



**FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS.

**TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL**

AUTOR/A: HELENA CACHO SÁNCHEZ

TUTOR/A: JOSÉ LUIS HERNANDEZ HUERTA

Palencia, Junio 2020

SIGLAS:

- CT (Comunidad Terapéutica)
- EDADES (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España)
- EEUU (Estados Unidos)
- END (Estrategia Nacional sobre Adicciones)
- ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)
- INJUVE (Instituto de la Juventud de España)
- INE (Instituto Nacional de Estadística)
- NIDA (Instituto Nacional para el Abuso de Drogas)
- OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)
- OMS (Organización Mundial de la Salud)
- ONU (Organización de las Naciones Unidas)
- PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas)
- TFG (Trabajo Fin de Grado)
- UE (Unión Europea)

PALABRAS CLAVE. Drogas, adicción, educación social, prevención.

RESUMEN.

El presente trabajo de fin de grado aborda la temática de la guerra contra las drogas desde una profunda revisión bibliográfica, relatando diferentes situaciones y experimentos llevados a cabo durante estos 100 años de lucha contra las drogas y mostrando las diferentes actuaciones, perspectivas y resultados obtenidos. Se investiga sobre la política prohibicionista, presente en todo el mundo, exponiendo las excepciones, cada vez más comunes, que se han tomado para hacer frente al prohibicionismo. Además se hace hincapié en el Cannabis, al ser la sustancia ilegal más consumida y aceptada socialmente. Y se pone el énfasis en los datos de consumo en España, así como en las medidas educativas y preventivas que se han puesto en marcha, observando la importancia que la educación social desarrolla y debe desarrollar, en materia de drogas, dando respuestas a las necesidades y demandas sociales, a través de las intervenciones educativas y del desarrollo comunitario. Para finalizar el presente trabajo, se han expuesto una serie de conclusiones finales que sintetizan las ideas principales englobadas en el mismo.

ABSTRACT.

This final degree project addresses the subject of the war on drugs from a deep bibliographic review, recounting different situations and experiments carried out during these 100 years of fighting against drugs and showing the different actions, perspectives and results obtained. The prohibitionist policy, present throughout the world, is investigated, exposing the increasingly common exceptions that have been taken to confront prohibitionism. Furthermore, emphasis is placed on Cannabis, as it is the most widely consumed and socially accepted illegal substance. And the emphasis is placed on the consumption data in Spain, as well as on the educational and preventive measures that have been put in place, observing the importance that social education develops and should develop, in the matter of drugs, responding to needs and social demands, through educational interventions and community development. To finish this work, a series of final conclusions have been presented that synthesize the main ideas included in it.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACION DEL TEMA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL.
3. OBJETIVOS
4. LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS
 - 4.1. Consumo actual: qué se consume y quiénes lo hacen.
5. LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS
 - 5.1. ¿Qué ocurriría si esto lo intentamos aplicar a otras sustancias?
 - 5.2. ¿Qué desencadena a una adicción?
 - 5.3. ¿Privar a la gente de drogas, en concreto las ilegales, soluciona el problema del consumo?
 - 5.4. ¿Qué puede ocurrir si se permite el consumo drogas?
 - 5.5. ¿Se debe tratar por igual a todas las drogas?
6. CANNABIS, la droga ilegal más consumida y accesible.
 - 6.1. ¿Qué ocurre cuando se legaliza el cannabis?
7. ¿QUÉ MEDIDAS SE ESTAN DESARROLANDO DESDE LA EDUCACIÓN?
 - 7.1. Tipos de prevención
 - 7.2. Actuación y resultados
8. ¿QUÉ PAPEL TIENE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN ESTE ÁMBITO?
9. CONCLUSIONES
10. BIBLIOGRAFÍA
11. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la actual guerra contra las drogas, analizando qué alternativas existen o han existido y cuáles han sido los resultados, defendiendo la necesidad de la educación social para hacer frente a esta guerra.

Nos hemos basado en diferentes estudios que nos acercan a nuevas realidades, nuevas maneras de pensar sobre cómo ver las drogas y sobretodo la adicción.

Para ello, primero se analiza la problemática de las drogas en la actualidad haciendo referencia a datos estadísticos (ESTUDES, EDADES, ONU) que nos muestran, que aunque gran parte de la población consume drogas, principalmente drogas legales y cannabis, la mayoría no tiene problemas de adicción, pues no implica lo mismo consumir drogas que ser adicto, algo que podremos observar en el apartado de anexos, donde se han definido algunos términos para aclarar conceptos de fácil confusión.

A continuación, se ahonda en lo que significa la guerra contra las drogas y cómo se ha actuado, utilizando como fuente principal el libro publicado por Hari (2015), *Tras el grito*, junto con diferentes experimentos que demuestran el por qué de la adicción a las drogas a través del *Rat Park* (Alexander, 2008).

Aunque no todas las drogas ilegales son iguales, se las trata como si lo fueran, pues el cannabis, aunque es la sustancia ilegal más consumida y cada vez está más aceptada socialmente, tiene el mismo trato que otros estupefacientes. Será esta sustancia psicoactiva, el cannabis en el que haremos hincapié y para ello referenciaremos principalmente a Escohotado (1999), en el apéndice de su libro, *Historia general de las drogas*.

Una vez conocido lo que esta guerra implica, los experimentos realizados y las diferentes actuaciones que se han llevado a cabo en diferentes países, pasamos a conocer que medidas educativas se están llevando a cabo actualmente, en especial en España y en referencia a los jóvenes, observando datos del INJUVE y la END, atendiendo a la importancia de la detección precoz y la prevención con los más vulnerables, así como a los factores protectores y de riesgo.

Para terminar, una vez que ya conocemos qué implica esta guerra contra las drogas y qué se está haciendo, conoceremos el papel que la educación social tiene en todo este campo y el que podría desarrollar, puesto que todavía es una profesión poco reconocida pero muy esencial en este ámbito, se reivindica la importancia de esta profesión y su labor esencial para luchar contra las drogas ofreciendo alternativas, estando preparados/as para los cambios y afrontar nuevas perspectivas. Por último se establecen unas conclusiones finales que recopilan lo fundamental de este trabajo.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO EN EDUCACION SOCIAL.

El tema escogido para el presente trabajo de fin de grado se basa en la guerra contra las drogas (véase en apéndices) y el papel que la Educación Social tiene y debería tener.

Durante los cuatro años de Grado hemos abordado infinidad de problemáticas, pero es por la proximidad personal e interés profesional el motivo de la elección del tema. Todo ello influido por el corto periodo de prácticas educativas llevadas a cabo en cuarto curso, en una Comunidad Terapéutica.

El hablar de drogas es algo muy amplio, que engloba muchas connotaciones diferentes y en la mayoría de las ocasiones cotidianas, es un tema muy repudiado a la vez que intrigante, pero del que se tiene muy poco conocimiento, lo que lleva a este paralelismo entre dos puntos de vista

tan opuestos. Es por ello que se ha realizado una revisión bibliografía para investigar y conocer más a cerca de lo que las drogas, el consumo de drogas, la adicción etc. supone, pero no solo desde una perspectiva prohibicionista, sino que también se han revisado estudios y datos que demuestran que algunos estudios son erróneos o que la despenalización o incluso la legalización no es una decisión irreflexiva. Para ello, se muestran ejemplos de lo que esto ha conllevado, como la despenalización de las drogas en Portugal desde 2001, la legalización de la marihuana en Holanda, las clínicas de consumo legal de heroína en Suiza etc.

Como explican los Documentos Profesionalizadores (2007) se considera que la Educación Social es "Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social". Por ello se da al siguiente trabajo un enfoque educativo sobretodo en materia de prevención.

En la educación social, este tema es de suma importancia, puesto que el consumo de drogas tanto legales como ilegales aparecen en todos los ámbitos con los que un/a educador/a social puede trabajar, por ello es importante, la formación de este/a en dicho ámbito, para así poder bien detectar casos de consumo o bien prevenirlos.

La presencia de la Educación Social en la historia de la atención a las adicciones en España aparece en diversas publicaciones (Carretero et al, 1988; Jordá, 1989; Asoc. Épsilon, 1996; Olivar, Sanchís y Ros, 2008). Pero, a pesar de que los/as educadores/a sociales son el colectivo profesional más presente en el trabajo en adicciones (véase en apéndice), esa presencia no se corresponde con su estatus, manifestándose en aspectos como la frecuente ambigüedad en sus funciones, asumiendo tareas por debajo de su cualificación, y especialmente, en un contexto dominado por el enfoque biomédico una menor presencia en la toma de decisiones en comparación con otras profesiones relacionadas con este ámbito (Olivar, 2005).

A través del presente Trabajo de Fin de Grado, he podido valorar el grado de adquisición y/o consolidación de las diferentes competencias presentes lo largo de los cuatro años de estudios continuados. Como resumen, he seleccionado nueve de las competencias del grado de Educación Social adquiridas y relacionadas con el presente trabajo, a mi juicio son:

1. (Competencia E2). *Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional.* Justificando teorías, aportando datos y argumentando el tema de abordaje para mejorar el problema del consumo de drogas
2. (Competencia E8). *Aplicar metodologías específicas de la acción socioeducativa.* Se muestran las diferentes metodologías y formas de actuar que se han ido aplicado y los resultados que se obtienen de dicha metodología.
3. (Competencia E12). *Formar profesionales y agentes de intervención socioeducativa y comunitaria.* Con los nuevos conocimientos adquiridos, la formación se ha visto ampliada y es necesaria para una adecuada intervención.
4. (Competencia E19). *Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que le permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social.* Como se ha hecho a lo largo del trabajo, se han ido analizando diferentes fuentes de diversos autores para contrastar datos, conocimientos y resultados y hacer una recopilación y síntesis de todo ello.
5. (Competencia E20). *Conocer el marco de la educación social y los modelos desarrollados en otros países con especial atención a las iniciativas de la Unión Europea.* Se ha investigado sobre las diferentes formas de actuación y sus respectivos resultados, a nivel nacional e internacional.
6. (Competencia E21). *Conocer los supuestos y fundamentos teóricos de la intervención socioeducativa y sus ámbitos de actuación.* Para ello se ha hecho una revisión teórica de las medidas llevadas a cabo en diferentes países, los cambios que sean producido y las mejoras que han surgido.

7. (Competencia E22). *Conocer las políticas de bienestar social y la legislación que sustentan los procesos de intervención socioeducativa.* En la línea de la competencia anterior, se han revisado que políticas se han llevaban a cabo y cuales se llevan ahora, observando los cambios que se han ido produciendo.
8. (Competencia E30). *Identificar y diagnosticar los factores habituales de crisis familiar y social y desarrollar una capacidad de mediación para tratar con comunidades socioeducativas y resolver conflictos.* Se pretende conocer no solo las características del sujeto con el que actuar, sino el entorno que le rodea para entender ciertas actitudes y situaciones.
9. (Competencia E43). *Diseñar y llevar a cabo proyectos de iniciación a la investigación sobre el medio social e institucional donde se realiza la intervención.* De esta manera, se ha diseñado dicho trabajo, haciendo una investigación de la realidad de las drogas, localizando el motivo de la necesidad de intervención y la manera en la que hacerlo.

Todas estas competencias citadas están justificadas en la forma en la que se han ido desarrollando con la puesta en marcha de este trabajo, es decir, que todas ellas mantienen una relación directa con la intervención socioeducativa desde la Educación Social.

3. OBJETIVOS

A continuación se describen los objetivos generales y específicos que se tendrán en cuenta para el desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado.

Objetivo General: Abordar la problemática del consumo de drogas, investigando a cerca de cómo el consumo y las políticas que hay afectan y en que medidas a la población.

Objetivos Específicos:

- Establecer la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales en la población.
- Analizar las consecuencias del consumo de drogas legales e ilegales y de la adicción.
- Identificar alternativas que tienen los usuarios de drogas, fuera de las políticas de prohibición del consumo.

4.LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS

Podemos decir que la mayoría de personas no usan drogas, puesto que, de quienes las prueban, solo un grupo de personas seguirá consumiéndolas de manera regular, y de estos, será un pequeño grupo los que desarrollen patrones de hábito, abuso o dependencia (véase en apéndice), como veremos en los datos expuestos a continuación.

Multitud de autores consideran que el consumo de drogas constituye hoy en día el principal problema de salud pública de los países desarrollados. El uso y abuso tanto de las drogas ilegales como de las legales, ha aumentado en la sociedad de forma alarmante en los últimos años.

Becoña, (2002) afirmaba que ningún país está exento de este problema, el cual produce consecuencias graves en la salud física y mental de las personas consumidoras, además de afectar a nivel social, familiar y laboral.

Según datos de la ONU(2019), en 2017, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior.

Esta, a su vez reconoce que entorno al 10% de los consumidores de drogas tienen un problema con dichas sustancias y, alrededor del 90% de las personas que utilizan una droga, es decir la inmensa mayoría, no han sufrido un daño derivado por dicho consumo.

William Bennett (1996), el zar de las drogas más agresivo que ha existido admite que: “Los consumidores no adictos siguen constituyendo la mayor parte del colectivo de quienes toman drogas.”

➤ 4.1 Consumo actual: qué se consume y quiénes lo hacen.

En España, el consumo de drogas varía mucho de unas sustancias a otras, y de consumirlas ocasionalmente o de forma continuada. Los porcentajes de las personas que han probado alguna droga son mucho más altos que el de las personas que consumen con frecuencia dicha sustancia. Esta distancia aumenta cuando las drogas son ilegales.

Tras analizar los informes EDADES (2019) y ESTUDES (2019), observamos que el consumo de drogas es mayor en hombres que en mujeres salvo en el consumo de hipnosedantes. En el caso de las drogas legales, las diferencias entre hombres y mujeres son menores para el tabaco que para las bebidas alcohólicas, siendo en ambas drogas, superior la diferencia en los consumos de mayor intensidad. En las drogas ilegales también existe un claro predominio masculino, constatándose mayores diferencias en el siguiente orden: consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis. Estos datos coinciden con los de Europa (INE, 2019).

En el caso de la población más joven, formada por estudiantes de 14 a 18 años, las diferencias intersexuales no reproducen el mismo patrón que en la población general. Para este grupo de población podemos hablar de una equiparación sexual en el consumo de buena parte de las drogas.

El grupo de edad de 30 a 39 años, seguido del de 20 a 29 años y del de 40 a 49, son los rangos que presentan un mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. La población más joven es la que presenta unos consumos más intensos y frecuentes de bebidas alcohólicas, salvo el consumo diario, así como de cannabis y alucinógenos, mientras que la población de 30 a 39 años es la que presenta una mayor proporción de personas que consumen drogas de síntesis y anfetaminas. Por último, se ha elevado el rango de edad a 40 o más años, en el caso del consumo más frecuente de cocaína, opiáceos, inhalantes y tranquilizantes sin receta, así como en el consumo diario de alcohol y de fumadores de más de 20 cigarrillos/día.

