticas sobre drogas en Europa, documentos EMCDDA, 2013.
- Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals, 2017.
- Evaluation: a key tool for improving drug prevention, Monografía, 2000.
- Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union, Monografía, 1998.
- Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use, Observaciones, 2007.
- Neil Hunt, Eliot Albert y Virginia Montañés Sánchez, User involvement and user organising in harm reduction, Harm reduction: evidence, impacts and challenges, capítulo 12, 2010.
- User-led interventions: an expanding resource? (Intervenciones dirigidas por consumidores: ¿un recurso en expansión?), Russell Webster, documento de referencia.

Otras fuentes

- Proyecto de Currículo de Prevención Universal en Europa (UPC-ADAPT).
- Normas europeas de calidad de prevención de drogas (EDPQS).
- Consolidated Framework for Implementation Research.
- UNODC Gap toolkit.

Pueden encontrarse enlaces a recursos adicionales en: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

Seguir adelante: respuestas eficaces a los problemas relacionados con las drogas en Europa

El punto de partida

La presente guía de respuestas europeas ha sido diseñada para ofrecer a los lectores una visión general del complejo panorama de respuestas a los problemas de drogodependencia en toda Europa. En ella se han identificado oportunidades para mejorar los servicios y las lagunas que requieren una atención especial. La importancia relativa de las mismas, sin embargo, variará en función de los contextos nacionales, reflejando la heterogeneidad que nos encontramos en los problemas de drogodependencia en Europa. No obstante, se pueden extraer algunas conclusiones generales desde una perspectiva europea en lo que respecta a los principales retos de salud pública de la actualidad en el ámbito de la drogodependencia. La guía hace hincapié en la naturaleza polifacética de los problemas relacionados con las drogas y la correspondiente variedad de opciones de respuesta que son necesarias para abordar los distintos objetivos y necesidades. Permite al lector considerar la lógica de seleccionar diferentes enfoques y le ofrece un paseo conceptual a través de las distintas fases de diseño, segmentación y aplicación de respuestas a los problemas de drogadicción. A lo largo de todo el texto se hace hincapié en la importancia de una definición clara del problema y de comprender las implicaciones de la colaboración con diferentes grupos destinatarios y en diferentes contextos de intervención. Una vez reconocido que surgirán nuevos problemas que probablemente exigirán que nos adaptemos y desarrollemos nuevas respuestas, la presente guía ha sido diseñada en torno a la premisa central de la necesidad de pensar de forma lógica y estructural a la hora de desarrollar una política y unos servicios sobre las drogas, basándose en una evaluación continuada de lo que es necesario, y en un conocimiento de lo que se sabe que funciona. Además, este tipo de pensamiento estructural mejora la capacidad de detectar nuevos problemas y darles respuesta.

En buena medida, las respuestas europeas a los problemas de drogodependencia vienen definidas por la epidemia de consumo de heroína por vía parenteral que la mayoría de los países padecieron en los años noventa del pasado siglo. Se desarrollaron modelos de servicios satisfactorios y han incidido de forma drástica en este problema. En muchos sentidos hemos aprendido lo que es necesario para responder a las necesidades de quienes sufren problemas con los opioides o quienes consumen drogas por vía parenteral. Es interesante señalar que muchas de las actividades que ahora se consideran respuestas principales en este ámbito al principio se consideraron controvertidas o incluso contraproducentes. En algunos países, sin embargo, el nivel de prestación de servicios

sigue distando de ser óptimo, y se corre el riesgo de que los beneficios en materia de salud en este ámbito se vean comprometidos. Una preocupación en este punto es que, en tiempos de austeridad financiera, es posible que el hecho de que hayamos visto algún éxito en este ámbito se interprete como una sugerencia de que ya no es precisa una inversión continuada. De hecho, sería imprudente desde una perspectiva de salud pública no continuar apoyando adecuadamente las respuestas que han demostrado ser eficaces y rentables, como por ejemplo, el tratamiento de sustitución de opioides.

