

# De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

David Pere Martínez Oró  
Joan Pallarés Gómez  
(eds.)

editorial  
MILENIO

## REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE COCAÍNA

Jordi BERNABEU FARRÚS

*Psicólogo y educador*

jordibernabeu.cat

### Introducción

Este capítulo recoge aspectos sobre el consumo de cocaína desde una perspectiva de reducción de riesgos. Se explica la sustancia, aspectos relativos a su historia, composición, efectos, etc. Pero sobre todo se describen particularidades y características asociadas a su consumo, ofreciendo algunas pautas básicas sobre la gestión de sus riesgos, básicamente en su vía de consumo más popular: la esnifada. Estas ideas se escriben con la intención de que puedan servir sobre todo a profesionales que trabajan con personas consumidoras, a la vez que a los propios usuarios. Son recomendaciones generales, básicas y discutidas en el campo profesional, pero necesarias de conocer si se trabaja desde una perspectiva de reducción de riesgos. En definitiva, se intenta aportar un granito de arena más a una realidad —las drogas— cuya complejidad genera disparidad de opiniones, comprensiones y pensamientos poco proclives al entendimiento. Probablemente, la norma general básica sería aquella que apela a la prudencia, el sentido común personal y colectivo. Con ello seguramente conseguiríamos que quienes las consumieran lo hicieran con información y cierto conocimiento, y que aquellos que, por los motivos que fuere, desarrollaran un consumo problemático asumieran su situación e implicación en la consecuente solución.

### Presentación

El clorhidrato de cocaína (popularmente “cocaína” o “coca”) es una sustancia preparada a partir de la planta de la *Erythroxylon coca*, de la familia de las Eritroxiláceas, originaria de la zona andina de América Latina. La mayor parte de la cocaína que se consume en el mundo se obtiene de hoja de coca cultivada en Colombia, Perú y Bolivia (Comisión Clínica del PNSD, 2007). El uso de la hoja de coca está bastante extendido en estas culturas, debido a sus propiedades analgésicas y estimulantes. Su cultivo constituye una forma de subsistencia fundamental para muchos pueblos latinoamericanos, muy perseguido política y militarmente por diferentes gobiernos que la quieren tener “bajo control”.

De esta planta, tras su pertinente transformación, pueden extraerse diferentes sustancias, siendo la cocaína (clorhidrato de cocaína) la más conocida de ellas. Su presentación más habitual es en forma de polvo cristalino blanco. Esnifar este polvo o cristales es la forma más generalizada de consumirla. Aunque también se puede inyectar o fumarse (base o crack). Actualmente su precio en el mercado ilegal oscila aproximadamente entre 50€ y 60€ por gramo.

Su pureza oscila alrededor del 50%-60%. Los adulterantes más presentes son: cafeína, efedrina, paracetamol, fenacetina, piracetam, etc. Además de otros anestésicos locales como lidocaína, benzocaína o procaína. De entre los diluyentes más típicos destaca el manitol, lactosa, sulfato cálcico (yeso) o anecdóticamente talco (Hidalgo, 2010). Por lo que es útil recomendar el testeo de sustancias para evitar posibles adulteraciones, y conocer con más exactitud su composición. En España existen servicios de reducción de riesgos que realizan este trabajo (Energy Control, Hegoak, Ai Laket!!, etc.)

El consumo de cocaína es una práctica relativamente extendida en nuestra sociedad. Está más difundida entre población adulta o de juventud avanzada, que no en la adolescencia o primera juventud. Según la última encuesta realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (OED, 2012) un 10,2% de la población española la ha consumido alguna vez en la vida, reduciéndose a un 1,3% cuando se pregunta por el consumo en el último mes (indicador básico de regularidad). La proporción de consumidores es bastante más alta en hombres que en mujeres y también más elevada en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años. La edad media de inicio en el consumo se sitúa a los 20,9 años, evidenciando pues, una práctica muy reducida en población adolescente.

Tras el alcohol, es la sustancia que genera más demandas de tratamiento. Y los datos relativos a la prevalencia de su consumo apuntan a que es la única sustancia que, año tras año, aumenta, al menos por lo que respecta a consumo experimental (OED, 2012).