La edad media de inicio en el consumo suele ser temprana, en el caso del alcohol y el tabaco que son las sustancias que empiezan a consumirse de forma más precoz, se da a los 16,6 años para ambas sustancias. En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empiezan a consumir a una edad más temprana 18,4 años. La cocaína a los 21,1 años y el resto de drogas entre los 20,5 y los 23 años. Los hipnosedantes, con o sin receta médica, son las sustancias psicoactivas que, por término medio, comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años.

Las cifras son bastante dispares en cuanto a la frecuencia de consumo, aunque no tanto en lo que se refiere al tipo de sustancia consumida. Para observar estas diferencias se ha extraído la información del informe EDADES (2019):

Consumo alguna vez en la vida:

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo, más del 90% de la población entre 15 y 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la

vida. Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España, casi el 70% ha consumido esta sustancia. En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa entorno al 20%.

Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España, con una tendencia creciente de consumo, que supera el 35%. La cocaína en polvo es la siguiente droga ilegal más consumida, con un 10%. Como viene ocurriendo en los últimos años, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantienen por debajo del 5%. Por su parte, el consumo de heroína, inhalables volátiles y cocaína en base, sigue siendo residual entre la población.

Consumo en los últimos 30 días:

El consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa entorno al 60%, y el de tabaco, casi en el 40% de la población. Es el 7,5% de los españoles quienes declaran haber consumido hipnosedantes, con o sin receta médica, en el último mes.

Respecto al consumo de cannabis poco más del 9% de la población declara haberlo consumido en el último mes. El consumo de cocaína apenas ronda el 1% y el del resto de sustancias apenas alcanzan el 0,2%.

Como vemos, el porcentaje de personas que han probado las drogas es bastante elevado, pero en cambio, encontramos que este consumo en el último mes es mucho más reducido, especialmente en lo que respecta a las drogas ilegales. Lo que nos puede llevar a pensar que la guerra contra las drogas es algo que está funcionando, pues sino fuera por esta lucha, es posible que el consumo de drogas ilegales aumentase, aunque también nos encontramos con el interrogante de que, por qué el consumo de drogas ilegales sigue existiendo, incluso aumentando, con los años que llevamos de lucha para erradicar esto, ¿tal vez no se esta abordando esta problemática como es debido?.

5. LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

Hace ahora cien años que las drogas se prohibieron por primera vez. En todo este siglo de guerra contra las drogas, nuestros profesores y gobiernos nos han contado una historia sobre la adicción. Esta historia está tan arraigada en nuestra mente que ya la damos por hecho. Parece algo obvio. Parece manifiestamente cierto. Hasta que hace tres años y medio comencé un viaje de 48.000 kilómetros con mi nuevo libro, para descubrir lo que realmente impulsaba la guerra contra las drogas, o eso creía. No obstante, lo que aprendí en el camino es que casi todo lo que nos han contado sobre la adicción es falso; hay una historia diferente a punto de ser contada, si es que estamos dispuestos a escucharla.

Si absorbemos esta nueva historia, tendremos que cambiar mucho más que la guerra contra las drogas. Tendremos que cambiarnos a nosotros mismos.

(Johann Hari, 2015)

Como muestran los datos, el problema del consumo de drogas ronda el 10% del total de la población, un porcentaje no muy alto para la gran repercusión que todo lo que engloba a las drogas conlleva. Pero, de una forma indirecta, las drogas y en especial lo que se ha denominado, la guerra contra las drogas, afecta a prácticamente toda la población, ya que no se trata de proteger y defender únicamente a los adictos, sino a todos los ciudadanos.

Las Naciones Unidas (2004) aseguran que la guerra contra las drogas se lleva a cabo con la finalidad de “crear un mundo libre de drogas”, algo que consideran que podemos conseguir y el

gobierno de Estados Unidos comparte esta perspectiva subrayando que “no existe el llamado uso recreativo de las drogas”.

La relevancia del problema del uso, abuso y dependencia a las drogas, se ve reflejada en la gran cantidad de estudios e investigaciones que se han realizado sobre el tema, considerando la drogadicción uno de los problemas que más costo social y económico provoca en las sociedades modernas, siendo los niños y jóvenes, por el fácil acceso a ellas, por su inmadurez física y psicológica, la parte de la población con mayor riesgo de caer en su uso, abuso y dependencia; esta situación puede acarrear graves problemas de conducta y de personalidad: trastornos, conducta antisocial y en general provocarles un deterioro personal que limite sus oportunidades en la vida.

Históricamente, el hombre siempre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad.

Pero hace tiempo que comenzó una guerra contra las drogas, “lejos de lo que hubiéramos podido suponer, esa guerra no empezó con Nixon en la década de 1970 ni tampoco en la época del presidente Reagan en los años 80, sino mucho antes, en los años 30, de la mano de Anslinger” (Hari, 2015).

Anslinger, fue el director del Departamento de Prohibición del Alcohol en Estados Unidos, justo cuando la prohibición llegaba a su fin, decidió crear una lucha contra las drogas y poder así “atacar a los afroamericanos y otras minorías étnicas, y mantenerlos sometidos”, convirtiéndose en el primer comisionado de la Oficina Federal de Narcóticos del Departamento del Tesoro, de los EEUU.

Siguiendo las pautas de la política prohibicionista contra el alcohol en EEUU, la Ley Seca, ya abolida, que impedía la venta de bebidas alcohólicas en su territorio. Esta política no erradicó que los ciudadanos estadounidenses dejaran de consumir alcohol. Cierto es, que buena parte de la población por miedo a represalias abandonó su consumo, pero otra parte tuvo que conseguirlo de forma ilegal. Estos, consumían alcoholes más fuertes que antes, debido a que el mercado se había reducido con la prohibición y se rentabiliza más el tráfico de sustancias más potentes. Antes de la prohibición del consumo de alcohol, la sustancia más consumida era la cerveza y con dicha prohibición aumentó el consumo de sustancias de alta graduación.

Este mercado calló en manos de algunos gansters y cuando esta ley se abolió, muchos de ellos se arruinaron. Además el consumo de cerveza volvió a ser prioritario entre la población.

Lo que nos puede llevar a pensar que tal vez el prohibicionismo, como los resultados de la Ley Seca muestran, no sea la solución ante los problemas, pues desemboca en otros y no se erradica el principal. Y es que, el consumo de alcohol no es recomendable, pero podemos estar de acuerdo en que es preferible consumir cerveza que licores de altas graduaciones. Al igual que es mejor comprar un producto con garantías, habiendo pasado unos controles, que de forma clandestina, pues es improbable saber de donde viene y que contiene dicho producto.

➤ 5.1 ¿Y que ocurriría si esto lo intentamos aplicar a otras sustancias?

Es obvio que no todas las drogas son iguales, ni afectan igual al ser humano, pero la guerra contra las drogas busca una guerra contra el consumo por parte de cualquier persona y en cualquier lugar, pretendiendo que desaparezcan todas las drogas de la tierra. Hay distintos experimentos que no es que defiendan el consumo de determinadas sustancias, sino que muestran lo que este puede significar.

El profesor Ronald. K. Siegel (2005), dedicó 25 años de su vida a investigar el consumo de drogas en animales. Descubrió que los diferentes efectos de las diferentes drogas, no sólo dependen de sus particulares efectos, sino del particular estado físico y anímico del individuo en el momento de su consumo, así como su por qué, o si el consumo es voluntario o accidental.

Respecto al consumo voluntario, habría que matizar cuándo se produce por la mera búsqueda de un estado alternativo de consciencia y percepción o cuándo las circunstancias presionan al animal o al ser humano, a buscar una solución a un sufrimiento psíquico o físico que produce sus propias endorfinas. A menudo, las drogas no buscan sino corregir los efectos de las drogas que de forma natural segrega nuestro cerebro.

Probó esta teoría cuando una tormenta tropical cayó sobre Hawai dejando la mangosta de la mangosta llena de lodo y a su pareja muerta. Cuando la mangosta descubrió dicha tragedia, comenzó a comer una planta alucinógena que hacía dos meses que estaba allí y había probado en una única ocasión. Ahora, destrozada por el dolor, empezó a ingerir esa planta hasta evadirse de dicho sentimiento, hasta “encontrarse en otro mundo”.

En Vietnam, los búfalos de agua siempre habían rechazado las plantas de opio locales, pero cuando las bombas estadounidenses empezaron a caer a su alrededor durante la guerra, los búfalos abandonaron sus hábitos normales de pastoreo, irrumpiendo en los campos de opio, y masticando este, ofreciendo un aspecto un tanto mareado y embotado. Cuando estaban traumatizados, al parecer, querían, como la mangosta, como los humanos, escapar de sus pensamientos.

Esto nos lleva a plantearnos nuevas hipótesis, sobre el consumo de sustancias y de la adicción sobre estas. Puesto que, si el consumo de drogas en animales se debe a una causa, tal vez el de los humanos también.

➤ 5.2 ¿Qué desencadena a una adicción?

Siempre se ha creído que la única causa de la adicción son las sustancias químicas que se introducen en el organismo, pero, ¿es esto realmente cierto?

Tras hacerse varios experimentos con ratas, uno de ellos protagonista de un anuncio de televisión, en la década de 1980, sufragado por la Asociación por una América Libre de Drogas, se observa a una rata en una jaula con dos botellas de agua. Una de ellas solo contenía agua y la otra, agua con cocaína diluida. La rata, la mayoría de las veces optaba por la segunda botella, y casi siempre que se lleve a cabo este experimento, la rata se obsesionará con el agua con droga y volverá a por más hasta que muera, “usted puede hacerle lo mismo que a los ratones” decía el anuncio.

Este experimento también se había probado con la heroína y otras drogas para demostrar su capacidad adictiva.

Pero años más tarde, estos experimentos fueron revisados por un profesor de Psicología de Vancouver, llamado Bruce Alexander (2008) quien planteó que los ratones no podían hacer otra cosa que drogarse en esas jaulas vacías, sin juegos, ni actividades, ni compañeros. Es por ello que modificó dicho experimento creando el *Rat Park* (parque de los ratones).

Se trataba de tener dos jaulas, en una vivían como en el experimento original, y en otra como en un paraíso, una jaula con las paredes forradas de madera en la que las ratas tenían pelotas de colores y la mejor comida para ratas y túneles para corretear y otros ratones para socializarse.

Para este experimento los ratones de ambas jaulas tenían a su alcance dos botellas. La primera

contenía agua y la segunda llevaba morfina, un opiáceo que los ratones soportan de manera parecida a los humanos y que se comporta como la heroína cuando entra en el cerebro.

Cada día, pesaban las botellas para determinar en qué medida los ratones habían preferido tomar la droga y en qué medida habían optado por no intoxicarse. En el resultado encontraron que todas las ratas habían probado el agua de ambos recipientes al no saber lo que contenía, pero las ratas que vivían acompañadas y en mejores condiciones, consumían algo menos de 5 mg, en cambio los que estaban aislados hasta 25 mg. Los ratones de la jaula feliz no se provocaban la muerte porque preferían dedicar sus vidas a hacer otras cosas.

Por lo tanto, los experimentos pasados parecen erróneos. No es la droga la que provoca la conducta nociva, sino el ambiente. Un ratón aislado casi siempre será un “yonqui”, en cambio, un ratón con una buena vida casi nunca lo será, aunque tenga a su disposición la droga todo el día.

Siguieron perfeccionando este experimento para comprobar hasta qué punto el ambiente influye en la compulsión de consumir sustancias químicas. Para ello seleccionó un grupo de ratones y les hizo beber dentro de sus jaulas aislados, una solución de morfina durante 57 días, para luego sacarlas de esa jaula y meterlas en el *Rat Park*. El objetivo principal de este experimento era saber si realmente las ratas podrían recuperarse tras caer en ese estado de adicción.

El resultado fue, que las ratas al principio tenían síntomas de abstinencia (véase en apéndices), pero al poco tiempo, dejaron de consumir estas drogas y comenzaron a llevar una vida como el resto de ratas que habitaban en esta jaula. Por lo visto un ambiente social placentero los liberaba de su adicción.

La conclusión de este experimento, es la relación de las ratas con los seres humanos, una persona que se encuentra sola e infeliz que vive bajo unas condiciones nefastas por circunstancias de la vida desfavorables o porque no haya sabido cómo hacerle frente a sus emociones y a los problemas, puede acabar consumiendo sustancias psicoactivas, como las ratas del primer experimento, hasta llegar a morir. Pero, si una persona se siente rodeada y se encuentra bien consigo misma o tiene una buena gestión de sus emociones, rodeada de un entorno saludable, probablemente no consuma hasta el punto de ser adicta, o directamente no consuma.

Un experimento parecido se había llevado a cabo algo antes con seres humanos, llamado la guerra de Vietnam.

Según un estudio publicado por la revista *Archives of general Psychiatry*, alrededor del 20% de los soldados se habían enganchado a la heroína en Vietnam. “Había más adictos a la heroína sirviendo en el ejército de EEUU que en el territorio nacional”. Estos dejaron de consumir marihuana ya que estaba perseguido, pero muchos soldados necesitaban de un relajante, así que optaron por consumir heroína que los perros aún no sabían detectarla. Robert Steele, senador por Connecticut, llegó a decir que “el soldado que iba a Vietnam era más probable que se convirtiera en adicto a la heroína a que cayera muerto en un campo de batalla”.

Cuando la guerra terminó y los soldados volvieron a casa, el 95% de los soldados había dejado de consumir droga al cabo de un año. Los adictos que se sometían a tratamientos de desintoxicación y rehabilitación no tenían más probabilidades de dejar de consumir que los que no recibían estos tratamientos. Los adictos que seguían drogándose, eran aquellos que habían sufrido una infancia complicada o que ya consumían drogas antes de ir a Vietnam.

Si damos crédito a la teoría de que las drogas nos secuestran el cerebro y nos convierte en esclavos de las sustancias químicas, entonces estas situaciones no tendrían sentido.

Lo que observamos es, que si el ambiente es bueno, como en el *Rat Park*, no seremos especialmente vulnerables a la adicción. En cambio si nos sentimos solos, impotentes e inútiles o hemos sufrido algún episodio traumático, seremos más propensos a desarrollar una adicción.

La idea de sufrir, causa sensaciones fisiológicas que provocan realmente adicción por eso las personas normalmente se involucran con lo peor en su entorno. Para Hari (2015), la adicción no la causa la química de las drogas si no, el aislamiento, la infelicidad y la desconexión del adicto con su entorno. “No son las drogas, es tu jaula”, las drogas son solo una adaptación al medio en un intento de ser felices.

