

OPIO, OPIÁCEOS Y OPIOIDES



Historia, sustancias
y mitos contrapreventivos

El opio es la droga más utilizada con fines terapéuticos a lo largo de la historia en nuestro entorno geográfico.

Creemos necesario un folleto para ofrecer información sobre tan relevante sustancia y también (o, quizá, sobre todo) para desmentir sucintamente algunos mitos mediáticos: la supuesta “vuelta de la heroína” a nuestras calles, la amenaza del fentanilo, *que va a llenar los barrios de “zombis”* o, aún peor, *que va a generar decenas de miles de muertes* como en EE. UU., etc. Estos mitos no generan sino miedo y desinformación, muy convenientes para algunxs pero hirientes para la sensatez y perjudiciales para la salud pública y para el bien común en general.

Aclaremos de inicio que se utiliza el término **opiáceos** para designar las sustancias químicas naturales o semisintéticas derivadas de la planta y **opioides** para todas aquellas (sean endógenas, de origen vegetal o sintéticas) que son agonistas del **sistema opioide endógeno**, el de nuestro propio cuerpo, aunque también es frecuente ver la voz *opioide* referida *exclusivamente* a las sintéticas.

Un mínimo de historia

El jugo de adormidera es una droga ya mencionada en documentos escritos de la civilización sumeria, hacia el 2000 a.C., y fue usado profusamente en el Antiguo Egipto, en la Grecia Clásica y en la Roma Imperial. Su cultivo es originario de la cuenca mediterránea, aunque debido a procesos históricos muy posteriores lo asociemos a China y a otros países asiáticos. El opio y las harinas de cereales fueron las únicas mercancías subvencionadas por el Estado Romano para impedir fluctuaciones de precios, y aquel fue tan accesible entonces como lo es hoy cualquier analgésico de farmacia.¹



1 Un censo del año 312 d.C. reveló que en la ciudad de Roma había 793 tiendas para distribuir el producto (análogas a los actuales estancos) y que el impuesto sobre su venta suponía el 15% de la recaudación tributaria global.

Esto cambió cuando el cristianismo se convirtió en religión oficial del Imperio Romano y el vino pasó a ser el principal vehículo de ebriedad, el *unico acceptable*. Más tarde, el Islam estableció el rechazo del alcohol y promovió la utilización del opio y del café. En la tardía Edad Moderna y principios de la Contemporánea (y aceptando esta, tan habitual como eurocéntrica, división de “edades”), el opio era la sustancia predilecta de muchas casas reales europeas, y el número de escritores y artistas que lo consumían era enorme, desde Goethe a Coleridge, pasando por Goya, Tolstoi o Delacroix.²



2 En 1821, el filólogo Thomas de Quincey, autor del famoso Confesiones de un comedor de opio inglés, escribió: “Mientras el vino desordena las facultades mentales, el opio (si se toma de manera apropiada) introduce en ellas el orden, la legislación y la armonía más exquisitos. El vino roba al hombre el dominio de sí mismo; el opio, en gran medida, lo fortalece”. El médico G. Wood, presidente de la American Philosophical Society, escribió en 1886: “Se percibe una sensación general de deliciosa paz y comodidad, con una elevación y expansión de toda la naturaleza moral e intelectual. No hay la misma excitación incontrolable que se observa con el alcohol, sino una exaltación de nuestras mejores cualidades mentales”.



1898 y siguientes...



Tras la ilegalización...

El control de su producción y comercio dio lugar (por intereses coloniales del Imperio Británico) a las "Guerras del opio", que acontecieron en el siglo XIX entre dicho Imperio y China. Más tarde, la industria farmacéutica presentó la morfina y la heroína como *sanas alternativas* a este fármaco considerado, propio "de razas pueriles", en momentos en los que el colonialismo se lanzaba al asalto de otras zonas de Asia. Los misioneros católicos y protestantes colaboraron en ello, hasta el punto de que todavía hoy la morfina se llama en China "el opio de Cristo". La famosa "píldora anti-opio", que luego preconizaron dichos misioneros, estaba compuesta sobre todo por heroína. Recordemos que el lanzamiento al mercado de ésta por parte de la Bayer, en 1898, fue simultáneo al de la aspirina (ambos son productos obtenidos por reacciones de acetilación, un procedimiento descubierto poco antes), y los dos fueron los *medicamentos estrella* que catapultaron a esta farmacéutica.³

³ Una droga no sólo es un *cuerpo químico*, sino que también



Las tinturas preparadas con opio se comercializaban en España hasta 1978

En 1915, incluso cuando (por motivos coloniales, etnocéntricos y racistas, no sanitarios) ya se habían celebrado las primeras cumbres internacionales para fiscalizar el opio (la de Shanghái en 1909 y la de La Haya en 1912), un artículo de la revista de la *Asociación Médica Americana* declaraba: "Si toda la materia médica disponible se limitase a una sola droga, estoy seguro de que muchos de nosotros, si no la mayoría, elegiríamos el opio."

es un *cuerpo social*. No es que la *heroína* haya cambiado sus *hidrógenos u oxígenos de sitio* desde entonces, sino que han cambiado TODAS las condiciones contextuales alrededor de ella, empezando por la legales y, por ende, las de la propia sustancia circulante, las formas de consumo, su significado social, etc.