Si bien su consumo debe remontarnos tiempo atrás, su consolidación durante los últimos 25 años –cuando se percibe realmente como generalizado– coincide con la universalización de un nuevo patrón de consumo que, a diferencia de épocas pasadas, rompe con el estereotipo clásico asociado al consumidor de heroína o del fumador de antaño de derivados del cannabis o del consumidor de LSD (Romaní, 1999; Comas, 2002). En ese entonces, predominaban representaciones sociales de individuos excluidos y marginalizados, por lo que respecta a la heroína; revolucionarios y alternativos, por lo que se refiere al cannabis u otros psicodélicos. En contrapartida, es recurrente la asociación de la cocaína con el glamour, la *beautiful people* o la gente de clases acomodadas (Díaz, Barruti y Dondel, 1992; Díaz, 1998). Y la realidad nos dice que es una droga consumida por todas las clases sociales, independientemente del dinero y el origen que se tenga.

Lo que queda claro es que el momento y las circunstancias de la historia reciente del uso de drogas han sido favorables a la extensión de su consumo. En este sentido, en el final del siglo pasado la expansión de la cocaína generó en su día (y todavía hoy sigue generando) dos elementos característicos, y que a la vez condicionarán el discurso sobre su problematización. Por un lado, un perfil de consumidor mucho más “normalizado” que el de heroína, con aparente vida formal, a menudo invisible desde la intervención social y sanitaria; y por otro, una percepción de los efectos y los riesgos radicalmente opuestos a los usos de épocas anteriores (Gamella, 1999).

En el plano legal, la cocaína está incluida en la Lista I de las diferentes listas internacionales de fiscalización de sustancias. Por ello, y desde el punto de vista legal, no se reconoce la posibilidad de consumirla, cultivarla o comercializarla ni de realizar usos con finalidad de investigación así como aplicaciones médicas o terapéuticas.

En España el consumo de drogas —en general, no únicamente la cocaína— se encuentra regulado por la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, y lo relativo a la producción y tráfico (distribución y venta) se enmarca en el apartado de “delitos contra la salud pública” del Código Penal. Por este motivo, el autoconsumo de drogas ilegalizadas no está penado (no constituye delito) pero se sanciona por vía administrativa, con multas que oscilan de 300€ a 30.050€, cuando éste se produzca en lugares públicos, la posesión o tenencia sea para el autoconsumo (es decir, cantidades pequeñas) o se dejen instrumentos o restos del consumo en la vía pública. La cocaína no está exenta de esta regulación, por lo que el consumo o tenencia de pequeñas cantidades implicaría multas de a partir 300€. No se establecen cantidades fijas que determinen qué cantidad se considera para un consumo propio o para tráfico. Pero el Tribunal Supremo suele considerar que a partir de una cantidad superior a los 1,5 gramos, aproximadamente, podría constituirse delito, pues generalmente se estima que dicha cantidad supera el consumo diario estimado para una persona adicta. En cualquier caso, existen sentencias hacia usuarios con mayor cantidad de posesión que han inferido que dicha cantidad era para el consumo propio, resolviéndose así, solamente por vía administrativa (Caldentey, 2010).

### **El consumo de cocaína por vía esnifada**

Esnifar cocaína consiste en inhalar nasalmente este polvo. Tiene dos efectos principales: estimula el sistema nervioso y actúa como anestésico local. A nivel cerebral, actúa sobre áreas vinculadas a mecanismos de placer y recompensa (sistema dopaminérgico, principalmente). Sus efectos estimulantes rápidamente aparecen —en pocos minutos— alargándose entre 30-60 minutos (momentos álgidos), generando incluso estimulación horas después de haberla consumido.

Las vías nasales y la zona bucal pueden adormecerse, debido a sus propiedades anestésicas. Pese a todo, este “adormecimiento” no es un indicador fiable de que la sustancia sea de calidad, ya que existen varios productos mucho más baratos y de fácil acceso que son capaces de generar sensaciones parecidas. El efecto es rápido e intenso. Lo más gratificante baja rápidamente. Es placentero para la mayoría de consumidores, puesto que facilita el habla, las relaciones y produce cierta sensación de seguridad y concentración, aunque incrementa la sensación de ansiedad. Cuando el consumo finaliza, durante los momentos posteriores, pero sobre todo al día siguiente, aparece un cuadro cuyos síntomas más frecuentes son cansancio, decaimiento, apatía –incluso tristeza– e irritabilidad (efecto conocido como “bajón”).