Es por esto que podemos plantearnos que si las personas tuvieran un buen nivel de vida, a nivel social y económico, si viven rodeados de lo que les llena y les hace disfrutar, si son felices, no se harían adictos a las drogas porque preferirían invertir el tiempo en disfrutar de lo que tienen.

Pero, no podemos negar el impacto social a la hora de que el consumo de sustancias afecte de una u otra manera. Pues bien, el cómo afectan las drogas al cerebro no es discutible, pero sí lo es el achacar que las drogas son malas porque dañan al cerebro y por eso un adicto fracasa en la vida, porque esto carece de argumentos, ya que no sería lógico que afectase de esta manera principalmente a quienes viven en una zona empobrecida, en cambio a la clase más alta, a quien tiene a tu alcance cualquier beneficio, el cerebro le funciona diferente y por eso no fracasan. El impacto social y lo que rodea la vida de las personas es un factor muy importante que no se puede pasar por alto y que se demuestra en el mismo *Rat Park*. Esto nos lleva a plantearnos nuevas cuestiones, pues, si lo que influye principalmente es el entorno y las vivencias personales, ¿terminado con las drogas terminamos con factores como estos?

- 5.3 ¿Privar a la gente de drogas, en concreto las ilegales, soluciona el problema del consumo?

A los pueblos nativos de América del Norte se les privó de sus tierras y de su cultura y desde entonces cayeron de forma abusiva en el consumo de alcohol.

En el siglo XVIII, los más empobrecidos de Inglaterra tuvieron que abandonar sus hogares en el campo, para instalarse en las ciudades, y como consecuencia se extendió el consumo de ginebra, conocido como la Gin Craze.

Los centros urbanos de las ciudades de EEUU en 1970 y 1980, estaban llenos de personas que había perdido su empleo y con ello quedaban aisladas de su entorno, por lo que muchos acababan consumiendo crack. Entre 1980 y 1990 eran las zonas rurales las que veían una pérdida en sus mercados y la sociedad caía en atracones de metanfetaminas.

Alexander (2008), llegó a la conclusión de que:

“Si en la actualidad hay tanta adicción a las drogas es porque nuestra sociedad, hiperindividualista, en continuo movimiento y sacudida por la crisis, hace que mucha gente se sienta aislada, tanto social como culturalmente. Y para combatir ese aislamiento buscan algo que pueda proporcionarles alivio y ese alivio temporal se lo proporcionan las drogas, que les permite escapar de sus sentimientos, dejar aletargados los sentidos y vivir una vida que sería el sustitutivo de una vida plena.”

Dean Wilson, un adicto a la heroína y al crack en proceso de recuperación hacia referencia a la adicción como un mal de soledad. (Citado por Hari, 2015)

Desde luego que la prohibición de las drogas como ya hemos dicho hace que muchas personas no accedan a ellas por miedo a represalias, pero en cambio quienes acceden a consumirlas, se

involucran en ambientes incívicos y acceden a sustancias de las que se desconoce el contenido y la procedencia, lo que genera otros problemas, como las enfermedades o la violencia.

Violencia:

Estudios sobre la guerra antidroga tienen en común la idea de que cuando un producto popular es ilegalizado, no desaparece del mercado, sino que los delincuentes empiezan a hacerse con el control de su suministro y venta.

Estos productos que se comercializan de manera ilegal tienen que ser introducidos en el país y trasportarlos a donde se solicite vendiéndolo en las calles. Si hay algún problema con la mercancía no se podrá acudir a la policía ni resolver el problema en un juzgado, únicamente se soluciona mediante la violencia.

Por lo tanto, si no se puede recurrir a la ley para defender su posesión, los cárteles tendrán que asegurarse, por todos los medios, que los demás profesen respeto y se mantengan fuera de su territorio. La demanda de respeto es la única que hace que esa economía funcione.

Cuando se habla de la “violencia ligada a las drogas” se tiende a pensar en una persona adicta que es violenta o ha cometido un crimen, debido a la ingesta de drogas. Pero lo cierto es que esta realidad es una parte muy pequeña. Si hiciéramos una clasificación de todas las personas que forman parte de las drogas, el adicto sería el último y cuanto más escalones se suba, más poder y más violencia habrá.

Podemos decir entonces que la historia del tráfico de drogas engloba, de menos a mas: (Hari, 2015)

Al adicto.

Al camello, quien no es más que la primera capa de violencia y criminalidad provocada por el tráfico de drogas dentro de una economía fuera de la legalidad.

Bandas de gansters que controlan el barrio.

Redes de traficantes que trasladan la droga a las fronteras.

Mulas que cruzan fronteras.

Bandas que controlan el paso por determinados países.

Bandas que controlan la producción de la droga, en Colombia o Afganistán por ejemplo.

Campesinos que cultivan opio o coca.

Y por último, la guerra contra las drogas, la guerra por las drogas y la cultura del terror, todas ellas creadas por el prohibicionismo.

Las cárceles son lugares que están pobladas de personas por delitos con drogas, pero esto no ha hecho que la droga en la calle haya disminuido. No es que el arresto de traficantes no signifique que disminuya la delincuencia, sino que cada vez que se arresta a una banda hay un incremento de violencia, en especial de homicidios. Lo que sucede es que, si se elimina a quien está en la cima, las bandas luchan entre ellas para ver quién se hace con el poder.

“Si se arresta un elevado número de violadores, las violaciones disminuyen. Si se arresta a un elevado número de racistas violentos disminuyen igualmente los ataques racistas. Pero, en cambio, si se arresta a un elevado número de camellos, el tráfico de drogas no disminuye. Por cada camello que se arreste, hay centenares esperando ocupar su lugar.” (Levine, 2011)

Paul Goldstein, (Citado por Hari, 2015) dirigió un exhaustivo estudio donde examinó los asesinatos que se registraron en NY en 1986 que estuvieran directamente relacionados con las drogas. Pues bien, el 7,5% de asesinatos se produjeron tras la ingesta de drogas y un cambio en

el comportamiento de la persona. Alrededor del 2% fueron obra de drogadictos que para satisfacer su adicción, habían intentado cometer robos que no les salieron bien. Por último, más de tres cuartas partes, es decir la amplia mayoría, se cometían por bandas que luchaban por hacerse con el control del tráfico de drogas.

El estudio del profesor Jeffrey Miron (2004), ha demostrado que, en dos periodos concretos, la tasa de asesinatos ha experimentado un extraordinario incremento a lo largo de la historia de EEUU; ambos coinciden con épocas donde la prohibición experimentó un notable repunte. En primer lugar, entre 1920 y 1933 con la prohibición del alcohol. En segundo lugar, de 1970 a 1990, cuando aumentó la escalada de la prohibición de drogas.

Milton Friedman (1982), calculó que en EEUU, el tráfico de drogas, causaba mil muertes adicionales cada año, aproximadamente. Y consideró, que si se desvinculase el tráfico de drogas de la delincuencia, la tasa de homicidios podría reducirse entre el 25 y el 75%, solo en EEUU.

Como hemos dicho, las cárceles están superpobladas de personas con delitos por drogas, EEUU tiene más presos por delitos de drogas que todos los países de Europa occidental en todas las categorías de crímenes.

En otros países como China, Tailandia, Rusia y parte de Sudamérica, los drogadictos son enviados a campos de trabajo donde se les obliga a realizar trabajos manuales agotadores.

Pero, tal vez, debemos plantearnos nuevas formas de actuar, ya que no se están consiguiendo los resultados esperados, o al menos no a gran escala. Las cárceles están llenas de presos por delitos de drogas que suponen un gasto económico elevado y que si se plantease la opción de despenalizar o legalizar el consumo de drogas, todas estas personas no serían perseguidas y los cuerpos y fuerzas de seguridad, como ya hemos comentado, podrían emplear más tiempo a perseguir otros delitos, además que el dinero que se ahorrase, se debería destinar a la prevención, información y rehabilitación de los consumidores de drogas.

Enfermedades:

El consumo de drogas lleva consigo la aparición de ciertas enfermedades, pero algo que influye mucho es la forma de consumo.

Prácticamente todos los doctores, coinciden en que, desde un punto de vista médico, la heroína pura inyectada con jeringuillas limpias, no causa tantos problemas como los que todos podemos conocer o imaginar. Con el prohibicionismo, las bandas de traficantes mezclan las sustancias con otras desconocidas para el consumidor, para conseguir mayor cantidad y con lo cual, mayor beneficio. John Marks (Citado por Hari, 2015) comenzó a pensar que buena parte de los daños asociados a las drogas, son en realidad producto de las leyes y no de las drogas en sí mismas.

Si la droga prescrita es más segura ¿Por qué no se la facilitan a más adictos? Si se puede evitar que se contagien de enfermedades como el VIH, o que consuman sustancias adulteradas, ¿por qué no extender esta técnica?

Marks, quien creó una clínica con 142 pacientes adictos a la heroína y a la cocaína, demostró que uno de los cambios que se apreciaba era que el número de delitos cometidos había disminuido en un 93%. Además, en el periodo de tiempo en el que recetaba heroína, no se registró ni una muerte por drogas entre sus pacientes. En cambio si que se seguían registrando muertes de la gente que compraba en la calle.

La prescripción de drogas no es una alternativa al abandono de las drogas, pero para muchos es un camino para llegar a dejarlas en el futuro.

➤ 5.4 ¿Qué puede ocurrir si se permite el consumo drogas?

El consumo de drogas es algo muy antiguo, y no siempre ha estado prohibido. Antiguamente se consumían drogas, en formas de tés, jarabes y vinos y podían contener cantidades mínimas de morfina o cocaína. Pero cuando se comenzó a prohibir el uso de estas sustancias psicoactivas, el mercado negro estaba repleto de drogas y se pasó a consumir cocaína en polvo o heroína en vena. Se ha comprobado que cuanto más se reprime el consumo de drogas, más fuertes son las sustancias que aparecen. En 1970 la persecución del cannabis conllevó al consumo de shunk y supershunk; en 1980 la campaña contra la cocaína desembocó en la aparición del crack.

Este problema también aparece en la prescripción de opiáceos, pues se interrumpen multitud de tratamientos y los consumidores recurren a las drogas que más fácil de conseguir y económicas sean. Como ocurrió con la prescripción de Oxycontin y Vidocodin, dos opiáceos que se recetaban a esas personas que se veían envueltas en un estado de estrés y miedo, debido a la disminución de los ingresos económico y de su posición social, cuando se dejaba de recetar este fármaco, muchas personas pasaron a inyectarse heroína, ya que era lo más parecido, accesible y económico del momento.

Esto no es una ley de naturaleza, ni tampoco algo que provoquen las propias drogas, sino que, es causa de la política de drogas en sí misma. Cuando la Ley Seca desapareció, volvió a ser la cerveza, la principal bebida de los estadounidenses quedando olvidados los whiskys de altas graduaciones. Si se hubiera seguido permitiendo recetar esos fármacos que contenían opiáceos, esas personas seguramente no hubieran terminado recurriendo a la heroína. La mayoría de los consumidores prefieren seguir tomando las drogas más suaves, pero como desaparecen se inclinan por las sustancias a las que pueden acceder.

Cada vez que se habla de países que han tenido éxito con su política sobre drogas, suelen aparecer los nombres de Uruguay, Holanda o Canadá. Resulta interesante el ejemplo de Portugal, sobretodo por las características que comparte con nuestro país, más allá de la cercanía física. Portugal ha conseguido rehabilitar a un gran número de pacientes de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas, al mismo tiempo que ha reducido el consumo. La clave no se encuentra tanto en la descriminalización del consumo y la posesión de drogas que se aprobó hace casi 20 años sino en el eficaz programa de índole social de apoyo al ciudadano. Permitiendo que el número de muertes por VIH y sobredosis se reduzca, al mismo tiempo que muchos adictos, ya fuera de las cárceles, reciban tratamiento.

En 1980, Portugal registraba una de las tasas más altas de adicción a la heroína del mundo por parte de todas las clases sociales y decidieron poner fin a este problema. Han pasado casi 20 años, y los resultados son que el consumo de drogas se ha reducido en un 50%, cada estudio nos muestra que la adicción en general se ha reducido, y como hemos dicho, la transmisión del VIH entre los adictos ha caído, y las sobredosis también han descendido.

Para terminar con este problema, lo que hicieron fue hacer algo radicalmente diferente, despenalizar todas las drogas y utilizar todo el dinero que antes gastaban en arrestar y encarcelar a los drogadictos, en reinsertarlos y reconectarlos con sus propios sentimientos y con la sociedad. Se puso el foco en las personas con problemas de adicción, proporcionado a estos “placer” en vez de “dolor”, mediante la idea de proporcionarles una nueva vida. Para ello se trabaja en averiguar las causas del consumo y ofrecerles ayuda para superarlo, mediante un trato humano y facultando la construcción de una vida diferente a la que llevaban. Respecto a las personas que consumen drogas pero que no tienen ningún problema con estas, sino que únicamente consumen por satisfacción personal, se les informará a cerca de los riesgos que asumen.

En vez de insistir en medidas represivas, que en el mejor de los casos resultan inefectivas, y

contraproducentes en el peor, Portugal optó por un enfoque audaz que favorece políticas más compasivas y eficientes.

Al despenalizar el consumo de drogas, la policía no perseguirá a los consumidores, pero si se topaba con alguien consumiendo, le notificarían para que acudiera a los centros especializados donde, en una entrevista con los profesionales relevantes, determinarían la situación en la que se encuentra, en caso de no ser adicto, únicamente se le informarán de los riesgos. Si se trata de menores de edad, se trabaja también con los padres, quienes suelen estar más desinformados.

Lo jóvenes en Portugal entre 15 y 16 años, es el grupo donde se ha registrado una de las menores prevalencias de consumo de cannabis de Europa Occidental (13%) y el nivel de consumo de cocaína se ha reducido a la mitad que la media de la UE. (OEDT, 2015).

El cambio se produjo de abajo hacia arriba, a partir de médicos, trabajadores de servicios sociales y psiquiatras, quienes implementaron sus propios métodos de ayudar a los que lo necesitaban, a veces introduciendo programas innovadores como el de la metadona, que en lo que consiste es en los barrios más empobrecidos y apartados, entregaban metadona a los adictos y conversaban con ellos, proporcionándoles ayuda e información. Los adictos accedían a escuchar y a recibir ayuda gracias a que no estaba penado el consumo.

“Se trata de combatir la enfermedad, no a los enfermos” (Goulao, 2001)

Los portugueses son conscientes de que no se puede erradicar la droga, por lo que optaron por reducir sus efectos negativos. Y los datos muestran que, en todos los aspectos posibles, el marco de descriminalización ha sido un sonoro éxito. Los delitos relacionados con el consumo de drogas han desaparecido. Existen sanciones si el consumidor es reincidente, pues aunque esté despenalizado el consumo, no se permite consumir a la vista de todos.