Se confirmaba así el juicio de Sydenham, el médico llamado " el Hipócrates Inglés", que en 1680 afirmaba: " Entre los remedios que el Todopoderoso tuvo a bien conceder al hombre para alivio de sus sufrimientos, ninguno es tan universal y eficaz." Hasta 1970, el principal texto de toxicología estudiado en las universidades estadounidenses –el de Goodman y Gilman- se abría con esta cita de Sydenham, y añadía: "Este elogio no ha perdido actualidad; si fuese necesario restringir la elección de drogas a muy pocas, las gran mayoría de los médicos pondría en cabeza de la lista a los alcaloides del opio".



Actualmente, España está entre los principales cultivadores legales del mundo (a fin de obtener morfina y codeína, sobre todo), y una sola empresa produce apro-

ximadamente el 27 % del volumen mundial.⁴ En Afganistán, desde la invasión de 2001 y bajo el control de la OTAN, la superficie dedicada al cultivo ilícito de *adormidera* se multiplicó, hasta convertirse en el país productor de casi el 80% de opio ilegal del mundo. Esto cambió recientemente, cuando los talibán retomaron el control del país y prohibieron la producción de *amapola*, lo que llevó incluso a **una incongruente alarma por parte del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías** (en adelante, *OEDT*), que abordaremos más tarde.



4 Nos referimos a *Alcaliber*, propiedad de Juan Abelló, aunque casi habría que *hablar en pasado*, porque ante la llamada “crisis de los opioides” en los EE. UU., este empresario vendió la mayor parte de las acciones y se enfocó (creando el consorcio *Linneo Health*) en la producción de cannabis para la exportación, siendo la única gran empresa que a día de hoy tiene licencia para ello en España. Abelló, excompañero de Mario Conde y amigo de Juan Carlos de Borbón, fue denunciado por Hacienda por un fraude de evasión de millones de euros en impuestos en tres empresas suyas. Esta corporación, a través de su instrumento de inversión, *Torreal S.A.*, ¿paradójicamente? es parte (junto a la CEOE, La COPE, La Razón, Google, Iberdrola, el Banco Santander, etc., etc.) del Patronato de la *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)*.

Composición

El **opio** es el látex que se extrae de las cápsulas de la **adormidera** (*Papaver Somniferum* L.), una especie de amapola que alcanza entre 1 y 1,5 m. de altura. Esa resina (blanca cuando mana; marrón y endurecida al secarse) se obtiene al hacer incisiones superficiales en las cabezas todavía verdes de la planta después de la caída de los pétalos. Su cualidad puede variar mucho, obviamente, según la madurez de la planta, su origen, la preparación del producto... Contiene los alcaloides codeína, tebaína, papaverina, narcotina, narceína, noscapina y, sobre todos ellos, la morfina, que fue además el primero conocido y aislado en 1805 por Friedrich W. A. Sertürner.



Propiedades

El opio es analgésico, antitusivo, antidiarreico y antiespasmódico. Sin embargo, al estar compuesto por una mezcla de alcaloides y debido a las dificultades para calcular la concentración de ellos en una muestra, en la práctica hoy no se utiliza como tal para el uso terapéutico, sino sus derivados o sucedáneos. Otros efectos primarios del opio son la relajación, una intensa sensación de bienestar y gratificación, la ausencia de hambre y de dolor, la sensación de soñar despierto, el aumento de la capacidad de imaginar y percibir, una mayor distancia crítica con respecto a las preocupaciones y/o cuestiones internas y externas, etc.

Si el **sistema endocannabinoide** (con receptores presentes en casi todos los sistemas corporales) regula **la homeostasis**, el **sistema opioide** sirve esencialmente para iniciar procesos de **relajación, descanso y reparación**. Cuando el **organismo tiene las necesidades básicas cubiertas y cree estar fuera de peligro** segrega, entre otras sustancias, las **"endorfinas"** (es decir, nuestra **"morfina endógena"**). Por supuesto, este sistema también se *activa* cuando necesitamos analgesia. La similitud estructural de nuestros propios neurotransmisores opioides y los componentes de la adormidera es muy grande, y por eso nuestro cuerpo los reconoce perfectamente.