De entre los efectos orgánicos adversos, es importante destacar los siguientes: afectaciones al sistema cardiovascular y nervioso, problemas respiratorios y alteraciones endocrinológicas, obstétricas, complicaciones infecciosas y digestivas (Caudevilla, 2010). Su consumo también puede presentar problemas de salud mental, sea por correlación con otros trastornos psicológicos, sensibilidad, interacciones, abuso o dependencia. Esta sustancia tiene una importante capacidad para generar dependencia psicológica.

### **Diferentes grados de consumo**

Sin querer entrar en clasificaciones rígidas, podríamos definir, prototípicamente, cuatro perfiles claramente diferenciados de consumidores. Con ello, por lo tanto, diferentes grados de problemas (Bernabeu, 2010). En un primer grupo, podríamos situar a aquellas personas que consumen experimentalmente. Han probado o se han iniciado en su consumo pero no suelen repetir, al menos, a corto plazo, siendo éste consumo muy esporádico. Este colectivo raramente tiene un consumo problemático, caracterizándose por ser de “riesgo bajo”: poca cantidad, elevada percepción de respeto/riesgo, consumo compartido, y muy experimental.

Un segundo grupo está compuesto por el colectivo que consume ocasionalmente solamente en situaciones concretas (determinadas celebraciones, fiestas, etc.) y tampoco se asocia a un consumo de alto riesgo, siempre que no haya factores que intercedan –como los previamente contemplados.

En tercer lugar tenemos quienes la usan de manera regular, los cuales tienen más posibilidades de generar problemas, y ciertamente con cantidades más altas que los patrones anteriores. Sus consumos frecuentes son considerados de “mayor riesgo” dado su carácter repetido.

Por último, encontraríamos aquellas personas que mantienen un consumo regular y manifiestamente problemático, puesto que la cocaína ocupa un lugar importante en sus vidas y en sus actividades cotidianas, interfiriéndolas de

alguna forma. A efectos prácticos, son aquellos consumos que en la mayoría de ocasiones necesitan un tratamiento personalizado, ya que la mayoría de personas que tienen un consumo de este tipo difícilmente pueden reducirlo por propia iniciativa, además de los problemas asociados directamente a éste –salud y economía, principalmente.

### **Reducción de riesgos asociados a la vía esnifada**

Existen pautas y lógicas de consumo que desde una perspectiva de reducción de riesgos deberían servir para minimizar los problemas asociados a su consumo. Sensatamente, y por lo que respecta a su composición, el sentido común nos llevaría a pensar que lo importante es disponer de una fuente de aprovisionamiento con ciertas garantías. Evitando comprar, en la medida de lo posible, a desconocidos en espacios de consumo (ya que la calidad normalmente es muy baja). Ya se ha mencionado que existen asociaciones y proyectos que desempeñan labores de análisis, testeo y detección de adulteraciones, esto es importante para conocer la calidad.

Por otro lado, deberían evitarse valoraciones relativas a aspectos tales como el olor, el color, etc., y relacionarlas con la supuesta pureza. Por poner un ejemplo: algunas personas atribuyen al fuerte olor o al color cristalino más cualidades sobre su intensidad y calidad, ignorando que éstos se producen, principalmente, por un proceso de degradación en su fabricación.

Se debe ser especialmente prudente con aquellos consumos enmarcados en lo regular, pues muchas personas acaban dependiendo de su consumo. Un modo de evitar repeticiones frecuentes es reducir el consumo a ocasiones “especiales”. Esto es: evitando tomar con regularidades tales como semanalmente, quincenalmente, etc; dejar épocas de descanso entre consumo y consumo; y detener el consumo si se intuye un mínimo indicio de uso problemático.