Experimentos como el de Portugal recuerdan que el paradigma más popular solo favorece la difusión de enfermedades, la estigmatización de los adictos, la inseguridad en las calles y el beneficio económico de las mafias y ocasiona un gran coste a los Estados, que invierten mucho dinero en perseguir y castigar un negocio multimillonario que, de ser legal, estaría controlado y produciría ingresos que se pudiesen reinvertir en educación sobre drogas.

Pero, como ya hemos dicho, hay más países que han puesto en practica nuevas políticas de drogas. En Colorado se legalizó la marihuana y, desde entonces, nadie ha ido a la cárcel por posesión de cannabis, 125 mil millones de dólares de impuestos han ido a construir colegios y se ha reducido un 32% el contrabando de esta droga por los cárteles mexicanos.

En Suiza se legalizó la heroína y, desde entonces, nadie ha muerto por sobredosis de heroína legal, además de no haberse registrado ningún asesinato cometido por traficantes y se ha reducido en un 80% el crimen en las calles.

Los suizos adictos a la heroína tenían una clínica asociada, donde a través de profesionales médicos, te suministraba la dosis y después se iban a trabajar porque también recibían apoyo para conseguir empleos.

En Canadá, en el 2012 el tribunal supremo, reconoció en una de sus sentencia que los adictos a las drogas tienen derecho a la vida y que las salas para inyectarse son parte inherente de dicho derecho y por lo tanto, no pueden ser clausuradas. Lo que hizo del consumo un acto más controlado y conllevó a que los parques y lugares públicos en los que se consumía se vaciasen de personas inyectándose, haciéndose de estos lugares, sitios más seguros, en especial para los/as niños/as.

En el caso de Holanda, se dio un paso más y se permitió la venta de cannabis en establecimientos determinados. Es cierto que tras la legalización se registró un aumento en el consumo de la droga autorizada, sobre todo de los jóvenes de 18 años. Puede que influya que muchos reconocieron su consumo, pero esto solo sería una parte.

Estos hallazgos indican que no hay un incremento significativo en el consumo de drogas en un país que despenaliza la posesión de drogas pero si cuando se legaliza la venta. La razón posiblemente sea por la facilidad para acceder a la sustancia. Hay que ser franco en lo que a este aumento se refiere, pero también es importante no exagerar su escala. El consumo de cannabis ha aumentado en Holanda, pero las cifras siguen siendo más bajas que en Estados Unidos y que la media de la Unión Europea. Los jóvenes que han probado la marihuana en Holanda engloba al 21% y en EEUU al 45%. Por lo tanto aunque el consumo de cannabis se ha disparado, sigue siendo más bajo si lo comparamos con otros países.

Dentro del consumo de drogas, los datos varían dependiendo si se incluye o no alcohol, si no se incluye, el consumo de drogas aumenta una vez aprobada la legalización del cannabis, pero si este se incluye, el consumo global de drogas no experimenta ningún incremento. Cuando se legaliza la marihuana un grupo significativo de personas que quiere relajarse, cambia la ebriedad del alcohol por la de las drogas.

Cuando California Facilitó las condiciones de acceso a la marihuana mediante receta médica, para quien tuviera dolores de espalda, los accidentes de tráfico disminuyeron porque muchas personas habían optado por la marihuana, y conducir cuando se está colocado, aunque es desaconsejable, no es tan peligroso como conducir bajo los efectos del alcohol.

Entre las ventajas de legalización, se encuentra la desaparición de los carteles sanguinarios, nadie querría comprar droga de peor calidad y más cara, con ellos desaparecería la cultura del terror, disminuiría el número de homicidios, la policía podría dedicar más tiempo a investigar otros delitos y además recuperar la confianza en los barrios y los jóvenes tendrían muchas más dificultades para acceder a estas sustancias. También descenderían las muertes por sobredosis y el índice de VIH, como sucedió en Suiza, Holanda y Vancouver. Las drogas que se consumirían serían, de hecho, más suaves que las actuales y habrían más fondos para el tratamiento y reinserción de adictos a la sociedad y al mercado laboral, como ya hemos conocido.

No se tiende a criticar el consumo de drogas en sí mismo, sino que lo que preocupa son los daños que este consumo provoca. Las pruebas que existen sobre los trastornos y enfermedades que provocan las drogas son determinantes. La legalización reduce ligeramente el consumo de drogas, pero de manera significativa los daños provocados por las drogas.

Respecto a la accesibilidad a las drogas para los más jóvenes, es más fácil conseguir una sustancia ilegal, como el cannabis, que tabaco o alcohol, pues en el mercado negro nadie les va a poner impedimentos por ser menores, en cambio en los supermercados o estancos si que se les prohíbe vender estos productos, lo que no quita para que al final puedan conseguirlo.

➤ 5.5 ¿Se debe tratar por igual a todas las drogas?

Como sabemos, no todas las drogas son iguales, ni producen los mismos efectos, además no están igual vistas socialmente, en cambio a todas las drogas que hoy en día se las consideran ilegales, se las trata por igual. Las condenas por ejemplo, son igual para la posesión o tráfico de cualquier sustancia.

Basándonos en los datos del Informe Europeo sobre Drogas (2019). La droga ilegal que más se prueba en Europa es el cannabis, seguido muy de lejos por la cocaína. Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente según los países, desde el 4 % de

los adultos en Malta, el 35,2% en España, hasta el 45% en Francia.

En la Unión Europea, el 27,4 % de adultos (de 15 a 64 años), han probado el cannabis en algún momento de su vida. De estos el 14,4 % consumieron cannabis el último año.

Si se consideran únicamente los jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia del consumo de cannabis es mayor, con un 18 % que consumió la droga durante el último año y poco más de la mitad, un 9,3% en el último mes.

Según los estudios de la población general, se estima que el 1 % de los adultos de la Unión Europea consume cannabis a diario o casi a diario. Aproximadamente el 60 % de ellos tiene menos de 35 años.

En 2017, alrededor de 155.000 personas iniciaron tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de cannabis.

6. CANNABIS, LA DROGA ILEGAL MÁS CONSUMIDA Y ACCESIBLE.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales, sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc. Hace más de 50 años, la OMS llegó a la conclusión de que el uso del cannabis era peligroso física, mental y socialmente, pese a ello hoy nos encontramos ante un fenómeno de tolerancia social en el que el consumo de cannabis se ha desdramatizado y desmitificado. Los jóvenes, son la población de mayor riesgo y más vulnerable, dado que el inicio precoz del uso del cannabis aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia, afectando a la memoria y el aprendizaje y como consecuencia impacta negativamente en el desempeño escolar y laboral. La OMS añade que el cannabis incide negativamente en la salud mental porque parece ser capaz de ocasionar un síndrome de dependencia, similar al de otras drogas, inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional, y agravar el curso de la esquizofrenia, así como precipitar su inicio.

Salazar (1938), médico mexicano experto en drogas, director de un hospital de drogodependientes y jefe del Departamento de Salubridad Pública de México, publicó un estudio avalado por 14 años de investigación en el que demostraba que el cannabis no causa psicosis y que los supuestos efectos nocivos de la marihuana son un mito. Además señaló las posibles aplicaciones de esta sustancia para tratar enfermedades de carácter nervioso, asma y algunas formas de reumatismo. Para cuestionar los prejuicios sobre la marihuana, Salazar se basó en detallados registros y múltiples experimentaciones, en los que concluyó diciendo que, ni la criminalidad, ni la locura, alucinaciones o delirios estaban directamente relacionados con el consumo de esta planta y que además de su “olor molesto” esta sustancia no perjudicaba a nadie.

“No pocas veces me sorprendió en mi práctica manicomial, que dada la difusión en el uso de la marihuana, especialmente entre las clases pobres que son la clientela habitual de ese sanitario, nunca hubiera podido encontrar un solo caso en el que con toda seguridad se pudiera atribuir la psicosis al uso de la marihuana, contra lo que suelen proclamar crónicas triviales y, sobre todo, en contraste con los numerosísimos casos de psicosis originadas por alcoholismo. Tampoco he podido conocer sujetos con trastornos mentales de origen marihuánico que mis colegas alienistas del manicomio y fuera de él, todos ellos avezados en menesteres psiquiátricos, hubiera diagnosticado...”

Defendía la idea de que era imposible terminar con el tráfico de drogas debido a la corrupción de la policía y a la riqueza e influencia política de algunos traficantes, y que lo único que se podría hacer era terminar con la guerra antidroga y legalizar estas. Partidario de que si el Estado crease un monopolio para la venta de sustancias ilegales, podría regular su uso, el precio y la pureza. Poniendo fin de esta manera al control de este mercado por parte de los traficantes y a su vez terminar con la violencia y el caos que el narcotráfico conlleva.

“levantan una corriente de censura y oposición alarmista y clamorosa de los que, con espíritu mesiánico, tratan de redimir a quienes ni lo piden ni lo necesitan, tratando de reglamentar lo que no les compete, fundamentalmente por eso: porque no lo entienden”

Tvert, (Citado por Hari, 2015), activista estadounidense por los derechos de la marihuana y actual director de comunicaciones del Marijuana Policy Project en Colorado, considera que la marihuana es ilegal porque se la percibe como algo nocivo, pero que en la actualidad aún no se ha entendido el funcionamiento de esta droga, pues “es en realidad más segura que la cerveza que bebemos un sábado por la noche”. Dice del alcohol que es una sustancia tóxica que puede provocar la muerte por sobredosis y que su consumo causa multitud de accidentes y lesiones, mientras que la marihuana no ha provocado ni una sola muerte, y se ha demostrado que el alcohol es una sustancia mucho más adictiva. Además desde el punto de vista social es más problemático, siendo un factor crucial en actos violentos y conductas temerarias, en cambio no hay pruebas de que la marihuana tenga consecuencias similares, de hecho, se ha demostrado que la marihuana tiende a reducir las conductas de riesgo y la inclinación a la violencia. Siendo menos dañina para el cuerpo y para la sociedad. “Por lo tanto si alguien escoge consumir marihuana en vez de alcohol, está escogiendo algo más seguro”. Si esta se legaliza no se estaría añadiendo un vicio más, sino aportando una opción recreativa a los adultos menos dañina que la que ya tienen. Existen investigaciones académicas, donde se pone de manifiesto que los hombres tienen ocho veces más propensión a golpear a sus parejas después de haber bebido, mientras que no existe tal inclinación entre quienes han fumado cannabis. Esto se puede deber también, como hemos dicho, a la falta de conocimiento sobre esta sustancia.

Lo que está claro es que el cannabis es la droga ilegal más consumida y apenas se tiene información sobre ella, hay multitud de mitos y falsas creencias sobre dicha sustancia, tanto positivos como negativos y no se trata de ensalzar una droga ni mucho menos, sino de conocer realmente lo que esta implica para prevenir no tanto el consumo, sino los efectos. Además es difícil comparar unas sustancias con otras, pues sobre las ilegales la información es escasa e inexacta en muchas ocasiones, y la aceptación del alcohol y el tabaco socialmente es algo que esta arraigado en la sociedad y el cannabis, cada vez más, además el consumo de esta sustancia ha aumentado en España y el resto del Europa.

Escohotado (1988), nos habla de todo esto en su apéndice del libro “Historia general de las drogas”, haciendo referencia a la demanda de cannabis por parte de los europeos, pues esta supera la capacidad productora marroquí, quienes suministran prácticamente el total de esta sustancia a Europa, lo que conlleva a una degradación en la calidad del producto exportado.

Además, nos dice que la toxicidad de la marihuana fumada es insignificante, y que no se conoce ningún caso de persona, que haya padecido intoxicación letal o siquiera aguda por vía inhalatoria, dato relevante considerando el gran número de usuarios cotidianos. Lo mismo ocurre con la vía digestiva.

Los efectos abarcan una gama muy amplia, e influye para estos el ambiente y la preparación del individuo. Cuando la marihuana es de calidad, son previsibles claros cambios en la esfera perceptiva, e interiormente, hace que aparezcan pensamientos y emociones olvidadas o poco accesibles.

“Como fármaco recreativo, hay pocas cosas que igualen a la marihuana. Su mínima toxicidad, el hecho de que basta interrumpir uno o dos días el consumo para borrar tolerancias (véase apéndice), el bajo coste comparado con otras sustancias y, fundamentalmente, los efectos subjetivos probables en reuniones, son factores de peso a la hora de decidirse por ella. Promociona actitudes lúdicas, a la vez que formas de ahondar la comunicación, y todo ello dentro de disposiciones desinhibidoras especiales, donde no se produce ni el derrumbamiento de la autocrítica (al estilo de la borrachera ética) ni la sobreexcitación derivada de estimulantes muy activos, con su inevitable tendencia a la rigidez. El inconveniente principal son los «malos rollos» casi siempre de tipo paranoide, aunque estos episodios quedan reducidos al mínimo y se desvanece cuando se presta a esa persona el apoyo debido.”

Si comparamos el cannabis con fármacos de duración inicial similar, como el MDMA, una marihuana de calidad tiene menos carga emocional, aunque es más cambiante a nivel de reacciones y pensamientos, así como incomparablemente menos tóxica.

Desde el punto de vista introspectivo, el entusiasmo inmediato, suele llevar consigo la insensatez y la vanidad. Como es obvio, muchas personas huyen del efecto depresivo y considerarán disparatado buscar introspección en sustancias psicoactivas. Pero otros consideran que convocar ocasionalmente la “lucidez depresiva” es mejor que caer en una depresión.

“En otras palabras, un «mal rollo» ocasional con cáñamo podría ser tan útil, o más, que las habituales experiencias de amena jovialidad, mientras se disfrutaban las leves alteraciones sensoriales con el ánimo de quien acude al cine o contempla el televisor.”

Pero para que esto se pudiera desempeñar de la forma menos nociva posible, tendría que haber un control y un conocimiento sobre la sustancia que se va a consumir. En varios países el consumo de cannabis está legalizado y lo que esto supone es con diferencia muy distinto a lo que se pensaba que podía ocurrir. Pues bien, el debate sobre legalizar las drogas siempre ha conllevado preguntas, afirmaciones e hipótesis del tipo: si todos pueden acceder a las sustancias, ¿consumiría todo el mundo?

➤ 6.1 ¿Qué ocurre cuando se legaliza el cannabis?

En Holanda, la venta libre de marihuana y haschisch en cafeterías no solo genera cuantiosas ganancias fiscales sino una industria colateral muy ramificada, que cultiva, vende pipas y semillas a los consumidores, equipo a los productores e información a los interesados.