Aprovechamiento del potencial de las nuevas tecnologías

Con respecto al futuro, es importante reconocer la repercusión que tienen las nuevas tecnologías, la globalización y los avances políticos, sociales y demográficos a escala internacional en el problema de drogodependencia en Europa. Esto puede observarse en la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y en el modo en que internet, las aplicaciones de redes sociales, las nuevas tecnologías de pago y los programas de cifrado están empezando a cambiar la manera en que pueden comprarse y venderse las drogas. Estos cambios afectan no solo a los mercados de drogas, con un impacto asociado en los patrones de consumo, sino que también entrañan implicaciones para ofrecer unas respuestas sanitarias y sociales adecuadas en el futuro. Este es un campo en el que los países europeos han estado a menudo preparados para experimentar y han sido rápidos en innovar. Para seguir siendo útiles, aquellos que se ocupan de responder a los problemas de las drogas necesitarán seguir desarrollando y, por ejemplo, aprovechando el potencial de las nuevas tecnologías para apoyar la mejor aplicación de las iniciativas de prevención, tratamiento y reducción de daños. Las aplicaciones de salud electrónica encierran el potencial de ampliar el alcance de algunos servicios, por ejemplo, a zonas rurales o a jóvenes vulnerables que pueden ser reacios a interactuar con los servicios formales. Sin embargo, también pueden ayudar en la ejecución de intervenciones basadas en pruebas ayudando a los médicos a acceder a los datos, contribuyendo a la aplicación de intervenciones adecuadas, mejorando la gestión de los casos y proporcionando formación. Del mismo modo, será importante centrar la atención en los avances de la neurociencia y, en particular, en las nuevas farmacoterapias. Estas pueden aportar nuevas herramientas al instrumental clínico, pero será importante determinar cuál es la mejor manera de aplicarlas junto a otros enfoques clínicos establecidos si han de ser utilizadas de forma eficaz.

La importancia de utilizar y elaborar la base empírica

El razonamiento de que las respuestas deberían basarse en pruebas de eficacia constituye un precepto central de las políticas de drogas europeas, pese a que algunos críticos podrían argumentar que esto no siempre se observa en la práctica. No obstante, las respuestas basadas en pruebas están ganando terreno progresivamente en Europa, y, con el actual clima financiero, parece haber más interés que nunca en garantizar que los escasos recursos sanitarios se gasten correctamente. Sin duda es importante comprender las pruebas que respaldan cualquier intervención específica, dado que supone entender de qué formas pueden utilizarse las pruebas para fundamentar el desarrollo de respuestas. De cara al futuro, a medida que crezca la base empírica y que las intervenciones se integren, es probable que resulte necesaria una comprensión más sofisticada de la naturaleza y el cometido de las pruebas. Las competencias en este ámbito están creciendo, según ilustran los avances en ámbitos como la transferencia de conocimiento y la ciencia aplicada.

La perspectiva que se ha utilizado aquí es reconocer que la *base empírica* no es una característica binaria, intrínseca, que un conjunto de actividades pueda o no tener. Se trata

más bien de una evaluación de la situación actual de la base de conocimiento a lo largo de un proceso continuo de incertidumbre, y en el contexto de resultados definidos. Este último punto resulta fundamental, dado que las pruebas solo tienen sentido en el contexto de resultados específicos, cuidadosamente medidas con respecto a una población y contexto particulares. Modificar cualquiera de estos parámetros aumentará la incertidumbre. Del mismo modo, únicamente debido a que se ha demostrado que una respuesta funciona en un contexto o con una población, no puede asumirse que funcionará de la misma manera en otro lugar o con grupos diferentes, lo que significa que la interpretación y aplicación de lo que conocemos sobre «lo que funciona» nunca va a ser sencilla. Es mejor interpretar la utilización de pruebas como un proceso continuado, una conclusión y un mensaje básico que emana de la presente guía. Ello también supone aceptar que para muchos problemas las intervenciones siempre tienen que basarse en un conjunto de información parcial y que siempre tendrán que ajustarse para adaptarse a los contextos específicos en los que se utilizarán.

En todos los ámbitos resulta, por tanto, fundamental seguir desarrollando una base de conocimientos, no solo con respecto a si funcionan tipos de respuestas diferentes, enfoques nuevos y tradicionales, y en qué circunstancias, sino también en qué medida se están aplicando y cuál es su grado de eficacia. La coordinación y la colaboración en Europa a la hora de investigar, realizar seguimientos e intercambiar buenas prácticas en relación con las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas serán importantes para aumentar la eficacia y la efectividad en este ámbito.