Posología y vías de administración



El **opio** suele contener entre un 8 y un 15 % de morfina, dependiendo de las variedades y de su calidad. Simplificando y centrándonos sólo en éste, su principal alcaloide en estado natural, las dosis que se pueden considerar suaves (por vía oral) se sitúan en torno a los 10-15 mg de morfina, las medias entre los 15 y los 20 mg y las altas entre 20 y 30 mg. (es necesario calcularlas, por tanto, en función de la pureza de la sustancia). Por supuesto, éstas son cifras orientativas; determinar la adecuada para cada caso depende de las características personales y también de la necesidad que se busque cubrir con el consumo. Se suele utilizar el concepto "**Dosis**

Equivalente de **Morfina**" (**MED**, por su siglas en inglés) como unidad de medida de la potencia analgésica de los opioides, ya que ésta se considera la de **referencia** con un **valor de 1**.

El **opio se suele consumir por vía oral, fumada o rectal**. Si se fuma (bien con una pipa, bien calentando un papel de aluminio desde abajo, sin llama directa) los efectos aparecen antes y son algo más suaves y mas breves (alrededor de las 3 horas, frente a las 7-8 h propias de la vía oral). Cuando se ingiere (sobre todo, si no está en forma de preparados farmacéuticos) resulta indigesto, y es habitual que haya una fase de náusea; lógica, dado que entre sus efectos está el de ralentizar las funciones corporales, incluida la digestiva. Si se administra por vía rectal, los efectos son tan prolongados como por la vía oral y más potentes. Además, si para ello se utiliza una pequeña bolita de resina, al ir absorbiéndose ésta poco a poco, puede hacer que dichos efectos se prolonguen aún más. Dado que por esta vía pasa directamente al torrente sanguíneo sin sufrir la metabolización hepática, resulta más peligrosa que la oral, y de existir contaminantes en la muestra afectarían más al organismo que tras pasar por el sistema digestivo.

Precauciones

El *potencial* de los opiáceos para generar **dependencia física es más elevado que el de otras drogas**, aunque obviamente **es un mito el supuesto enganche instantáneo** tras un solo consumo.⁵ **Cuando se produce un uso continuado** se desarrolla una marcada **tolerancia** farmacológica, y si éste se mantiene durante el suficiente tiempo y luego se suprime de forma brusca puede aparecer un síndrome de **abstinencia**, caracterizado por lagrimeo, bostezos, piloerección, aumento de la mucosidad, ansiedad y sudoración... y, si es de mayor grado, dolor y contracturas musculares, taquicardia, hipertensión, insomnio, fiebre, dolor abdominal y diarrea.



5 En el caso de la heroína, por ejemplo, sólo el 21% de las personas que la prueban pasan a realizar un uso problemático, sea adictivo o no, según datos de Anthony, J., Warner, L., Kessler, R. (1994) *Comparative epidemiology (...)* pp. 244-268, y de hecho creemos que la cifra incluso debe ser matizada por muchos factores sociales; entre otros, las condiciones de quiénes se acercan y quiénes no al consumo de esta sustancia, dado lo que la heroína representa en nuestro imaginario.

Efectos secundarios

Entre los más comunes **efectos secundarios** podemos encontrar los siguientes: contracción de las pupilas (miosis), sequedad de boca, náuseas y vómitos (sobre todo si el consumo se da por vía oral o si se ingieren alimentos estando bajo sus efectos), estreñimiento, picores en todo el cuerpo, sensación de necesidad de orinar pero con dificultad para iniciar la micción, disminución de la libido y (a dosis medias y altas) dificultades para la erección y para alcanzar orgasmos, sudores, dolores de cabeza, vértigos, cansancio, pérdida de motivación, etc. Además, el consumo de opio puede provocar bajadas de tensión acentuadas. Si la persona usuaria siente que se va a desmayar, puede ser necesario tumbarla, **siempre en decúbito lateral por si sobreviene el vómito.**

Contraindicaciones

En niños/as, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Si se padecen enfermedades hepáticas o del aparato digestivo. Si se va a conducir un vehículo o manejar maquinaria peligrosa.