En principio, el haschisch contiene proporciones mucho más altas de THC que la marihuana, y es por eso mismo mucho más tóxico. La toxicidad es bastante mayor comiendo el producto que fumándolo. De hecho, fumando es prácticamente imposible siquiera una intoxicación aguda (y mucho menos una intoxicación mortal), ya que las vías respiratorias no admiten más a partir de cierto punto, con violentos accesos de tos, y se producen a la vez estados de sopor. Por vía oral sí son posibles intoxicaciones graves, aunque dependen de la pureza del producto.

Los derivados del cáñamo aumentan, en vez de reducir, la actividad cerebral, y además reducen la agresividad. Como aclaró Baudelaire, «hay temperamentos cuya ruina personal estalla», pero no porque haya actuado sobre ellos algo que asfixia su discernimiento, sino porque al ser potenciado «emerge el monstruo interior y auténtico».

Aparte de la concentración de THC y sus isómeros activos, quizá la distinción básica deba establecerse, como para toda sustancia, entre uso ocasional y uso crónico. El ocasional asegura sorpresas en la experiencia, pues la falta de familiaridad levanta diques de contención montados por el hábito. El uso crónico no asegura tampoco experiencias controladas, ya que eso depende

de la variedad, pero por la familiaridad, tiende a quedarse con la parte sombría o depresivamente lúcida del efecto.

Faltan estudios fiables sobre la toxicología y efectos subjetivos del THC. Los únicos realizados legalmente hasta ahora, patrocinados por el NIDA, carecen de objetividad; intentando probar que la marihuana resulta adictiva y productora de demencia, los investigadores usaron THC en dosis muy altas, con sujetos no preparados para la magnitud del efecto. Las consecuencias incluyeron episodios de pánico, e intoxicaciones de diversa consideración. Sin embargo, juzgar los efectos de la marihuana fumada por los efectos de THC administrado oralmente equivale a juzgar los efectos de un tinto riojano por los efectos del éter etílico. Como solamente esta investigación ha sido autorizada por ahora, se sigue sin progresar en la psicofarmacología del tetrahidrocannabinol.

Hay que tener en cuenta que es el NIDA, quien financia el 90% de las investigaciones destinadas a prohibir todas las drogas en el mundo.

“Lo que está claro es que, consumir cánnabis sigue siendo uno de los ritos de pasaje para la juventud, así como el alcohol y el tabaco. El consumo ya no depende de querer asumir roles determinados (beatnik, provo, hippie), y por eso mismo parece maduro para la persistencia.”

En Holanda, se legalizó la venta de cannabis en los establecimientos determinados, pero el cultivo y la distribución al por mayor se sigue castigando. Con esta medida pretenden separar el mercado de cannabis del de otras drogas consideradas más peligrosas y reducir el uso de recursos policiales y judiciales, para prestar más atención en los casos más graves. El consumo de cannabis ha permaneció estable y como hemos visto por debajo del nivel de consumo de otros países donde esta sustancia está prohibida.

En Uruguay, se aprobó una ley elaborada por el Gobierno para regular el cultivo y la distribución de marihuana y desde 2017 se viene observando un notable aumento de la violencia sistémica en el mercado de drogas uruguayo, que algunos autores han relacionado con disputas y peleas entre grupos rivales por el control de un mercado ilegal en retroceso. Todavía es pronto para saber si la legalización del cannabis está contribuyendo a este incremento de los homicidios y robos con violencia, o si se trata de meros efectos coyunturales y transitorios (Baudean 2017).

En Canadá, a pesar del aumento en el uso terapéutico y paliativo, la mayor parte de la marihuana producida se destinaba al consumo recreativo. Por ello el gobierno decidió legalizar la venta y consumo de marihuana para uso recreativo o libre, argumentando que el prohibicionismo no había logrado reducir su consumo y que era necesario un cambio de política para regular su impacto sobre la salud y la seguridad públicas. Los objetivos de esta medida eran: restringir al máximo el mercado ilegal, establecer medidas de control de calidad y seguridad, impedir el acceso a los menores, y reducir la carga que ha supuesto la prohibición al sistema judicial y penitenciario. La regulación de los productos para uso terapéutico y paliativo, iría a parte de la del uso recreativo. Con los impuestos recaudados se invertirá en programas educativos, tratamiento e investigación sobre el cannabis.

En Estados Unidos, donde como ya conocemos se inició la “guerra contra las drogas”, 33 estados, ya cuentan con leyes que permiten el uso y la comercialización de marihuana con fines medicinales y diez de ellos también con fines recreativos. Este cambio de opinión no se ha debido solo a una visión más favorable de los efectos del consumo de cannabis, sino principalmente tras tomar conciencia de los problemas indeseados que han causado las políticas prohibicionistas.

“El Departamento de Justicia federal advierte a los estados que deben controlar a cultivadores, distribuidores y vendedores para evitar la venta a menores, la actividad de cárteles ilegales, el tráfico entre estados, la conducción bajo los efectos de estas drogas y, en general, cualquier conato de violencia o problema de salud pública o de accidentalidad derivado del comercio y el uso legal de productos cannábicos”.

(Cambron et al., 2017)

Es difícil medir el impacto de la legalización. La mayoría de los estudios indican una correlación positiva entre las políticas más liberales, que han aumentado los puntos de venta, la expansión de la oferta, y un incremento del número de consumidores de marihuana entre adultos. Este incremento no se ha detectado en los adolescentes, aunque varias investigaciones coinciden en que la percepción del riesgo y el rechazo del cannabis se ha visto disminuido entre los adolescentes.

Con la aparición de un mercado legal de marihuana medicinal aparecen diversas formas de administración, como los vaporizadores, el *dabbing* (inhalación de los vapores que se desprenden de calentar aceite o cera de cannabis sobre una superficie metálica) o los comestibles. (Borodovsky y Budney, 2017)

Una de las grandes incógnitas concierne a los efectos que la disponibilidad de cannabis legal tendrá sobre el consumo de tabaco y alcohol. El consumo de tabaco es posible que aumente ya que a menudo son sustancias que se consumen juntas, en cambio el de alcohol tiende a disminuir. Si por usar cannabis las personas redujeran su consumo de alcohol, quizás se podría producir cierta mejora en algunos índices agregados de salud colectiva, ya que en general el alcohol produce muchos más daños para la salud que el cannabis (Hall, 2017), aunque también podrían empeorar otros.

En un estudio reciente, se asocia la legalización de la marihuana terapéutica con una fuerte disminución de la tasa de delitos violentos en los estados fronterizos con México. (Gavrilova, Kamada, y Zoutman, 2017).

Además varios estudios ecológicos han descubierto una correlación entre el aumento de la disponibilidad de marihuana para uso terapéutico y la disminución de la tasa de mortalidad por consumo de opioides, así como la disminución del número de recetas de analgésicos opioides en Medicare, el programa federal de seguro médico (Bachhuber, Saloner, Cunningham, y Barry, 2014; Bradford y Bradford, 2016; Powell, Pacula, y Jacobson, 2015). Sin embargo, ninguno de estos trabajos prueba la existencia de una relación causal.

Todo esto no quiere decir que consumir marihuana sea bueno ni mucho menos, pero si que esta sustancia puede que sea más segura que otras, lo que no quita para que todas las drogas sean sin dudas peligrosas, es por ello, que si se sacan de las manos de los gánsters y cárteles y se lleva un control de lo que se vende, a quién y cuánto se vende y el dinero recaudado de los impuestos fuera destinado a programas de prevención y tratamientos médicos, los beneficios sociales serían notables, como demuestran datos de otros países.

7. ¿QUÉ MEDIDAS SE ESTAN DESARROLANDO DESDE LA EDUCACIÓN?

La experiencia acumulada en España y otros países desarrollados permite constatar y afirmar que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales persistirán durante largo tiempo, por lo que el conjunto de la sociedad deberá aprender a enfrentarse con este grave problema (PNSD, 2019).

Existen numerosos convenios para la lucha contra las drogas:

<p align="center">Nivel internacional (elaborados en el seno de las Naciones Unidas suscritos por España)</p>	<p align="center">Nivel Nacional:</p>
<p>La convención Única sobre Estupefacientes de 1961: es el tratado contra la manufactura y el tráfico ilícito de drogas estupefacientes que tiene por objeto limitar la producción, distribución y consumo exclusivamente para fines médicos y científicos en algunas drogas.</p>	<p>Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en julio de 1985, se han elaborado y aprobado distintos planes y estrategias para establecer el marco de actuación de las políticas de adicciones en España, así como las líneas generales de ejecución de las mismas.</p>
<p>El convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971: es un tratado donde se firmaron restricciones a las importaciones y exportaciones para limitar el uso de drogas incluyendo a casi todas las sustancias que alteran la mente.</p>	<p>En 2014 se crea el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, con el objetivo de mejorar la participación social en la toma de decisiones, formular políticas en materia de adicciones a través de la participación de los principales agentes sociales y cooperar con todos los agentes implicados.</p>
<p>La convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988: es un tratado para regular los químicos precursores para el control de drogas y para fortalecer las previsiones en contra del lavado del dinero y otros crímenes relacionados con las drogas.</p>	<p>La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, que incluye actuaciones frente a la adicción a las nuevas tecnologías y al juego.</p>
<p>En la Unión Europea, encontramos la Estrategia Europea de materia de Lucha contra la Droga (2013-2020) donde se establecen las prioridades para reducir la demanda y la oferta de este tipo de sustancia. Este plan incluye las medidas concretas para la aplicación de la Estrategia Europea con acciones específicas en cada uno de los cinco ámbitos prioritarios: mejora de la coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, mejora de la cooperación internacional y una mejor comprensión del fenómeno de las drogas.</p>	<p>Plan de Acción sobre Drogas (2017-2020) que contiene las acciones que se desarrollarán para alcanzar los objetivos que se marcan en la Estrategia y que están dirigidas, fundamentalmente, a la prevención del consumo de sustancias adictivas e inspiradas en la protección de la salud de las personas.</p> <p>Dentro de este encontramos el VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2017- 2021) un instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en nuestra región.</p> <p>A su vez, dentro de este, se desarrolla el III Plan provincial (Palencia) de Drogas (2019- 2022).</p> <p>La norma básica en nuestra región es la Ley 3/2007, de 7 de marzo. Que destaca entre otras cosas por recoger la nueva regulación nacional sobre la venta, suministro, consumo y publicidad de tabaco y bebidas</p>

➤ 7.1 Tipos de prevención

En España, la prevención de la drogodependencia en adolescentes se inició con actividades aisladas en la década de 1980, en la que la alarma generada por las drogas alcanzó su máximo nivel. Aunque desde entonces se ha ido avanzando considerablemente en la calidad y extensión de estos programas, la principal laguna radica en la distancia entre la teoría y la práctica. Es por ello que no hay suficiente conocimiento sobre cómo extender los programas y facilitar su adaptación a las cambiantes condiciones que se producen en este ámbito.

Los tipos de prevención que nos encontramos a día de hoy son:

Prevención Universal, es aquella que se dirige a la totalidad de los miembros de un grupo o población.

Prevención selectiva, que se dirige a grupos que han sido identificados como de alto riesgo, o que poseen riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

Prevención indicada, se dirige a las personas que ya han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias.

Según los diferentes planes consultados en materia de drogas, la prevención debe abordarse en lo escolar y lo extraescolar, en lo familiar, en el ámbito laboral y el comunitario. Estos tipos de prevención se deberían de realizar de forma complementaria, creando sinergias para proteger a los colectivos desde diferentes frentes. Y esto, si lo relacionamos con el pensamiento de, que la adicción se debe en gran parte a situaciones ocurridas en la infancia que hacen del sujeto una persona más vulnerable al enganche de ciertas sustancias, es totalmente coherente actuar desde estos ámbitos, especialmente con las personas más jóvenes, para poder detectar posibles casos futuros de adicción. Hay distintos científicos estadounidenses que muestran que, por cada suceso traumático que un niño sufre, la probabilidad de que cuando sea adulto pueda convertirse en adicto, es multiplicada por dos y en algunos casos hasta por cuatro. Siendo el abuso infantil, la causa con más probabilidades de desarrollar adicción.

Un estudio publicado en la revista *American Psychologist*, (Citado por Hari, 2015) demostraba que, los niños con padres indiferentes o crueles, tenían una probabilidad mucho mayor de consumir drogas que el resto.

Según datos del estudio INJUVE (2013), Castilla y León se sitúa entre las comunidades autónomas en las que los jóvenes mencionan un mayor control percibido por parte de sus padres, el 34% refiere bastante o demasiado control parental, un control que es mayoritario en chicas que en chicos y en los menores de edad.

El científico Vincent Felitti (2014), afirmó que “la causa fundamental de la adicción, depende mayormente de una experiencia acaecida en la infancia y no de una determinada sustancia.” Dejando sin fundamento a la actual concepción sobre la adicción.

Si es posible determinar a temprana edad cuáles son los niños que pueden ser adictos en el futuro, significa que se ha descubierto algo muy importante y es que, la falta de adaptación en el entorno familiar es la antesala de la iniciación a las drogas. Incluso se podría decir que consumir

drogas es un síntoma y no la causa de la inadaptación personal y social que sufre ese individuo.

Si nos fijamos en los patrones de ocio de los jóvenes castellanoleoneses de entre 15 y 29 años son: salir y reunirse con amigos, escuchar música, ver la televisión, usar el ordenador, hacer deporte, no hacer nada, escuchar la radio o leer libros. La opción, beber e ir de copas, está por debajo del puesto 10, y ha descendido hasta un 46% los jóvenes que dicen que lo hacen habitualmente. Respecto a las salidas nocturnas, 3 de cada 4 jóvenes sale con mayor o menor intensidad por las noches los fines de semana, llegando a casa entre las 3 y las 4 p.m. (INJUVE,2013). Hay otros estudios que muestran que, la probabilidad de consumir drogas aumenta a medida que avanza la noche.

Con lo cual, parece totalmente razonable y adecuado, informar y prevenir desde edades tempranas, en todos los ámbitos, para evitar posibles futuros adictos, pero como el colectivo de adictos suele ser menor, es de mayor importancia, a mi juicio y tras lo que la práctica ha demostrado, informar sobre todo tipo de consumo y de sustancias, para evitar, más que el consumo esporádico, algún tipo de problema con este y su posible cronicidad.

Si nos fijamos en la prevención escolar y extraescolar, se pretende que en la escuela se abarquen contenidos académicos, promoviendo el desarrollo personal y social del niño/a y prepararle para la vida, potenciando la autonomía personal, la capacidad para desenvolverse día a día, la resistencia a la presión del entorno como fórmula básica de evitar el abuso de drogas u otras conductas de riesgo, que adquiera habilidades, destrezas, valores, conocimientos académicos, un estilo de vida saludable. Para ello, se requiere que se lleve a cabo mediante el profesorado que previamente habrá sido formado para ello y los programas acreditados a esto. Pero, ¿debe un profesor/a formarse para tratar estos temas con los alumnos/as o es más preciso recurrir a profesionales de otros ámbitos especializados, para que realicen esta labor? Esta cuestión es algo que abordaremos más adelante.