El consumidor habitual tiende a “familiarizarse” con la intensidad de sus efectos, produciéndose tolerancia, e incrementa las dosis para conseguir los mismos efectos. Este hecho puede servir de toque de atención en aquellas personas que tengan una relación frecuente con la sustancia.

Los consumidores deberían proponerse límites de consumo (“un gramo, y si se acaba, se acaba”) y cumplirlos (saber decir “basta”). Esto constituiría un elemento determinante que posiblemente evitaría problemas futuros. Muchos consumidores que han desarrollado problemas por su consumo atribuyen especial importancia a la autorregulación del placer y a la capacidad de autocontrol.

Los consumidores de cocaína a menudo consumen otras drogas. Sobre todo alcohol, tabaco y en menor medida cannabis. Las mezclas más frecuentes son las que combinan cocaína con alcohol (y tabaco si se es fumador). Generalmente, mezclar cocaína con alcohol intensifica los consumos de ambas

sustancias. Esto es, la cantidad que se acaba consumiendo es mayor de la que probablemente se hubiera planteado si se abstuviera de una de las dos. Dado su carácter contrario (cocaína: estimulante; alcohol: depresor), a muchos consumidores les produce una sensación de complementariedad (“bebo más para que se me baje la estimulación” ”consumo más cocaína para que se baje la borrachera”). Algo parecido pasaría con el tabaco y con el cannabis. Por todo esto, un buen consejo para quienes tomaran cocaína es plantearse un consumo moderado de alcohol, a la vez que evitar caer en el círculo “más alcohol, más coca”. Y viceversa: ser especialmente prudente con utilizar la cocaína para contrarrestar los efectos del alcohol.

La combinación de cocaína con otros estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas y derivados de la MDMA o éxtasis, básicamente) puede enmascarar el efecto de estos últimos. Por ejemplo, es conocido entre los consumidores de éxtasis o MDMA que si se mezcla éste con cocaína disminuyen las capacidades empatógenas o entactógenas (capacidad para generar comunicación con los demás y con uno mismo, respectivamente) asociadas a dichas sustancias. A la vez, aumentarían los efectos estimulantes sobre el organismo, con los riesgos asociados de una sobreestimulación.

Debe tenerse mucha precaución con el consumo de cocaína durante una época personal de cierta inestabilidad emocional, económica, etc. Querer contrarrestar un tipo de problema con el de una sustancia altamente adictiva y de carácter intenso pero rápido puede provocar enganches rápidos y sutiles. Y abstenerse de su consumo quiénes estuvieran tomando medicación psiquiátrica (antidepresivos, ansiolíticos, benzodiazepinas, etc.) y quiénes, aunque no estuvieran siguiendo una pauta de tratamiento, tuvieran algún problema psicológico. Muchos de estos problemas van ligados a características personales vinculadas a la estabilidad emocional (estado de ánimo y ansiedad, básicamente), determinados rasgos de personalidad (autocontrol, impulsividad, etc.) y el grado de alteración psíquica (presencia o no de problemas de salud mental).

También debe evitarse el consumo cuando se están tomando medicamentos pautados por algún problema cardiovascular o de otra índole de problemas físicos (hipertensión, problemas renales, epilepsia, etc.). De hecho, lo lógico es desaconsejar cualquier consumo si se sigue algún tratamiento médico por problemas de salud.

Aquellos consumidores que, por su consumo, notaran efectos como excesiva ansiedad, pequeñas paranoias u otros problemas psicológicos, o desajustes de tipo físico (arritmias, taquicardias, cambios de tensión, etc.) deberían detenerlo, y acudir a un servicio especializado si estos persisten o suceden de manera intensa y, sobre todo, si persisten una vez frenado el consumo.

Es básico evitar la aparición de una dependencia o adicción. El mejor consejo será apelar a que quien consuma se escuche a uno mismo para saber

en qué fase se encuentra, y saber parar a tiempo antes que el espiral de consumo sea demasiado intenso como para poder detenerlo por propia iniciativa y con “buena voluntad”. Ante cualquier duda sobre una posible dependencia, puede consultarse con servicios especializados de asesoramiento e información.

Frecuentemente nos olvidamos de la importancia que tiene el contexto en la clásica tríada sujeto-sustancia-contexto. Y en este caso, el contexto es determinante para evitar la aparición de problemas asociados a su consumo.