Interacciones

Debido a la ***sinergia*** de efectos, **si el opio es consumido junto a otros depresores**, como el **alcohol, otros opioides, la ketamina, el GHB, las benzodiacepinas... el margen de seguridad** (la relación entre la mínima dosis activa y la dosis letal) **disminuye mucho** y, por tanto, **los riesgos de sobredosis aumentan**. El uso simultáneo de opio y algunos antihipertensivos, antidiarreicos, antihistamínicos, fármacos para el VIH o para el Parkinson también puede producir problemas graves. Asimismo, puede **interferir con la eficacia de la píldora anticonceptiva**, y si el uso es frecuente puede dar lugar a **alteraciones menstruales importantes**. La **mezcla con estimulantes** hace que se contrarresten buena parte de sus efectos, con lo que puede aparecer una tendencia a un mayor consumo de ambos y, por tanto, un aumento en los riesgos. La **combinación con psicodélicos** hace, claro, que se reduzcan los efectos de éstos pero, a diferencia de lo que ocurre con la mezcla con alcohol, el opio más que *enturbiar* la experiencia *psicodélica* puede darle matices más calmados, disminuyendo la posibilidad de aparición de ansiedad y sin minar en demasía la capacidad visual, de profundidad mental y de ensoñación.

Intoxicación

La **sobredosis de opiáceos** se caracteriza por una depresión respiratoria y por la disminución progresiva de la conciencia. La respiración deja de hacerse inconsciente e involuntaria y se puede llegar a su parada, y también a la parada cardíaca. **Ante una sobredosis siempre hay que avisar a urgencias**, intentar mantener la calma y tratar de impedir que la persona caiga en coma, incluso que se duerma... pero todo esto debe hacerse **mientras acuden los servicios de urgencias**, no tratando de resolver personalmente esta situación tan difícil. Es necesario quedarse hasta que llegue el personal especializado para informarles de lo que ha consumido el sujeto en cuestión. Además, es importante saber que la **naloxona** es un **antagonista puro** de los opiáceos **sin ninguna actividad agonista**. Inhibe competitivamente a éstos en sus receptores μ , δ , y κ , y por ello **revierte también los efectos indeseables**, incluyendo la depresión respiratoria, la hipotensión arterial sistémica y el espasmo de las vías biliares. Afortunadamente, la naloxona es legal en nuestro país desde 1978; en EE. UU. no lo fue hasta 2015, cuando el número de muertes por sobredosis de opioides se contaban ya por decenas de miles.

Aspectos legales del opio

La *papaver somniferum* de la que se extrae el opio es una de las tres únicas plantas prohibidas como tales por la Convención Única de 1961, junto al arbusto de la coca (*erythroxylum coca*) y a la *cannabis sativa*. La posesión o el consumo de opio en lugares públicos están sancionados (desde la puesta en vigor de la *Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana*, conocida popularmente como “Ley Mordaza”) con una multa mínima de 601 euros. El tráfico es considerado un delito penal y, por considerarse legalmente entre las drogas que pueden causar “grave daño a la salud”, acarrea entre 3 y 6 años de cárcel y una multa de hasta tres veces el valor de la droga.⁶



6 Esta es la legislación actual. En el momento de escribir este documento (octubre de 2025), *supuestamente*, se mantenía vivo el debate sobre la necesidad de modificación de la citada *Ley Mordaza* y, según algunos borradores, de llevarse a cabo dicha modificación las multas por tenencia simple pasarían a ser consideradas leves (con una cuantía de entre 100 y 600 euros) y el consumo en la vía pública seguiría castigándose con 601 euros de multa mínima.

El caso particular del "lean"



Se conoce como "*lean*" o "*purple drunk*" a la mezcla (casera, de *factura propia* por parte de las consumidoras) de un jarabe con codeína (y, en ocasiones, también con prometazina u otros componentes) con un refresco, habitualmente, "*Sprite*" o "*7 Up*", lo que da como resultado un líquido con coloración rosada o violácea. Su uso comenzó en los 70 en los EE. UU. y se extendió posteriormente a otros lugares, en cierta medida asociado a la subcultura del *trap*, aunque hoy trasciende ese entorno. Lo mencio-

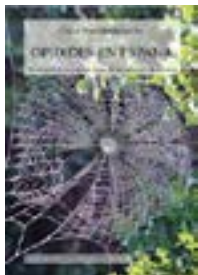
namos aquí, dado su consumo “de moda” entre población muy joven (incluso escolar), aunque muy brevemente, ya que disponemos de un prospecto específico sobre él. A pesar de no ser consumido en gran proporción, la cantidad de consultas acerca del “*lean*” en los talleres educativos es muy alta, entre otros motivos porque algunos de los *referentes artísticos* de jóvenes y adolescentes han revelado su consumo, e incluso hay canciones tituladas con su nombre.⁷ Por otro lado, en muchos casos se trata de una práctica más cercana a la *automedicación* que a lo puramente *recreativo*, entendido esto como búsqueda del placer y/o de diversión. Muchas criaturas que recurren para “colocarse” al “*lean*” están buscando calma, rebajar la aceleración en la que vivimos, atenuar los nervios y las presiones a las que están sometidas y la ansiedad ante un futuro incierto, y resulta *muy pobre* analizar eso simplemente como *entretenimiento o recreación*⁸.