Por otro lado, tenemos la prevención familiar, entendiendo a la familia como el primer agente socializador del niño/a, y es aquí donde este/a se forma como individuo/a y donde aprende a relacionarse con el mundo que le/la rodea jugando un papel básico como agente educativo. Se conoce que la relación con la familia y con la infancia vivida marca e influye el camino del adulto en materia de adicciones, como bien nos muestra Hari (2015) con las experiencias contadas en su libro.

Según las propias evaluaciones de los programas, estos se han mostrado eficaces a la hora de prevenir el abuso de drogas y otros comportamientos de riesgo, pudiendo mejorar el funcionamiento y las relaciones familiares. La realidad también es, que la participación en estos programas no es muy alta, lo que nos lleva a plantear diferentes cuestiones, ¿se conocen realmente estos programas? ¿Qué hay que cambiar para que la asistencia a estos sea algo cotidiano y normalizado para las familias? ¿Se está potenciando la colaboración con entidades como los CEAS?

La prevención comunitaria, por su parte, tiene como intención reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y la preservación de la salud. Apelando por una coordinación entre entidades para promover y fomentar alternativas atractivas de ocio, cultura y tiempo libre, proporcionando hábitos saludables.

Por último, hacer mención al consumo de drogas legales en el ámbito laboral, el cual ha aumentado en los últimos años, pero también el consumo de otras sustancias. Por ello, también existe una prevención laboral. Si observamos las acciones que se llevan a cabo, se observan las mismas que para los jóvenes solo que adaptadas a este ámbito.

➤ 7.2 Actuación y resultados

Desde el punto de vista de la planificación, es importante conocer el estado de opinión de la población general sobre las diferentes actuaciones que se están desarrollando para afrontar el problema del uso, abuso y dependencia de las drogas.

Las actuaciones de prevención que son valoradas en mayor medida como muy importantes por la población general son las actuaciones de prevención en el ámbito escolar y familiar, por casi el 90% de la población.

Según la Evaluación de la END (2009-2016), en España existe una oferta muy variada y estructurada de programas de prevención. Sin embargo, las coberturas de los mismos han ido disminuyendo y la oferta está muy centrada en la educación. Se necesita actuar más sobre las condiciones sociales que promueven el consumo (promoción, accesibilidad, normalización social), a través de programas de prevención ambiental y garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia y que cumplan con los criterios de calidad aprobados por las CC.AA.

Los programas de incorporación social, están generalizados en todas las CC.AA. pero las coberturas son muy desiguales y, en general, los programas orientados a la incorporación laboral son los menos desarrollados.

Se viene observando un ligero aumento de los consumos de riesgo de alcohol y otras sustancias, especialmente en jóvenes, junto a una baja percepción del riesgo y “normalización” social del consumo lúdico de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, nuevas sustancias psicoactivas...). El consumo en la calle contribuye a ese aspecto de normalización y banalización.

Una detección precoz y la prevención con los más vulnerables debe ser una prioridad: el sistema educativo y el sanitario tienen un papel fundamental, según la END (2016). Añadiendo que el consumo de drogas está muy vinculado al fracaso escolar y a los problemas de conducta temprana.

El consumo de drogas en la adolescencia, se presenta asociado a otras conductas problemáticas (Bukstein, 2000) y dificulta el establecimiento de relaciones educativas adecuadas (Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004).

Un estudio con adolescentes (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2010; Jessor, 1992) nos muestran que existe covariación positiva entre el consumo de drogas y otras conductas de riesgo (violencia, actitud disruptiva, absentismo escolar...) y covariación negativa entre el consumo de drogas y otras conductas saludables y valores prosociales (actividades constructivas con amigos, buenas relaciones con la autoridad, estudio...).

El principal requisito para que un programa de prevención con drogodependientes resulte eficaz, es que se empleen métodos muy participativos, basados en la interacción con los compañeros y mejorar la convivencia escolar, además de tratar de influir en la actitud hacia las diferentes drogas. La mayoría de estos programas son desarrollados por expertos/as ajenos/as al centro escolar o por profesores/as que lo llevan a cabo desde una perspectiva individual, centrándose en el grupo de clase y prestando poca atención al ambiente que rodea a los adolescentes. La eficacia de la intervención de forma global además, ayuda a crear dos importantes condiciones de protección: oportunidades de éxito para todo el alumnado y mayor confianza en el profesorado (Eccles, Lord y Roeser, 1996). Cuando el nivel de participación y la convivencia mejoran, se reducen las condiciones de riesgo tanto para el consumo de drogas, como para el comportamiento violento.

Los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas suelen varían con la edad, pero podemos establecer algunos comunes (Becoña, 2002; Becoña y Cortés, 2010, p.49):

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
FACTORES FAMILIARES	<p>Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. Baja disciplina familiar. Conflicto familiar. Historia familiar de conducta antisocial. Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. Bajas expectativas para los niños/as o para el éxito. Abuso físico.</p>	<p>Apego familiar. Oportunidad para la implicación en la familia. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Altas expectativas parentales. Un sentido de confianza positivo. Dinámica familiar positiva.</p>
FACTORES COMUNITARIOS	<p>Inadaptación económica y social. Desorganización comunitaria. Cambios y movilidad de lugar. Las creencias, normas y leyes, de la comunidad favorables al consumo de sustancias. La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. La baja percepción social de riesgo de cada sustancia.</p>	<p>Sistema de apoyo externo positivo. Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. Descenso de la accesibilidad de la sustancia. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.</p>
FACTORES DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES	<p>Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. Compañeros consumidores. Conducta antisocial o delincuencia temprana. Rechazo por parte de los iguales.</p>	<p>Apego a los iguales no consumidores. Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosos u otras. Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. No ser fácilmente influenciado por los iguales.</p>
FACTORES ESCOLARES	<p>Bajo rendimiento académico. Bajo apego a la escuela. Tipo y tamaño de la escuela (grande). Conducta antisocial en la escuela.</p>	<p>Escuela de calidad. Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. Clima institucional positivo.</p>
FACTORES INDIVIDUALES	<p>Biológicos. Psicológicos y Conductuales. Rasgos de personalidad.</p>	<p>Religiosidad. Creencia en el orden social. Desarrollo de las habilidades sociales. Creencia en la propia autoeficacia. Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. Orientación social positiva. Poseer aspiraciones de futuro. Buen rendimiento académico e inteligencia.</p>

8. ¿QUÉ PAPEL TIENE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN ESTE ÁMBITO?

El Grado de Educación Social, en el proceso de profesionalización, forma al futuro educador/a social en una serie de competencias generales y específicas que posteriormente desarrollará el/la profesional en su campo de trabajo, fundamentadas en sus diferentes sectores de trabajo, asegurando las capacidades y aptitudes necesarias para el desarrollo de la actividad profesional. En esta nueva perspectiva “no solo importa el qué aprender, sino el cómo aprenderlo” (Sáez y García, 2006: 329-332). Esta formación se ha de completar con la formación a lo largo de toda la vida, para poder responder tanto a las cuestiones de carácter personal como profesional.

La educación social pretende dar respuestas a las necesidades y demandas sociales, a través de las intervenciones educativas, la recuperación de valores perdidos como la confianza en uno mismo, la seguridad en la realización de las tareas, la capacidad de relacionarse con los otros, el nivel de autoestima sin dependencias o agresividades y a su vez, pretende promover alternativas que permitan, mediante el trabajo conjunto y solidario, la consecución de mejoras tanto en procesos individuales como comunitarios, lo que plantea la necesidad de un estilo de profesional impulsor del cambio social, con capacidad para integrar el pensamiento crítico con la práctica diaria (Romans, Petrus, Trilla, 2000).

Anteriormente hemos planteado la pregunta: ¿debe un profesor/a formarse para tratar estos temas con los alumnos/as o es preciso recurrir a profesionales de otros ámbitos especializados, para que realicen esta labor? Pues bien, lo que es cierto es que esta formación por parte del profesorado no se está contemplando y la temática de la prevención del consumo entre los jóvenes por parte de esta entidad apenas se aborda en la práctica. Puede resultar difícil, para los profesionales como los/las profesores/as intervenir en el contexto del alumnado, y aplicar los programas más comunes de prevención de drogodependencias, debido a que no todos estén dispuestos a dedicarles el tiempo que requieren porque, o bien tienen otras prioridades, o bien carecen de los recursos o del personal necesario (Faggiano, 2011).

El/la educador/a social en materia de drogas con jóvenes podría adoptar la función de canalizador/a, de orientador/a, convirtiendo lo que podría ser una mera charla informativa sobre sustancias en un espacio de educación de iguales, potenciando elementos como el aprendizaje por modelado. Prestando una atención especial a las drogas disponibles en el entorno de los adolescentes, con el fin de que estos descubran los mitos y errores que les rodean, así como la amenaza que las drogas suponen respecto a los valores con los que se identifican. Aplicando a los programas una metodología activa y participativa, basándose en la interacción con los compañeros, estableciendo debates y fomentando el aprendizaje cooperativo. Además, al estar en contacto con una gran variedad de servicios comunitarios, puede dirigir a los jóvenes, a los miembros de la familia y otras personas afectadas hacia los recursos necesarios (servicios de información, de tratamiento, etc.) No se trata tanto de que los/las profesores/as no intervengan en este ámbito si no están cualificados para ello, sino de una cooperación entre diferentes profesionales para obtener mejores resultados en materia de prevención e intervención de drogas y buscando sobretodo, el mayor beneficio para los jóvenes. Es por ello, que consideramos necesario reivindicar que la figura de educador/a social esté más presente en colegios e institutos, para poder abordar lo que engloba a las drogas y la drogodependencia desde los inicios del consumo.

Aunque esta figura no esté todo lo presente en centros educativos como nos gustaría, si que el/la

educador/a social en materia de drogas está presente en otros ámbitos, como es en las comunidades terapéuticas. Citando a Aguelo (2004), observamos que son programas multiprofesionales de intervención con drogodependientes desde marcos institucionales ampliamente conocidos. Generalmente en ellos se define fundamentalmente una intervención terapéutica y una intervención educativa. Esta última, al menos en cuanto a tiempo dedicado, juega un papel primordial. El abordaje no debe limitarse a la mera intervención sobre los factores psicológicos de la conducta de abuso, sino también sobre las carencias relacionales de los/as usuarios/as, como ya hemos visto en ejemplos anteriores, la adicción suele ir ligada a sucesos traumáticos o problemas ocurridos en la infancia, por lo que es preciso conocer más allá sobre estos/as y no centrarse únicamente en la sustancia consumida. De entre los diversos profesionales que intervienen en esta tarea en la CT, el/la educador/a “representa una figura fundamental”, al ser la CT un medio residencial, en ella, la intervención es en buena medida estructurada, enmarcada en un contexto y con un sentido global y totalizador. Además, está inscrita en un equipo multidisciplinar en el que participan otros/as profesionales, algo esencial para trabajar en materia de drogas es trabajar coordinados/as y en equipo. La labor que el/la educador/a social realiza en CT tiene multitud de facetas, una de ellas hace referencia a la relación educativa propiamente dicha, esto es, la interacción directa entre el/la educador/a y usuario/a de la CT, se trata fundamentalmente de toda una serie de procesos comunicativos. Pero esta relación educativa no es solo un conjunto de relaciones interpersonales, sino también toda una serie de relaciones de poder, de clase, relaciones de adaptación, etc. e intervienen de manera fundamental en los procesos educativos.

Bandura (1997), hablaba de la importancia de los educadores/as sociales dentro del equipo técnico como una oportunidad de interacción educativa, ya sea en la comida, en el tiempo libre, en la cocina o en un banco en los exteriores. Porque, la principal cualidad de la CT es que funciona de manera continuada (veinticuatro horas al día), y la presencia de los/as educadores/as sociales en ella rentabiliza el periodo de estancia de los sujetos, haciendo de cada minuto una potencial experiencia de aprendizaje. Adoptando el/la educador/a social como ya hemos dicho una función de canalizador, de orientador, convirtiendo lo que podría haber sido un mero ejercicio de autoayuda comunitaria en un espacio de educación de iguales, potenciando, de nuevo, elementos como el aprendizaje por modelado.

Si nosotros/as, los/as educadores/as sociales, planteamos la problemática de las drogas desde una perspectiva diferente a la que estamos acostumbrados, los resultados obtenidos serán otros distintos a los que conocemos. Aún no sabemos si mejores o peores, pero desde luego que diferentes, y es que, por qué no probar a dar un cambio, llevamos 100 años trabajando en base a la misma línea prohibicionista donde la prevención se basa en atribuir a las drogas especialmente a las ilegales, una retahíla de connotaciones negativas que hacen más misteriosas e interesantes las sustancias.

Podemos considerar que lo prohibido es algo cultural, ya que ha sido parte de la vida de las personas desde sus inicios. Lo desconocido, lo extraño, aquello que no parece natural, eso que por ser diferente nos asusta, ha sido determinado como prohibido por las sociedades a lo largo de la historia, es también por eso que es considerado “malo”. Pero las prohibiciones van cambiando en las sociedades con el tiempo, y junto con ellas su concepción de lo que está bien y de lo que está mal, como hemos visto por ejemplo con la ley seca.

Las personas a pesar de que en muchas ocasiones nos dejemos influir por el miedo, somos principalmente curiosas, y por eso sentimos la necesidad de descubrir nuevas cosas, de explorar nuevos horizontes y de romper los ya existentes. Es por esta razón que se podría explicar el consumo de sustancias de manera esporádica, siempre nos han transmitido la idea de que las drogas son malas, adictivas y aunque sean divertidas el mal ocasionado es peor que el disfrute, y debido a ese misterio, es posible que aunque esté prohibido su consumo, haya personas que hayan decidido consumirlas.