Si bien es cierto que el consumo de cocaína se asocia básicamente a momentos de ocio, es frecuente que éste acabe trasladándose a momentos de más “normalidad” ligados al “día a día”. Cuando el consumo se desborda del entorno lúdico es más probable que aparezcan los problemas, básicamente ligados a la sensación de descontrol y dependencia de su consumo. El mejor consejo sería reducir su consumo a momentos concretos ligados a contextos de ocio, evitando consumir en el trabajo, en período de estudios y otros momentos de cierta formalidad. Así como detenerlo si uno percibe que se está descontrolando (por lo que al “cuando” se refiere). E incluso valorar la ayuda de un servicio especializado.

El consumo de cocaína a menudo se da en grupo. Y entre las personas consumidoras se comparte la sustancia. Si es el caso, cada consumidor debe disponer de un “rulo” o “turulo” personal e intransferible. Es posible que se den contagios o infecciones por el uso de un mismo instrumento entre varias personas.

Su consumo también puede entrañar riesgos asociados a la conducción de vehículos. Puede producir una sensación de falsa seguridad ligado a momentos de excitación e incluso concentración que podrían favorecer accidentes de tránsito. Cada vez es más frecuente la presencia de controles policiales que detectan el consumo de cocaína en conductores, más allá de las clásicas pruebas etilométricas. Y la detección de presencia de cocaína mientras se conduce puede abrir procesos penales importantes, complementarios a la retirada de puntos del carné de conducir y la sanción económica correspondiente. Obviamente, deberían abstenerse aquellas personas que consuman cuando estén utilizando maquinaria pesada que pueda entrañar riesgos para cualquiera.

Es cierto que bajo los efectos de la cocaína pueden darse sensaciones de intensificación de la sensualidad y de la sexualidad que quizás disminuyan la percepción del riesgo de problemas tales como infecciones de transmisión sexual o de embarazos no previstos. Por lo que es bien sencillo: el uso de condón evitará problemas futuros perfectamente evitables. Ligado a este punto, su consumo puede dificultar la erección y la eyaculación, así como retardar o anular el orgasmo.

Para muchas personas, su consumo intensifica la agresividad. Y cabe explicarlo: no es que por el hecho de consumirla ponga violento a uno; sino



que puede facilitar que personas con menos capacidad para autorregular su agresividad tengan más propensión a padecer situaciones de violencia (peleas, riñas, etc.). Por lo que se pediría especial control a aquellas personas que bajo sus efectos tiendan a ponerse en situaciones de violencia.

Atendiendo a su ilegalidad, existen problemas legales asociados a su consumo y/o venta. Desde una perspectiva de reducción de riesgos, existen tres principios básicos, que a nivel legal, deben considerarse:

- Si se transporta cocaína para un consumo propio debe ser en cantidades pequeñas y en una sola “pieza”, evitando así indicios de tráfico.
- Cada consumidor debe responsabilizarse de su propio consumo, evitando la tenencia de la sustancia para terceras personas.
- No vender, ni distribuir (con o sin finalidad económica) ni facilitar cocaína a terceras personas.

### **Existen otros usos y por lo tanto otros riesgos**

Si bien el capítulo se ha centrado en la forma de consumo más extendida y conocida, cabe mencionar que existen otras formas de consumo. Conocerlas es de necesaria importancia para evitar caer en errores terminológicos a la vez que para saber encuadrar las intervenciones.

**Sobre la cocaína fumada al estilo “nevadito”.** Existe una práctica entre algunos consumidores de cocaína que consiste en untar un cigarrillo de tabaco comercial directamente con cristales o polvo blanco de cocaína (hacer un “nevadito” o “chino”). Y no hay que confundirla con fumar crack, base, pasta o cualquier otra forma fumada. Esta práctica responde más a la idea de un ritual que una forma de consumo, ya que casi no provoca efectos. La práctica totalidad de su principio activo desaparece durante su combustión.

**Cocaína fumada como base o crack.** Se fuma *crack* o base libre cuando se toma directamente el clorhidrato de cocaína (la cocaína clásica que encontramos en la calle) y se hierva con bicarbonato o amoníaco.