7 Por ejemplo “*Lean*”, de *Ashley All Day*: <https://www.youtube.com/watch?v=QlerEVkEsFs>. Respecto a las consultas, y según los datos correspondientes a centenares de talleres educativos realizados por nuestra entidad, prácticamente en todas las aulas de 2º de la E.S.O. en adelante el alumnado ha oído hablar del “*lean*”, aunque pocos lo hayan probado.

8 Ver aquí nuestro prospecto sobre el “*lean*”: <https://consumoconciencia.org/2020/09/09/lean-codeina/>. Ver también el artículo en el que analizamos algunas pautas de consumo: <http://consumoconciencia.org/2019/04/22/acerca-del-llamado-lean/>

Irresponsabilidad y medios masivos

De la *morfina* a la *heroína*. La falsa vuelta del «caballo» a las calles españolas.



Poco o nada debemos decir sobre la **morfina**, dado que se utiliza de modo muy restringido (demasiado, de hecho) por parte de profesionales de la sanidad.⁹ Además, sus efectos difieren muy poco de los explicados para el opio, y (casi) sólo hay que tener en cuenta las distintas formas de dosificación y administra-

9 Ni siquiera médicos al cargo pueden recetar morfina (traumatólogos, por ejemplo) sin recibir autorización de las *unidades del dolor*, que se encuentran en los hospitales públicos, y que utilizan protocolos estandarizados y dependientes de muchas variables para su administración. Los estrictos controles establecidos (por prejuicios derivados de la *Doctrina Prohibicionista*, no por motivos científico-sanitarios) para prescribir opiáceos como la morfina, pero mucho más laxos para recetar otros fármacos o “cócteles” de ellos (no sólo menos eficaces sino con más efectos secundarios, e incluidos **opioides** como el *mald...###! tramadol* y hasta **antipsicóticos!**), derivan en malas praxis que deberían desaparecer. De hecho, y a escala mucho mayor, el uso razonable de opiáceos como la morfina constituye una reivindicación histórica en muchos países donde no hay acceso a ellos o está todavía mucho más limitado que aquí, *prohibición* mediante.

ción. Sin embargo, es necesario hablar de **la heroína**, no para describirla sino para abordar los **falsos rumores sobre su vuelta**, tan recurrentes en los medios en los últimos años. Sobre ello también son frecuentes las preguntas en las aulas, pero lo son más aún cuando se imparten cursos para educadoras y profesionales de la intervención social.¹⁰

Como ya se ha comentado en múltiples ocasiones, **ningún dato oficial de prevalencias de consumo ni tampoco de los que aportan las salas de inyección controlada que hay en el Estado indican repunte alguno**.¹¹ Sin embargo, el *lugar común* sobre su supuesto retorno no sólo se extiende (y por ello mismo, con cierta credibili-

10 Hemos obviado hacer una descripción detallada de las especificidades de la sustancia, en relación a sus efectos, a su dosificación, etc. La heroína resulta más potente por unidad de peso que la morfina, entre otros motivos por su mayor eficacia para atravesar la barrera hematoencefálica. Recomendamos consultar (excepto en su deficiente primera parte, la dedicada al marco histórico-político) el libro *Heroína*, de Eduardo Hidalgo, Ed. Amargord, Madrid, 2007.

11 Según la encuesta oficial sobre población general, entre 15 y 64 años (EDADES), en nuestro país la prevalencia de consumo a lo largo de la vida es actualmente del 0,7 %, y a lo largo de los últimos 12 meses baja al 0,1 %, y esos datos se han mantenido estables o a la baja en lo que va de siglo. Según la encuesta ESTUDES, sobre población escolar de 14 a 18 años, en los últimos 12 meses dicha prevalencia es del 0,5 % (e incluso éste nos parece un dato exagerado, tal vez derivado de la falta de veracidad de las respuestas...)

dad) en los momentos de mayor crisis económica y social del país. En realidad, y como constató **Martínez Oró, los medios de información de masas llevan dos décadas anunciando el apocalíptico regreso del “caballo”**. Este autor realizó una investigación en la que se desmiente dicho repunte y se analiza el modo en que los medios de (des)información explotan el miedo visceral de una parte de la población. Así, confluyen las malas prácticas del conglomerado mediático, *siempre ávido de alarmismo y sensacionalismo*, con las de ciertos “drogabusólogos” a quienes conviene generar alarma ante consumos *destrutivos y destructores*.¹² Otro asunto muy distinto es que *las políticas de desalojo y desmontaje de los “poblaos”* (como Valdemingómez, por ejemplo, en Madrid) derivasen en un *desplazamiento del tráfico hacia zonas más integradas de las ciudades* (como el barrio de Lavapiés, para seguir con el ejemplo capitalino) y que el consumo de quienes todavía lo realizan *se haya hecho más visible para la ciudadanía en general*. Al respecto de las vías de administración callejeras actuales, variable que influye en dicha visibilidad y también en el miedo generado (en este caso,