Si cambiamos esta perspectiva, desde la educación social y el modo de intervenir en materia de drogas, los resultados es muy probable como decimos, que varíen. La visión de las drogas de algunas áreas profesionales en otros países nos demuestran que es posible cambiar la perspectiva y la forma de actuar, y obtener beneficiosos resultados para toda la ciudadanía y no exclusivamente para los adictos o consumidores. Hay médicos y policías, que cambiaron su visión sobre las drogas y sobre lo que el prohibicionismo conlleva. Los positivos resultados implican por ejemplo que, si un médico avanza en investigaciones sobre que implica una sustancia “sin unas gafas prohibicionistas” es decir sin buscar demostrar lo perjudicial de esa sustancia, sino la realidad, el conocimiento sobre esa droga es mucho mayor y real, dando lugar a mejores tratamientos, por ejemplo. Los lugares donde la policía ha dejado de perseguir delitos de drogas, podrán dedicar más tiempo a perseguir otros actos delictivos y además recuperar la confianza en los barrios. Por qué no pensar que si la educación social también cambia esa mirada puede conseguir mejores resultados de los que se están consiguiendo ahora. Como hemos comentado el trato que se le dan a las drogas las hace misteriosas, en cambio si es algo que forma parte de la cultura, de lo cotidiano, no resulta tan atractivo. Como sucede en Holanda, donde la marihuana, como ya conocemos, está legalizada, para la gente de esta ciudad el consumo de cannabis no es algo recreativo, en cambio si lo es para el turismo que va a experimentar allí porque en sus países no pueden acceder de la misma forma. Si esto fuera común para todos, no se fomentaría un turismo para consumir una sustancia, porque no resultaría llamativo, sino todo lo contrario.

Pero, si todo diera un giro y se cambiase la perspectiva de las drogas, la prevención e intervención también se enfocaría de otro modo, pues bien, los/as educadores/as sociales podrían trabajar por cambiar las condiciones en las que habitan las personas para que puedan salir adelante. Al igual que para luchar contra la pobreza no es suficiente con dar alimentos, sino que habría que cambiar el sistema, en esta ocasión sucede algo parecido, habría que trabajar con las personas para que tengan un equilibrio en su vida y así incitar a que se deje de consumir, aunque habrá un número de personas que seguirán consumiendo, será mínimo.

Por ejemplo, en Vancouver, un área famosa por la adicción a las drogas, los adictos sentían que llevaban vidas insignificantes, con trabajos deprimentes y no especializados, y por ello consumían y se juntaban entre ellos desarrollando formas de sobrevivir juntos, en el momento que se trabaja sobre esto, proporcionando trabajos dignos, viviendas, y amor (en el amplio sentido de la palabra), el nivel de consumo y de adictos desciende, pero también hay que trabajar con los problemas psicológicos que la persona tenga, pues si no se resuelven estos, volverá a pasar por lo mismo. Al ofrecer al adicto una vida mejor, este ya no sentirá la necesidad de volver a “anestesiarse a sí mismo”. No podemos enviar a un adicto recuperado al mismo lugar del que ha salido, puesto que sería muy difícil no recaer, en cambio con estas alternativas son capaces de seguir adelante y sentirse útiles.

En Canadá, un adicto a la heroína, cansado de ver como morían compañeros suyos por sobredosis, organizó a los adictos de la zona para crear patrullas que controlasen a los adictos que consumían, mientras otros no lo hacían. Esto dio lugar a que el nivel de sobredosis disminuyera, algo que motivó a los propios adictos, que se sentían realizados y quisieron ir más allá. Tras tiempo de protestas para que el alcalde de la ciudad les prestase atención, consiguieron que se abriera la primera sala de consumo supervisado de América del Norte y que la política de drogas fuera más compasiva. 10 años después se observa que la sobredosis han descendido un 80%, y la esperanza de vida ha aumentado 10 años. Les costó mucho trabajo hacerse oírse, pero cuando el alcalde conoció la realidad que vivían, abordó el tema desde otra perspectiva. Esta es una de las razones por las que la educación social cobra especial importancia, ya que se presta atención al contexto de las personas con las que se trabaja, fomentando el desarrollo comunitario, trabajando por y para solventar problemas de una comunidad pero también a nivel individual, poniendo un énfasis especial en los afectados, además que se proporciona un acompañamiento y seguimiento de los individuos.

Lo que se ha hecho en países como en Portugal para garantizar un trabajo y reforzar así la capacidad de que se sientan útiles, ha sido ofrecer extensiones tributarias de un año a quienes contratasen adictos en proceso de recuperación.

Para aquellos adictos que no están preparados para dejar la droga, lo que han hecho en un barrio pobre a las afueras de Portugal, era acercarse hasta allí proporcionándoles metadona y brindando la oportunidad de que hablasen con los/as médicos/as y psiquiatras, algo que como no tienen miedo a represalias lo hacían, por lo que se les proporciona información y se les ofrecen alternativas. Después esas personas continuaban con sus quehaceres, porque estaban en perfectas condiciones al recibir la metadona, ya que no se sienten colocados, ni tampoco sufren los efectos de la falta de heroína. El/la educador/a tendría su papel en esas charlas con los adictos, con las personas del barrio, preocupándose por ellos y transmitiéndoles la información pertinente en materia sobretodo de prevención de drogas.

Esto solo es algún ejemplo, pues en el ámbito de adicciones en el contexto español, la presencia de educadores y educadoras sociales está generalizada en todos los espacios de atención, y muy especialmente en recursos residenciales o semi-residenciales, y en programas de actuación en el medio comunitario, preventivos, de tratamiento y reinserción. Desde el trabajo en medio residencial en lo cotidiano en espacios como Comunidades Terapéuticas, hasta el trabajo en medio abierto, actuando con menores en riesgo con intención preventiva, el educador y la educadora social desarrollan su tarea, utilizando estrategias socioeducativas orientadas a la incorporación social del sujeto para superar los problemas asociados a las adicciones.

A pesar de la importancia que varios autores reconocen a la profesión de la educación social en este ámbito, en el estudio de Comas (2006), se observa que esta figura ha perdido relevancia respecto a la década de los 90, según este autor se debe a la resistencia a los cambios en muchas situaciones, haciendo mención especial al trabajo de este colectivo en las comunidades terapéuticas, aunque en otras situaciones estos han sido los propulsores de muchos cambios. Además se observa que, el colectivo de educadores/as tiene una formación inicial muy heterogénea y esto, influye en las dificultades de definición profesional y de desarrollo científico de la profesión. Sin pretender convertir la materia de drogodependencias en el eje de la formación porque sería inadecuado, si sería muy conveniente que se hiciera más hincapié en ello, debido a que estas son el resultado conflictivo de la interrelación entre sujeto, sustancia y contexto, con toda la amplitud y complejidad que ello conlleva por la multitud de aspectos que intervienen, si sería pertinente su presencia y es que el consumo y la prevención de drogas está presente en prácticamente todos los ámbitos que esta profesión abarca, es por ello necesaria esta formación.

Es preciso remarcar que, aunque en los últimos años es la perspectiva biomédica la que domina el modo de trabajar en adicciones, no significa que lo social haya dejado de ser relevante o que pueda ser sustituido, sino que viene a suponer que la intervención esté siendo incompleta y desequilibrada (Apud y Romaní, 2016).

Dentro del ámbito social, la Educación Social como hemos dicho es una disciplina con una amplia trayectoria en el campo de adicciones que actualmente no reciben el reconocimiento que corresponde, hecho que se traduce en menores y peores recursos para poner en marcha su trabajo, tanto materiales como humanos. Se debe concienciar de que el espacio de intervención en el ámbito de las adicciones es imprescindible y no menos importante que el de las profesiones de perfil sanitario. Esta concienciación es importante para actuar en consecuencia y reivindicar el espacio perdido. Y un muy aspecto importante es tener en cuenta la importancia del trabajo multidisciplinar.

9. CONCLUSIONES.

Como hemos podido ir viendo con los datos presentados a lo largo de este trabajo, la guerra contra la droga es una lucha muy antigua, de más de cien años, que ha supuesto la vida de muchas personas, no siempre adictos/as, y que aunque de esta lucha, se obtienen diferentes beneficios, como puede ser que muchas personas por miedo a represalias no consuman, no se ha conseguido con esta política prohibicionista, los resultados que se esperaban, como era el erradicar todo tipo de drogas ilegales. Lo que genera problemas mayores que el consumo en sí mismo, pues si alguien quiere consumir, hará lo que sea por conseguirlo, lo que lleva a la creación de un mercado negro, que implica suministrar sustancias sin ninguna calidad ni control, a precios más altos de lo que deberían etc. y todo esto eludiendo todo tipo de impuestos. Con lo cual, los cárteles y los gánsters, se van haciendo cada vez más ricos y van controlando áreas más grandes, lo que desencadena en sobornos y violencia. Al final existe un mercado de drogas ilegales, más peligrosas de lo que serían si se suministraran con un cierto control y parte del dinero recaudado en impuestos se destinase a la prevención.

Es fácil pensar que esto es una locura, pues siempre nos han enseñado que las drogas son malas y que si se consumen terminarás haciéndote adicto y “echarás a perder tu vida”, pero ¿realmente esto es cierto?, todo aquel/aquella, que consume o ha consumido drogas, no se ha convertido en adicto y seguro que todos/as conocemos casos de personas que consumen esporádicamente y llevan una vida “normalizada”, aunque solemos tender a pensar en alguien a quien el consumo, a nuestro juicio, le ha perjudicado en su vida. Por supuesto que esto también existe, pero como nos muestra la ONU (2019), es algo minoritario, el 5,5% de la población mundial consume drogas, y de ese porcentaje, entorno al 10% suele tener problemas con la sustancia, mientras que el 90% restante no ha sufrido ningún daño derivado de dicho consumo. No podemos obviar que el número de personas que consume es importante, pero a su vez insignificante para la gran relevancia que se le atribuye a esta guerra contra las drogas.

Es cierto que las drogas son peligrosas, por eso se deberían controlar, con las medidas prohibicionistas se consumen sustancias mucho más dañinas, lo hemos conocido con la Ley Seca, donde se pasó de beber cerveza a beber whiskys de altas graduaciones y con su abolición el consumo de cerveza volvió a ser mayoritario. Con las sustancias ilegales ocurre lo mismo, se consumen sustancias más fuertes, como les ocurrió a las personas a las que se les dejó de recetar Oxycontin o Vidocodin y terminaron comprando heroína en el mercado negro porque es lo que se vende a precios más asequibles, que no haya ningún tipo de regulación perjudica a todos, no solo al consumidor.

Conocemos países donde regular el consumo de determinadas sustancias ha desembocado en beneficios sociales y estadísticos. En algunos países como en Portugal, se despenalizó el consumo de drogas hace ya casi 20 años y se utilizó todo el dinero que antes gastaban en arrestar y encarcelar a los drogadictos, en reinsertarlos y reconectarlos con sus propios sentimientos y con la sociedad. Lo que ha generado que el consumo de drogas se haya reducido en un 50%, la transmisión del VIH entre los adictos ha caído, y las sobredosis también han descendido.

Además en Portugal trabajan averiguando las causas del consumo y ofreciéndoles ayuda para superarlo, mediante un trato humano y permitiéndoles la construcción de una vida diferente a la que llevaban. Las personas no se hacen adictas porque sí, sino que hay un motivo más allá del simple “consumo porque me gusta la sensación y estoy enganchado”. Como sucedía en el *Rat Park* (Alexander, 2008), donde las ratas que no tenían nada, que vivían aisladas, terminaban provocándose la muerte, y en cambio las que convivían en la jaula con más ratas, con distracciones, preferían seguir viviendo y no consumir aunque lo tuvieran igualmente a su disposición. Además este experimento nos mostraba que es posible pasar de ser una rata adicta, a no serlo cuando las condiciones cambian, pues las ratas que vivían aisladas y se las pasaba al parque de ratones, seguían consumiendo, pero poco a poco lo terminaban dejando, pues tenían una motivación por la que vivir. Lo mismo pasa con las personas, cuando se las proporciona

ayuda, se las brindan oportunidades, se deja de ver a los/las adictos/las y/o consumidores como extraños, estos pueden comenzar a retomar sus vidas y aunque siempre haya un porcentaje de personas que sigan enganchadas, será mínimo, y no por ello se las dará por perdidas.

Respecto a las personas que consumen drogas pero que no tienen ningún problema con estas, sino que únicamente consumen por satisfacción personal, se les informaba a cerca de los riesgos que asumen. Es posible que no dejen de consumir de vez en cuando, pero al menos son conscientes de qué hacer en determinadas situaciones, cómo es preferible que lo consuman (sin mezclar con otras drogas, por ejemplo)...

El caso de Portugal no ha sido el único, pero si el que más allá ha llevado hasta día de hoy el dar un giro a la política prohibicionista. En Suiza se legalizó la heroína y los adictos a ella tenían una clínica asociada, donde a través de profesionales médicos, se les suministraba la dosis y después se iban a trabajar porque recibían apoyo para conseguir empleos y al consumir de forma controlada estaban capacitados después para seguir en su día a día con sus quehaceres. Además nadie murió por sobredosis y la violencia y los crímenes en las calles disminuyeron, los traficantes cada vez tienen menos poder, y los adictos no necesitarán robar ni cometer delitos puesto que se les está suministrando lo que necesitan.

El plantearse un modo nuevo de actuar, un cambio, dejando atrás el prohibicionismo y la lucha contra las drogas, ha ocurrido en más países. Es una decisión complicada ya que estamos acostumbrados a que si se legaliza o despenaliza el consumo de drogas, este va a subir y va a volverse una locura, pero los datos que tenemos no muestran eso como tal, sí es cierto que el consumo de algunas sustancias como es el cannabis en Holanda, aumentó con la legalización, pero en cambio disminuyó el de alcohol y aún así el consumo de cannabis en Holanda siendo legal, es más bajo que en muchos países de la UE donde esta prohibido su consumo.

El miedo generalizado de las drogas, también viene dado por el desconocimiento que tenemos de estas, pues hay muy poca información y estudios verídicos que demuestren lo que determinadas sustancias implican, la mayoría de estas investigaciones son subvencionadas por el NIDA, con lo cual se llevan a cabo desde una perspectiva prohibicionista y los resultados no son neutrales.

El cannabis que como hemos visto es la droga ilegal más consumida, es una sustancia que da lugar a mucha controversia, debido a que algunas investigaciones han demostrado que puede ser muy perjudicial, pero se han empleado cantidades exageradas para demostrarlo, con lo cual no es algo fiable. Que con esto no queremos decir que el cannabis sea bueno, ni que haya que consumirlo, pero tal vez no sea tan malo como nos han contado. Lo que está claro es que es preferible obtenerlo con unas garantías que comprarlo sin ninguna fiabilidad. Y para que el consumo de esta sustancia no genere problemas lo mejor es trabajar en una correcta prevención, sobre todo en jóvenes que son los que más consumen esta sustancia.

Los/as educadores/as sociales son personas cualificadas para abordar esta problemática, puesto que están en contacto con jóvenes, especialmente con jóvenes más vulnerables y con predisposición al consumo de algunas sustancias, como el cannabis. Pero no solo eso, sino que estos profesionales están en constante coordinación con diferentes entidades, por lo que pueden detectar situaciones y trabajar en ellas, desarrollando diferentes programas, algo para lo que estamos altamente preparados, o redirigir a personas con determinadas situaciones a otras entidades que trabajen eso. Pues algo fundamental es la cooperación, entre entidades y profesionales.