Los efectos de la base o el *crack* son, a diferencia de la vía esnifada, mucho más intensos, breves y de rápida aparición. Y conlleva, paralelamente, mayores riesgos por lo que respecta a la capacidad de generar adicción y otras problemáticas de salud.

En algunas zonas de compra-venta podemos encontrar que se venda el *crack* ya preparado para el consumo. Aunque es un producto que los mismos consumidores también saben prepararse con relativa facilidad. Presente en España desde hace muchos años, aunque su consumo suele ser marginal (en cuanto a prevalencia), reducido y vinculado a consumidores problemáticos de drogas.

Es una forma de consumo altamente tóxica y adictiva. Tiene un fuerte efecto estimulante del sistema nervioso central, al tiempo que produce sen-

sación de placer. Genera mucha ansiedad y compulsión en el consumo, y la posterior dependencia (sobre todo psicológica). Favorece el desarrollo de problemas psiquiátricos.

**La pasta base de cocaína.** Basuco, paco o pasta base de cocaína son los nombres más utilizados para denominar una droga elaborada a partir de los restos de la planta de la coca (los alcaloides) previamente a la obtención del clorhidrato de cocaína. Al no disponer de los precursores clásicos para la elaboración de cocaína (ácido clorhídrico, por ejemplo) se maceran directamente las hojas con disolventes (tipo gasolina).

Esta pasta base se consume por vía respiratoria, con una pipa o en forma de cigarrillo. Aunque se ha convertido, desde hace tiempo, en una droga muy utilizada en contextos con dificultades sociales de América Latina, teniendo en cuenta que allí se tiene más accesibilidad a la planta. En nuestro país es poco presente. Y a menudo se usan erróneamente el término basuco para llamar el *crack* o la base.

A nivel físico, perjudica mucho las vías respiratorias y el sistema cardiovascular. Su composición química la convierte en una droga altamente tóxica y adictiva. Tiene un fuerte efecto estimulante del sistema nervioso central, al tiempo que produce sensación de placer. Genera mucha ansiedad y compulsión en el consumo, y la posterior dependencia (sobre todo psicológica). Favorece el desarrollo de problemas psiquiátricos.

**El uso inyectado.** Existe un consumo de escasa prevalencia de cocaína inyectada por vía endovenosa. Esta práctica es casi inexistente entre los usuarios de tipo recreativo (ligado a consumos en momentos de ocio, fiesta, etc.) pero sí entre colectivos de consumidores cuyos usos están problematizados, como los viejos consumidores de heroína. Es relativamente frecuente que los dispositivos de reducción de daños que se dedican al intercambio de jeringuillas dediquen muchas de las unidades dispensadas a esta práctica de consumo. Además de los riesgos previamente citados, cabe centrarse, sobre todo, en los propios del proceso de inyección.

## Referencias bibliográficas

- BERNABEU, Jordi (2010). “Gestión de placeres y riesgos asociados al consumo de cocaína esnifada”. En VVAA. *Cocaína*. (57-71). Madrid: Amargord.
- CADEVILLA, Fernando (2010). “Cocaína: efectos y riesgos”. En VVAA. *Cocaína*. (29-55). Madrid: Amargord.
- CALDENTEY, Pedro (2010). “Aspectos legales del uso de cocaína”. En VVAA. *Cocaína*, (175-199). Madrid: Amargord.
- COMAS, Domingo (2002). “La percepción social de los problemas”. En FAD (ed.), *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años (77-94)*. Madrid: FAD.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Cocaína. Informe 3 de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

- DÍAZ, Aurelio (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca* . Bellaterra: Publicacions de la UAB.
- DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, Mila & DONCEL, Concha (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: ICEBS/Ajuntament de Barcelona.
- GAMELLA, Juan Francisco & ALVÁREZ, Arturo (1999). *Las rutas del éxtasis*. Barcelona: Ariel.
- Hidalgo, Eduardo (2010). *Otros usos de la cocaína*. En VVAA, *Cocaína* (211-249). Madrid: Amargord.
- Observatorio Español de Drogas (2012). *Informe 2011*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas: Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.