Los beneficios del pensamiento sistémico y las asociaciones

En esta guía se ha hecho hincapié en el valor de la perspectiva a nivel de sistemas, y se reconoce cada vez más que las intervenciones diferentes deben coordinarse y colaborar de forma integrada. Esto no se debe únicamente a que las personas pueden tener múltiples necesidades, sino también a que los problemas de drogodependencia son complejos y a menudo interactúan y coexisten con otros problemas sanitarios y sociales. En esta guía se han destacado muchos ejemplos de dónde existen oportunidades de mejorar la coordinación de las respuestas sobre drogodependencia y su integración con otras esferas, entre otros, las iniciativas de prevención comunitarias, los centros penitenciarios y el sistema de justicia penal, la atención a la salud sexual y mental, y los servicios de apoyo a la vivienda y sociales. Todos son ámbitos en los que es posible mejorar la coordinación de las respuestas y obtener importantes mejoras sanitarias y contribuir a una utilización más eficaz de los limitados recursos. Algunos grupos de población tienen necesidades especiales de servicios integrados, por ejemplo, los consumidores de opioides de edad que son especialmente vulnerables a problemas de salud. Es probable que esto precise que los servicios de drogodependencia se acerquen y formen nuevas asociaciones con un grupo más amplio de proveedores de atención sanitaria y social, como los servicios de atención sanitaria geriátrica. En algunos casos, tendrán que desarrollarse servicios de atención especializada; un desarrollo que ya se ha visto en algunas partes de Europa.

Una parte integrante del enfoque de sistemas, y otra conclusión general que se desprende de la presente guía, es la importancia especial de las asociaciones a la hora de desarrollar respuestas eficaces en el ámbito de la drogodependencia. Esto es necesario porque la naturaleza polifacética de los problemas de drogodependencia requiere una colaboración de multiservicios, y la necesidad de integrar los servicios satisfactoriamente en contextos locales exige el compromiso y apoyo de las comunidades. Además, los usuarios de los servicios, los familiares y la comunidad en general se ven todos afectados por los problemas de la drogodependencia de formas distintas. Sus diferentes perspectivas

y experiencia pueden proporcionar una valiosa aportación al desarrollo y aplicación de los servicios.

El valor añadido de las asociaciones también se aplica a escala internacional y de la UE. En esta guía se destacan algunos ejemplos de proyectos de investigación financiados por la UE e iniciativas de buenas prácticas, como las que elaboran normas para intervenciones en contextos de vida nocturna o el desarrollo de aplicaciones de salud electrónica.

Las asociaciones entre agencias también resultan importantes y han contribuido a la elaboración de directrices para las respuestas sanitarias y sociales en una serie de ámbitos en los que se ha basado la presente guía.

Mantener el foco de atención en los daños y muertes

En la presente guía se ha hecho hincapié en la importancia de responder a las infecciones de hepatitis, dado que este grupo de enfermedades representa un porcentaje considerable de los costes sanitarios asociados al consumo de droga en Europa. Además, sin una actuación eficaz, los futuros costes asociados con una infección de hepatitis C, en particular, podrían crecer de manera exponencial. En la actualidad, existe una oportunidad gracias a la aparición de nuevos tratamientos, y la erradicación de esta enfermedad parece ahora una posibilidad realista. A fin de lograr esta ambición, sin embargo, será necesaria inversión y una mejor coordinación entre servicios de drogodependencia y servicios especializados en el hígado, algo necesario no solo a efectos de garantizar una cobertura de tratamiento adecuada, sino también de garantizar que se identifica a las personas en riesgo y que se adoptan medidas para ayudar a prevenir una futura reinfección.

La intervención eficaz para reducir las sobredosis de droga sigue constituyendo una laguna clara en las respuestas actuales, dado que las cifras de sobredosis mortales siguen siendo elevadas en muchos países e incluso aumentan en algunos de ellos. Esto ocurre a pesar del hecho de que muchos de los factores de riesgo asociados a las sobredosis mortales son bien conocidos. Se han producido algunos avances potencialmente importantes recientemente, por ejemplo, el uso más amplio de antagonistas opioides como la naloxona. Entre las preguntas importantes en este ámbito se encuentran las siguientes: ¿Estamos asistiendo a una nueva generación de consumidores de opioides y policonsumidores en algunos países? ¿Se está volviendo el grupo de edad de consumidores de opioides de Europa más vulnerable a las sobredosis a medida que envejece? Y, si es así, ¿qué implicaciones entraña para la prestación de servicios? ¿Cuál es la mejor manera de responder a la amenaza que representa la aparición de opioides sintéticos sumamente potentes, como los fentanilos, que pueden desempeñar un papel en las sobredosis mortales pero a veces pasan inadvertidos? Con el aumento en la disponibilidad e importancia de las nuevas y novedosas sustancias en el mercado de las drogas, es necesario aumentar la capacidad toxicológica y forense como parte de la respuesta de primera línea a los problemas de drogodependencia. Actualmente, sin embargo, la mayoría de los países carecen de esta capacidad, lo que significa que nuestra capacidad de detectar y responder a nuevos problemas en este ámbito se encuentra poco desarrollada.