12 Ver el informe, Martínez Oró, D.P., *Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana* (Ed. Episteme, Barcelona, 2019). Ver asimismo nuestro artículo sobre la falsa “vuelta de la heroína”, en el que analizamos, brevemente y con *cierta acidez*, algunas claves sociales del tema: <https://consumoconciencia.org/2019/04/22/sobre-el-caballo-y-ls-jinetes-de-la-apocalipsis-no-vuelve-la-heroína/>. El término «drogabusólogo» es de E. Hidalgo y su significado también está algo más explicado en el citado artículo.

para disminuirlo), hay que decir que hoy la **mayoría** de personas usuarias (incluso las considerades “históricas”) **la consume fumada en plata, no inyectada**.¹³

La Desomorfina o ¡¡“Krokodil”!!

A pesar de que **en España no existe su consumo**, corresponde hacer una mínima mención a la sustancia conocida en los medios como **“krokodil”**, ya que, dada la presencia mediática y la alarma (y los *mitos*) que la han rodeado, son muy frecuentes las consultas de jóvenes (y no sólo) en los talleres que realizamos. La *desomorfina* es un análogo de la morfina, sintetizado inicialmente en los EE. UU. buscando menores efectos secundarios que los que ésta provoca. Se obtiene haciendo reaccionar cloruro de tionilo con codeína, y reapareció en Rusia a principios de este siglo, a modo de *sustituto barato de la heroína*. Los daños que causa en la piel y en las arterias (llegando incluso en algunos casos a derivar en gangrena), debido a una fatal combinación de elementos: adulterantes muy tóxicos, mala síntesis y vía de consumo especialmente peligrosa (por haberse hecho habitual su uso inyectado), han hecho que se use este llamativo nombre callejero que, de nuevo, los medios contribuyeron a amplificar.

13 Hay que decir que el preparado que se puede fumar es la *heroína base*, la “brown sugar” de la famosa canción de los *Rolling*, que es la forma que más se encuentra en Europa. La que se suele inyectar es la *heroína blanca*, es decir, la sustancia en forma de *sal química* (clorhidrato de heroína, habitualmente).

Los opioides sintéticos, la “*droga zombi*” y el pánico (mediáticamente) inducido.

En la actualidad existen más de trescientos opioides sintéticos, agrupados en siete *familias químicas*, más algunos llamados “huérfanos”. Pretendemos proporcionar aquí sólo los datos más relevantes para el desempeño preventivo, y no extendernos en describir productos farmacéuticos que, obviamente, presentan detallada información en sus respectivos prospectos. Por ello, nos centraremos tan sólo en desmentir algunos tópicos, como las alarmas vertidas sobre la posibilidad de que se pueda extender a nuestro territorio una “crisis de los opioides” como la que se vive en los EE. UU.¹⁴

Así, debemos remitir de nuevo al citado estudio de Martínez Oró, en el que, tras analizar las condiciones estructurales de cada país, sobre todo en lo que respecta a sus tan diferentes sistemas sanitarios, se concluye que no hay ningún elemento común en dichas condiciones

14 Mantenemos el término “**crisis de los opioides**” entrecomillado, porque, en realidad, es tan poco adecuado como el que tanto se usó de “**crisis de la heroína**”. Los **problemas** aceacidos *en relación* con estas sustancias **tienen causas sociales muy complejas**, y poner exclusivamente el acento en las correspondientes drogas (que, recordemos, *no tienen voluntad propia ni son* (ni, por definición, *pueden ser*) responsables de nada, supone utilizarlas como **chivo expiatorio** de ciertos males. Esto, que puede resultar en cierto sentido “*tranquilizador*”, en realidad **oculta más que esclarece** dichas **causas** y, por tanto, las posibles **vías de solución**.

que haga esperar un problema semejante en España. En 2021, según datos del propio *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas* (NIDA, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos murieron 70.601 personas por sobredosis de opioides sintéticos. Allí, incluso se han interpuesto demandas judiciales contra algunas compañías farmacéuticas por publicidad fraudulenta o irresponsable. Bien al contrario, ese año en el Estado español fallecieron 17 personas con presencia en el organismo de fentanilo farmacéutico y 174 personas con adicción iatrogénica a esta sustancia fueron admitidas a tratamiento. Pese a ello, en 2023 la prensa española publicó 1.037 noticias con el término “fentanilo” en el titular...