Pero ya no solo es estar en contacto con jóvenes o con algún colectivo determinado, sino que la educación social está en la calle, el/la educador/a observa y analiza el entorno de las personas con las que trabaja, no se centra únicamente en el/la individuo/a, sino que trabaja desde una

perspectiva más completa, con una visión, una óptica más amplia. Además ve a las personas como lo que son, personas, no deja atrás a nadie por ser adicto, o de otra raza, sino que lucha por terminar con estas desigualdades, ofreciendo oportunidades a todos para que puedan desarrollarse y sentirse útiles y realizados. Mediante el desarrollo comunitario, como ocurrió en el *Downtown Eastside*, en Canadá, donde los adictos se manifestaban por sus derechos y reconocimientos, para que se pusieran medidas y dejaran de morir personas por sobredosis. Se cuenta con la ayuda de los barrios, para que las personas aspiren a mejores condiciones y dejen atrás actos como la delincuencia o el consumo de drogas.

Si el prohibicionismo en España desapareciera, algo factible ya que realmente es algo que no está dando sus frutos como debería, llevamos 100 años con esta medida y el consumo de drogas, aunque las sustancias varíen, sigue aumentando, lo que implica que algo no está funcionando, con lo cual, por qué no probar otros métodos, métodos que pueden parecer arriesgados, pero que ya hay países que lo están haciendo y los resultados son mejores que los que se obtienen con la política prohibicionista. La educación social, pasaría a formar parte importante de esa nueva etapa, de esa nueva manera de afrontar los planes de prevención, de intervenir, de actuar, pues estamos capacitados/as para ello, aunque es cierto que se debería de añadir algo más de materia sobre las drogas en el grado, pero respecto a cómo actuar, diseñar programas, conocer el entorno de las personas, coordinarse con profesionales y entidades, trabajar no solo con el/la individuo/a sino con las familias, trabajar de forma colectiva etc. estamos preparados para ello, para afrontar cambios, la sociedad está en continuo cambio y no podemos acomodarnos en una posición, hay que seguir creciendo, avanzando y formándose.

Gandhi decía que, una de las tareas más significativas de quien desea cambiar una situación, es conseguir que la opresión sea visible, porque es preciso que tenga una forma física.

10. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association [APA]. (2000). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, EEUU: American Psychiatric Association.
- Apud, I., Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addiction*, 16(2), 115-125.
- ASEDES (2007). Documentos profesionalizadores. Barcelona: ASEDES.
- Aslinger, H. (1962). *The murderers: The Shocking Story of the Narcotics Gang*, Nueva York, Garden City Press.
- Asociación Épsilon (1996). *La práctica socioeducativa en la incorporación social de drogodependientes*.
- Bandura, A. (1997). *Aprendizaje Social*. Trillas. México.
- Baudean, M. (2017). Línea de base para la evaluación y monitoreo de la regulación del cannabis recreativo en Uruguay. *Objetivo Seguridad y convivencia*.
- Becoña, E. (Ed.). (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., y Cortés, M. (Coord.). (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.

Borodovsky, J. T. y Budney, A. J. (2017). Legal cannabis laws, home cultivation, and use of edible cannabis products: A growing relationship? *International Journal of Drug Policy*, 50, 102–110.

Bukstein, O. (2000). Disruptive Behaviour Disorders and Substance Use

Cambron, C.; Guttmanova, K. y Fleming, C. B. (2017). State and national contexts in evaluating cannabis laws: A case study of Washington State. *Journal of Drug Issues*, (47), 74-90.

Carretero, C; Fernández, T y Bayarri, M. (1988). Función de la asamblea en un sistema abierto: La comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 (3): 183-191

Catalano, R., Haggerty, K., Oesterle, S., Fleming, C. y Hawkins, J. (2004). The Importance of Bonding to School for Healthy Development: Findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 74, 252-261.

CIE 10

Comas, D. (2006). Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional. Madrid.

como profesión. Madrid: Alianza Editorial.

Convención única de Naciones Unidas de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo que modifica la Convención única de 1961 sobre estupefacientes. (1975). Disponible en BOE núm. 264, de 4 de noviembre de 1981, págs. 25865 a 25880 (Madrid).

Díaz-Aguado, M. J., Martínez-Arias, R. y Ordóñez, A. (2013), Prevenir la drogodependencia en adolescentes y mejorar la convivencia desde una perspectiva escolar ecológica. *Revista de Educación, Extraordinario*, pp. 338-362

Disorders in Adolescence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 67-79.

Eccles, J., Lord, S. y Roeser, R. (1996). The Impact of Stage-Environment Fit on Young Adolescents Experiences in Schools and Families. En D. Cichetti y S. Toth (eds.), *Adolescence: Opportunities and Challenges* (47-92). Rochester (Nueva York): University of Rochester Press.

Escohotado, A. (1999). Historia General de las drogas.

Faggiano, F. (2011). Reaction to the Article: Environmental Drug Prevention in the EU. Why is so Unpopular? By George Burkhart. *Adicciones*, 23, pp.01-102.

Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) (Ed.). (1998). Drogas: Conocer y prevenir. Madrid : Venali.

Hall, W. (2017). Alcohol and cannabis: Comparing their adverse health effects and regulatory regimes. *International Journal of Drug Policy*, 42, 57–62.

Hari, J. (2015) Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas.

Jordá, M. (1989). El educador en el tratamiento de toxicomanías. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (1): 53-56.

Levine, M.(2000). Deep Cover: The Inside Story of How DEA Infiltration, Incompetence and Subterfuge Lost US the Biggest Battle of the Drug War, Back-print, Lincoln, NE, Authors Guild

Maté, G.(2010) In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction, Berkeley, North Atlantic Books.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Disponible en:

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Encuesta sobre uso de drogas en España (ESTUDES), 1994-2016*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm CAMBIAR A ESTE AÑO

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017–2024*. Disponible en <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Miron, J.(2004). *Drug War Crimes : The consequences og prohibition*, Chicago, Independent Institute.

Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias:¿ son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.

Roldán, A. A., Gamella, J. F., & Toro, I. P. (2018). La legalización del cannabis: un experimento americana de consecuencias globales. *Revista española de drogodependencias*, (43), 22-38.

Romans M, Petrus A y Trilla J. (2000): *De profesión: educador(a) social*.

Sáez, J; y García J. (2006). *Pedagogía Social: pensar la Educación Social*

Salazar L. (1938), *El mito de la Marihuana*.

Solís, M. y Arias, M. (2002). *Perspectiva histórica del consumo de drogas. Conceptos básicos*. En D. Olivares Gordillo (Ed.), *Actualización en Drogodependencia. Actualización, Epidemiología, Patología y Tratamiento del Alcoholismo* (p. 39-41). Madrid: Logoss.

World Health Organization (2019), *ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*. Disponible en <https://icd.who.int/en/>

World Health Organization (Organización Mundial de la Salud) (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

11.APÉNDICE.

➤ Conceptos.

Hay un serie de conceptos que aparecen a lo largo de este TFG y que conviene definir con más precisión ya que tienen diferentes concepciones, estos conceptos son: droga, adicción, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. A efectos operativos, se adopta la definición dada por la O.M.S. en 1994 para cada término, siendo esta complementada por las precisiones de diferentes autores.

DROGA: Hay diferentes concepciones sobre este concepto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 33) define la droga como:

“Un término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse

concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p.ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos”

Capo Bauzá (2011) cita a Kramer y Cameron, (1975) quienes definen las drogas como, unas sustancias que provocan una alteración del ánimo y son capaces de generar adicción. También cita otra definición: droga es toda sustancia natural o sintética que es capaz de producir adicción, es decir, que produce una necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que puede ser sensación de placer, euforia, alivio de tensión, etc. (Fernández Espejo, 2002).

Oriol Romaní (1987) se refiere a las drogas como “aquellas sustancias químicas caracterizadas por una serie de propiedades básicamente de tipo psicotrópico cuyas influencias y funciones operan sobre todo a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan; este autor menciona que en esta definición está parafraseando libremente la definición de alcohol que da Menéndez (1991).

Podemos hablar de uso de una droga cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud asociados. En otras palabras, es la utilización de una determinada droga que motiva conductas concretas, problemáticas o no, dependiendo de la sustancia consumida, las características físicas y psicológicas de la persona y el contexto en que se encuentra (Moradillo, 2001; Barra y Diazconti, 2013).

En el marco del uso, hay que distinguir las siguientes formas de consumo, (Osuna, 2005; Solís y Arias, 2002):

- Experimental: Consumo fortuito, aislado, la persona se guía más por el tipo de droga. Los motivos del consumo pueden ser por curiosidad (conducta adolescente), sentirse adulto (conducta de iniciación), sentirse parte de un grupo (conducta de integración).

- Ocasional: Es un consumo intermitente de cantidades, en circunstancias concretas y eligiendo el tipo de droga.

- Habitual: Consumo diario muy intenso, con el fin de aliviar el malestar psicoorgánico, y con gran pérdida del control sobre el consumo de la sustancia.

- Compulsivo: Consumo diario muy intenso y con gran pérdida del control sobre el consumo de la sustancia, suele existir un trastorno del comportamiento que produce consecuencias sociales.

Además, Solís y Arias (2002) indican que cuando se consume una sustancia porque hay adaptación a sus efectos se habla de hábito; se mantiene la dosis y no supone una exigencia imperiosa la necesidad de conseguir y consumir esta sustancia.

ADICCIÓN: Este término, especialmente en lo que respecta a la droga, genera bastante controversia como veremos a lo largo de este trabajo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 13) define la adicción a las drogas o alcohol como:

“El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene

una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo.”

Un comportamiento adictivo no solo es consecuencia de un consumo de sustancias, cualquier conducta “normal” puede llegar a ser adictiva cuando el sujeto muestra una pérdida habitual de control al realizar una determinada conducta, aunque ello le ocasione consecuencias negativas, manifestando una gran dependencia e incluso perdiendo el interés por cualquier otra actividad. Lo que caracteriza a una adicción no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece con ella (Echeburúa y Corral, 1994).

Una conducta adictiva, se rige fundamentalmente por cuatro características principales: pérdida de control, fuerte dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades gratificantes e interferencia grave en la vida cotidiana. Y los cuatro componentes fundamentales de las conductas adictivas son: el control inicial por reforzadores positivos, el control final por reforzadores negativos, el síndrome de abstinencia, y la tolerancia (Graña, 1994).

“La adicción es el resultado de una exposición reiterada a un cierto tipo de sustancias. Esta no es causada por las drogas mismas, sino por la sensación de aislamiento y desconexión del adicto”(Hari 2015)

La adicción es una forma de expresar desesperación, y la mejor manera de tratar la desesperanza es ofreciendo una vida mejor en la que el adicto no sienta la necesidad e volver a anestesiarse a sí mismo.

“Los adictos quieren ser parte de la sociedad. Por lo tanto no podemos pedirles que se comporten como personas normales y a la vez privarles de un papel en la sociedad, de tener un empleo, un salario, una tarea que cumplir.” (Goulão, 2012)

Podríamos decir entonces, que la adicción es un modelo de conducta graduado y complicado donde influyen componentes psicológicos, biológicos, sociológicos y conceptuales.

La Narcotics Control Act (La Ley de Control de Narcóticos, 1961) definió al adicto como:

“Un sujeto con ciertas características psicológicas determinadas, que ha elegido este modo de enfrentarse con sus problemas por razones diversas, que normalmente ignora. Una de estas razones, y no la menos importante, es su incorporación a un grupo social donde el uso de la droga se practica y se valora.”

Los seres humanos solo se hacen adictos a las drogas cuando no pueden encontrar algo mejor por lo que vivir y cuando necesitan llenar el vacío que amenaza con destruirlos. Llenar el vacío interno no es algo exclusivo de los adictos, sino que en mayor o menor medida afecta a toda la sociedad.(Alexander, 2008)

DEPENDENCIA: Esta definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 29) hace referencia a:

“Dependencia: en sentido general, es el estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal.”

Uno de los efectos nocivos para la salud y el bienestar físico y psíquico en el consumo de drogas es cuando se pasa del uso, al abuso y finalmente a la dependencia de una o varias drogas. En el DSM-V, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas.

Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (por ejemplo el ansia o “craving”, compulsión), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia. En los debates centrados en la biología, el término dependencia suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física.

Becoña (2002), señala dos tipos de dependencia, física y psíquica o psicológica. Por dependencia física entendemos el estado de adaptación que se manifiesta tras la interrupción de la administración de la droga, por la aparición de intensos trastornos físicos. En cambio, por dependencia psicológica es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración continua de la droga para producir estos efectos de placer y evitar malestar.

SINDROME DE ABSTINENCIA: Para este término la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 56), establece la definición de Síndrome de abstinencia como:

“Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda. Además los síndromes de abstinencia varían según la sustancia consumida.”

El DSM-V habla de un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista.

No es lo mismo el síndrome de abstinencia que la propia abstinencia (OMS, 1994: 11):

“Abstinencia Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses

anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado.”

Al principio, casi todos los adictos creen que pueden dejar de usar drogas por sí mismos, y la mayoría trata de hacerlo sin recibir tratamiento. Aunque algunas personas sí lo logran, muchos intentos fracasan cuando se quiere lograr la abstinencia a largo plazo. Las investigaciones han mostrado que el abuso de drogas a largo plazo produce cambios en el cerebro que persisten por mucho tiempo después de que se dejan de consumir las drogas. Estos cambios pueden tener muchas consecuencias sobre el comportamiento, lo que incluye la incapacidad para ejercer control sobre el impulso de usar drogas a pesar de las consecuencias adversas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010: 9).

Según Becoña, (2002, p.24). Este síndrome es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

TOLERANCIA: En materia de drogas, este termino viene a significar según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 61):

“Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.”

Podríamos entender la tolerancia como, el hecho de que el adicto necesite de forma progresiva cada vez más cantidad de sustancias psicoactivas para conseguir los mismos efectos.

Existen diferentes tipos de tolerancia:

- Tolerancia metabólica: relativa a la (cada vez mayor) rapidez de la eliminación de la sustancia por parte del organismo.
- Tolerancia funcional: relativa al (cada vez menor) efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso.
- Tolerancia conductual: relativa a la (cada vez mayor) rapidez de adaptación del cuerpo a los efectos de la sustancia.
- Tolerancia inversa o sensibilización: relativa al aumento del efecto de la droga al repetir dosis.

Escohotado (2002) se refiere a la tolerancia en los siguientes términos:

“Una droga a la que el sujeto puede irse familiarizando (con un factor de tolerancia alto, como el café o el alcohol), presenta muchos menos riesgos de intoxicación aguda que una droga con un factor de tolerancia bajo (como barbitúricos y otros somníferos), cuyo uso repetido no ensancha considerablemente el margen de seguridad.”(pp.22)