También se han producido brotes de muertes asociados a pastillas con un elevado contenido de MDMA, así como vinculados a algunas clases de sustancias psicoactivas, como cannabinoides sintéticos. La aparición de estas nuevas sustancias también sirve para recordarnos que a medida que el problema de drogodependencia en Europa cambiaba, en cierta medida nuestras respuestas no han avanzado al ritmo necesario. En estos ámbitos, nuestra comprensión de lo que constituyen enfoques eficaces de prevención, tratamiento y reducción de daños sigue siendo limitada, lo que representa

un reto importante para respuestas futuras, dado que algunos problemas sanitarios y, por tanto, las posibles intervenciones asociadas con estas drogas probablemente sean diferentes. Parece que, por ejemplo, puede que sea necesario prestar una mayor atención a los daños agudos, a la comorbilidad psiquiátrica y a problemas de salud sexual. Asimismo, es probable que sea necesario interactuar más con nuevos grupos, algunos de los cuales pueden no reconocer que tienen problemas o pueden no considerar que los servicios especializados en drogas sean adecuados a sus necesidades.

Identificar nuevos escenarios políticos de exploración y acción

Un reto futuro para las respuestas europeas a la drogodependencia también puede provenir del cambio de la opinión pública y algunas nuevas perspectivas políticas en el sector del cannabis. Existe, por ejemplo, un interés cada vez mayor en algunos países por reducir las barreras que impiden la utilización de esta droga con «fines médicos», y, en general, el proceso parece avanzar hacia unas políticas menos restrictivas o punitivas con respecto al cannabis. Cualquier avance en este terreno entraña implicaciones para las respuestas de prevención, tratamiento y reducción de daños relativas a esta droga, algunas de las cuales pueden ser específicas del contexto europeo. Por ejemplo, a diferencia de otros lugares, en Europa el cannabis se suele consumir con tabaco, lo que pone de relieve otro ámbito potencialmente importante de articulación entre las prioridades de políticas de salud pública. Se trata de un ámbito en el que los responsables políticos tendrán que ponerse al día en los nuevos avances y pruebas a medida que estos aparezcan.

En términos más generales, cada vez resulta más inadecuado considerar los problemas de drogodependencia de una manera específica a la sustancia en el caso de muchos de quienes buscan ayuda, que con frecuencia padecen problemas asociados con el consumo de múltiples sustancias, entre otros el alcohol o el abuso de medicamentos. En alrededor de la mitad de los países de la UE, las respuestas a la drogodependencia ahora se organizan bajo el epígrafe político más amplio de respuesta a la adicción y el abuso de sustancias. Esto es coherente con el enfoque de sistemas de salud que se promueve en este sentido, y será importante determinar los beneficios o costes asociados a este desarrollo. También entraña implicaciones para la evaluación de políticas y documentos de estrategia nacionales en materia de drogas, en los que el interés es cada vez mayor. Será importante desarrollar modelos lógicos que reconozcan aportaciones más generales y conduzcan a medidas de mayor impacto.

También existen oportunidades en lo referente a nuevos enfoques a la hora de desarrollar y aplicar respuestas. En dicho informe se destaca, por ejemplo, información conductual que encierra el potencial de mejorar las respuestas mediante su utilización a la hora de detectar oportunidades de nuevas intervenciones, mejorar su diseño y aplicación y apoyar la evaluación. Pueden resultar valiosas no solo en relación con nuevas respuestas, sino también para analizar por qué algunos programas no funcionan según lo previsto. Demostrar la utilidad de estos nuevos enfoques podría constituir un ámbito fructífero en el que continuar trabajando.