Como se afirma en el mencionado informe, el fentanilo y sus análogos podrían implicar un problema para la salud pública por tres motivos: un uso excesivo como fármaco de prescripción, el consumo como droga “recreativa” y (sobre todo) su empleo como adulterante de otras drogas. Recordemos que el **fentanilo** (que actúa principalmente activando los receptores opioides μ) es alrededor de **100 veces más potente que la morfina y unas 50 veces más que la heroína**, e incluso algunos análogos como el **carfentanilo** pueden duplicar esa potencia.¹⁵ En nuestro

15 El fentanilo fue fabricado por primera vez en 1960 y aprobado para uso médico en los EE. UU. en 1968. Ya desde 2017 **es el opioide sintético más utilizado en medicina**, y está en la **lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud**. También en la citada lista está la **oxicodona**, sustancia mucho menos potente por unidad de peso: por vía oral, tiene

país, las principales sustancias protagonistas de la “*crisis de opioides*” de EE. UU. son totalmente marginales, tanto el **fentanilo** como la **oxicodona**, y sólo fueron consumidas en el último mes por un 0,1% de la población española. Además de su escasa incidencia, debemos destacar que el 95,7% de quienes han recurrido a estos opioides los obtuvieron mediante receta médica y, por tanto, que comprarlos en el mercado negro en nuestro país es algo puramente anecdótico, algo opuesto a lo que sucede en el gigante norteamericano por las condiciones de su **muy deficiente sistema público de salud** y lo que esto acarrea en términos de gasto sanitario personal. Así pues, en España se emplea bajo rigurosa prescripción médica, por lo que, afortunadamente, al elevadísimo riesgo que acarrea su consumo *no se unen los que implica ser una sustancia ilegalizada*.¹⁶

aproximadamente 1,5 veces el efecto de la cantidad equivalente de morfina. En 2019 se dispensaron más de 14 millones de recetas de ella en los EE. UU. Mantenemos también el uso del término “recreativo” que aparece en los informes y en los textos “preventológicos” por ser el habitual, aunque no es en absoluto preciso: no en todos los casos a los que se refieren con él, ni siquiera en la mayoría, se trata de “recreación”. Es más adecuado hablar de *uso extrasanitario*, o incluso de *uso adulto*.

16 Como siempre decimos, y pese a argumentos bienintencionados (pero desenfocados) esgrimidos para promover la regulación del cannabis u otras sustancias, **cuanto más peligrosa es una droga más razón (y no al revés) para que sea legal y esté controlada por los poderes públicos** y, por tanto, para que su **pureza y calidad esté garantizada** (con criterios *GMP*), **se expendan en dosis exactas y bajo la supervisión de personal especializado**.



Si bien su **prevalencia de uso** “recreativo” en nuestro país es **absolutamente despreciable**, sí que se han lanzado algunas **alertas desde el Sistema Estatal de Alerta Temprana (SEAT)** ante la detección de análogos del fentanilo como

adulterantes de otras sustancias, **aunque estas alertas no llegan a la decena en los últimos 5 años**. Por ello, y si bien hay que mantener la vigilancia, esto nada tiene que ver con el alcance de los problemas de este tipo acaecidos en EE. UU., Canadá y, en menor medida, en otros países. Allí no es demasiado infrecuente su aparición como adulterante de la heroína, e incluso como componente de algunos productos callejeros vendidos como una mezcla intencional (el llamado “*grey brick*” o “*ladrillo gris*”). Además, ha llegado a aparecer también adulterando la cocaína, lo cual, por lo “absurda” de esa mezcla, hace necesarias más investigaciones sobre las causas de estos *asesinatos diferidos*.

Existen **muchos otros fármacos opioides**, pero sólo añadiremos una breve nota sobre el **tramadol**, ya que es **el opioide más recetado en el Estado español**. No requiere de *receta específica de “estupefacientes”*, pero sí de receta

médica ordinaria. Es un opioide atípico (*huérfano*), agonista no selectivo sobre los receptores μ , δ y κ , que posee alrededor de la sexta parte de la potencia de la morfina. Genera infinidad de efectos secundarios y, además, su complejo mecanismo de acción, que también incluye la inhibición de la recaptación de noradrenalina así como la intensificación de la liberación de serotonina (lo que también le confiere un carácter más euforizante) implica una **contraindicación absoluta a la hora de combinarlo con muchísimas sustancias**; entre otras, con: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), los ISRS (fluoxetina, citalopram, etc.), los derivados anfetamínicos (incluidos *entactógenos* como la MDMA), la cocaína, y por supuesto también con el alcohol.¹⁷



17 Un simple vistazo a la columna correspondiente al tramadol en el famoso cuadro sobre mezclas de drogas elaborado por ***Tripsit*** y ampliado por la organización polaca de R. de RR. «**SIN**», da idea de la magnitud de sus riesgos: <https://consumoconciencia.org/drogas/>

El OEDT y las “malas noticias”

Resulta necesaria una reflexión final sobre las citadas **alarmas** lanzadas desde el **OEDT**. En 2024 se publicaron noticias con titulares como estos: *“Por qué la escasez de heroína en Europa no es una buena noticia”* o *“El regalo envenenado de los talibanes ¿Por qué la escasez de heroína en Europa puede tener efectos devastadores?”*.¹⁸ En dichos reportajes se seguía diciendo: *“La toma de Afganistán por los talibanes se está dejando sentir en el mercado de la droga. Pronto podría haber muy poca heroína en Europa, con consecuencias potencialmente trágicas”* *“Menos droga ilegal en el mercado debería ser una buena noticia... Pero no. Europa debe prepararse para una crisis en el suministro de heroína que podría disparar el uso en el continen-*



18 El segundo titular, en concreto, pertenece a este amplio reportaje: <https://www.lavozdegalicia.es/xlsemanal/a-fondo/crisis-heroína-afganistan-trafico-fentanilo-europa.html>.

Las cursivas son nuestras. Por cierto que “talib” es el singular y “talibán” ya es plural, pero hemos respetado el inadecuado término “talibanes” de los artículos.

te del temido fentanilo, una droga devastadora”. «Nunca hemos tenido tantas drogas de contrabando en Europa ni fabricadas en Europa», dijo Alexis Goosdeel, director del OEDT, al presentar el último informe sobre la situación.” “El Observatorio teme que la heroína pueda escasear en las calles europeas a partir de 2024.”

El motivo no es que, de pronto, la policía pueda hacer mucho más en la “*guerra contra (algunas) drogas*”, algo *archidemostradamente imposible*. La razón es otra: “Si los talibanes van en serio y realmente han puesto fin de forma notable al cultivo de adormidera, *los consumidores europeos de heroína, alrededor de un millón de personas, pronto tendrán un problema.*” “Los informadores sobre drogas del OEDT consideran posible que Afganistán vuelva a experimentar este año una caída de la producción de opio (...) *Por ello, los expertos recomiendan a los países europeos que se preparen para una crisis de heroína.* En el peor de los casos, los heroinómanos se pasarán a los opiáceos sintéticos, como el fentanilo, que hasta ahora ha desempeñado un papel muy secundario en Europa.”

Es necesario señalar que este alarmismo (una vez más) tiene por el momento más de falso que de cierto, como demuestra el reciente informe: *Fentanilo en España. Evidencias, percepciones y realidades* (auspiciado por el PNSD y elaborado por *Episteme Social*, 2024), en el que se cuestiona la solidez de esas “informaciones”¹⁹.

19 <https://www.epistemesocial.org/proyecto/fentanilo/>. En

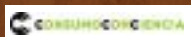
Pero **lo que es fundamental hacer notar**, en realidad, no es el peligro de sustitución de la heroína por una droga sintética u otra, sino **la constatación** (una vez más) **de que bajo el sistema prohibicionista, TODO es un problema**. Dicho llanamente: si hay tráfico de heroína, porque lo hay; si no, porque ésta escaseará y dará lugar a otros consumos potencialmente aún más peligrosos... De nuevo se demuestra (por si faltasen más argumentos) que **no hay razón alguna que sostenga este delirante sistema**, y además se confirma que **hay instancias que viven de que determinados problemas se perpetúen, no de trabajar en auténticos procesos de solución**. Es nuestra obligación ética como profesionales de la prevención combatir aquello que genera más riesgo y más daño de entre todos los factores posibles, y por tanto seguiremos denunciando sin descanso el **iatrogénico, criminal y criminógeno entramado del Dogma Prohibicionista**.²⁰

todo caso, según se afirma en dicho informe, serían los nitazenos, opioides sintéticos derivados del benzimidazol, los compuestos que podrían sustituir al consumo ilegal de heroína y, por ello, son hoy los que más preocupan a los sistemas de alerta temprana europeos. La investigación de *Episteme*, sin embargo, también apunta a que por múltiples motivos no sería en el Estado español donde el suministro de "caballo" fuera de descender notablemente, y, en todo caso, mucho menos que en otros países europeos.

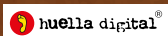
20 Ver el origen histórico del *marco prohibicionista*, desgraciadamente vigente **y hoy en franca ofensiva**, en nuestro folleto sobre leyes y drogas: <https://consumoconciencia.org/2018/01/27/leyes-drogas-folleto-informativo/>



Texto



Maquetación e impresión



Gestiona

Asociación de
Reducción de Riesgos
"Dos Dedos de Frente"

Contacto

info@consumoconciencia.org;
www.consumoconciencia.org;

 Consumo-ConCiencia;

 consumoconciencia

 consumo.conciencia