Garantizar respuestas flexibles y oportunas a los problemas de drogodependencia

La aparición de nuevas sustancias psicoactivas, así como los acontecimientos recientes en América del Norte, donde un problema con el abuso de la prescripción de medicamentos analgésicos de opioides parece haber evolucionado en una grave crisis sanitaria de opioides, nos recuerda que los problemas de drogas modernos pueden cambiar

rápidamente y pueden superar a las políticas y modelos de respuesta en materia de droga existentes. Estos retos también son evidentes en la manera en la que los problemas sociales y políticos que se producen fuera de la Unión Europea han provocado una migración humana y cambios demográficos en algunos países europeos. Aquí la exclusión social, el trauma psicológico y el desplazamiento social podrían aumentar la vulnerabilidad de las personas al desarrollo de problemas de abuso de sustancias, y será importante considerar las necesidades de nuevos migrantes a la hora de diseñar futuras respuestas a la drogodependencia. Al igual que en otros escenarios, es probable que las lecciones aprendidas de la interacción satisfactoria con otras poblaciones se transfieran aquí, en especial la necesidad de colaborar en asociación con los miembros de la comunidad para crear confianza, reconocer la diversidad y desarrollar modelos de servicios culturalmente adecuados.

Con el trasfondo contemporáneo del cambio sociodemográfico y económico, la globalización y la evolución digital, el seguimiento epidemiológico, la alerta temprana y la evaluación de amenazas resultan fundamentales para garantizar que nuestras respuestas a los problemas de la drogodependencia sigan siendo proporcionales a las necesidades. También resulta probable que los enfoques de evaluación de información y respuesta rápidos desempeñen cada vez más un papel central en las respuestas adecuadas y oportunas a nuevas tendencias y avances. La estrategia operativa actual del EMCDDA se basa en la creencia de que la agencia puede contribuir en gran medida a la salud y seguridad de los ciudadanos europeos proporcionando un análisis de los problemas junto con una revisión crítica de las posibles respuestas y los instrumentos prácticos para apoyar las decisiones y la práctica en materia de políticas. La presente guía es el intento más ambicioso hasta el momento de reunir la información disponible de una forma fácilmente accesible. Al poner de manifiesto las lagunas en el conocimiento y la práctica, además de las oportunidades para la mejora y el desarrollo, puede servir de base para desarrollar un programa de trabajo actualizado en el ámbito de las respuestas sanitarias y sociales para los próximos tres años y en adelante.

PONERSE EN CONTACTO CON LA UE

En persona

En la Unión Europea existen cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: https://europa.eu/european-union/contact_es

Por teléfono o por correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede acceder a este servicio:

- marcando el número de teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (algunos operadores pueden cobrar por las llamadas);
- marcando el siguiente número de teléfono: +32 22999696; o
- por correo electrónico: https://europa.eu/european-union/contact_es

BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE LA UE

En línea

Puede encontrar información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la Unión en el sitio web Europa:

https://europa.eu/european-union/index_es

Publicaciones de la Unión Europea

Puede descargar o solicitar publicaciones gratuitas y de pago de la Unión Europea en: <https://publications.europa.eu/es/publications>

Si desea obtener varios ejemplares de las publicaciones gratuitas, póngase en contacto con Europe Direct o su centro de información local (https://europa.eu/european-union/contact_es).

Derecho de la Unión y documentos conexos

Para acceder a la información jurídica de la Unión Europea, incluido todo el Derecho de la Unión desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, puede consultar el sitio web EUR-Lex:

<http://eur-lex.europa.eu>

Datos abiertos de la Unión Europea

El portal de datos abiertos de la Unión Europea (<http://data.europa.eu/euodp/es>) permite acceder a conjuntos de datos de la Unión.

Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente con fines comerciales o no comerciales.



Sobre esta guía

Esta guía y el paquete complementario de materiales en línea constituyen un punto de referencia para planificar o ejecutar respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa. Las respuestas más adecuadas dependerán de los problemas de drogas específicos, de los contextos en que estos surgen y de los tipos de intervención que son posibles y aceptables a nivel social. Mediante la divulgación de información clave sobre algunas de las cuestiones más importantes relacionadas con las drogas en Europa y de las respuestas disponibles, esta guía pretende ayudar a las personas que hacen frente a estos desafíos a desarrollar nuevos programas y mejorar los que ya existen.

Acerca del EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es la fuente central y la autoridad confirmada en cuestiones relacionadas con las drogas en Europa. Desde hace más de veinte años recoge, analiza y difunde información científicamente correcta sobre las drogas y las toxicomanías y sobre sus consecuencias, ofreciendo a su público una imagen basada en pruebas sólidas del fenómeno de la droga a escala europea.

