



Universidad de Valladolid

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO
SOCIAL DE VALLADOLID**

GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL

**TRABAJO DE FIN
DE GRADO**

*"Investigación ética sobre el
fenómeno social de la droga"*

CURSO 2021/2022

Tutor académico: Javier Romero Muñoz

REALIZADO POR

Sofía Maldonado Aragón

27 de junio de 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO “DROGA”	7
3.1. DEFINICIONES	7
3.2. CONCRECIONES TERMINOLÓGICAS	12
4. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO-HISTÓRICA DE LAS DROGAS	14
4.1. ANTECEDENTES SOCIO-HISTÓRICOS: LA CARGA DE MORALIDAD DEL CONCEPTO	15
4.2. EL DESARROLLO DE LA PROBLEMATIZACIÓN DEL FENÓMENO Y LA TENDENCIA PROHIBICIONISTA	17
4.3. EVOLUCIÓN DEL MODELO PROHIBICIONISTA DE LA ABSTINENCIA OBLIGATORIA A LA REDUCCIÓN DE DAÑOS	20
5. EL ENTRAMADO CULTURAL EXISTENTE EN NUESTRAS ACTUALES SOCIEDADES	24
5.1. EL PROHIBICIONISMO	24
5.1.1. AUMENTO DEL CONSUMO	24
5.1.2. OTRAS CONSECUENCIAS	25
5.2. ADOLESCENCIA Y DROGAS	27
5.3. CONFORMACIÓN DEL FENÓMENO EN NUESTRO ACTUAL CONTEXTO SOCIOCULTURAL	29
5.3.1. LAS DROGAS COMO MERCANCÍA, OBJETO DE CONSUMO Y LA MODERNIDAD	29
5.3.2. DEPENDENCIA, INDIVIDUALISMO Y LIBERTAD	33
6. CONCLUSIONES	34
7. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN

Mediante este Trabajo de Fin de Grado he pretendido abordar el fenómeno de la *droga*, partiendo de la ambigüedad que entraña el concepto, al ser producto de una construcción sociocultural y las consecuencias que esto ha acarreado en la población. Reconstruyo, para ello, todo el recorrido socio-histórico que lo conforma, problematiza y prohíbe, concluyendo en nuestra realidad sociocultural contemporánea, en la que cobra un especial sentido el *consumo de drogas*, en un contexto de *sociedades de consumo*. El fin ha sido generar una base teórica de calidad sobre la cual fundamentar nuevas investigaciones que aborden el campo, además de situar las futuras líneas de intervención socioeducativa que mejoren la calidad de vida de los y las usuarios y usuarias. Despojándoles de todo estigma incapacitante, considerando las particularidades de cada sujeto, entendiendo la interrelación dinámica y bidireccional clave existente entre *sustancia, sujeto y contexto*, además de buscar su emancipación, provocando que sean los protagonistas de su propio proceso.

Palabras clave: Droga; fenómeno sociocultural; contexto socio-histórico; moralidad; (des)problematización; consumismo; reconstrucción.

ABSTRACT

Through this Final Degree Project I have tried to address the phenomenon of *drug*, starting from the ambiguity of the concept, being the product of a socio-cultural construction, and its consequences on the population. Therefore, I reconstruct the entire socio-historical journey that conforms, problematizes and prohibits it, concluding in our contemporary sociocultural reality, in which the *consumption of drugs* takes on a special meaning in a context of *consumer societies*. The aim has been to generate a quality theoretical basis on which to base new research, in addition to placing the future lines of socio-educational intervention that improve the quality of life of the service users. Stripping them of all disabling stigma, considering the particularities of each person, understanding the key dynamic and bidirectional interrelationship between *substance*, *subject* and *context*, in addition to seeking their emancipation, making them the protagonists of their own process.

Keywords: Drug; sociocultural phenomenon; socio-historical context; morality; (de)problematization; consumerism; reconstruction.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas con distintos fines (espirituales, de autoconocimiento, de socialización, terapéuticos, recreativos...) tiene lugar desde el momento mismo que existe la propia Humanidad. Sin embargo, el comienzo del abordaje de este fenómeno como problemática (aunque sí han sido condenadas ciertas prácticas abusivas a lo largo de la historia) aparece recientemente, a finales del siglo XIX y principios del XX (Slapak y Grigoravicius, 2007). Para algunos autores, esta problemática social en torno al uso de drogas se construye en y con la modernidad (Nateras Domínguez y Nateras Domínguez, 1994). Entonces, ¿qué cambios acontecen y a qué niveles para que se produzca este cambio conceptual? ¿Qué supone esto?

En primer lugar, se hace imprescindible definir el concepto que estamos tratando de abordar. Sin embargo, como más adelante expondré, el de las *drogas* se trata de un proceso socio-cultural, por lo que carece de sentido alguno tratar de dotarle de una significación de pretendida *objetividad* o *cientificismo* (Derrida, 1995). En su lugar, es esencial comprender que la construcción de su definición se produce en un momento socio-histórico concreto, respondiendo a determinantes morales, políticos y económicos. Este contexto es el que la (re)construye (y con esa forma es recogida en el imaginario colectivo), a la vez que dicha definición (tan dinámica como lo es la realidad social) influye en la propia realidad social (del Olmo, 1997). En este caso, los usos de las drogas y su valoración social.

Podemos establecer, de este modo, que el consumo de estas sustancias percibido como *problema*, y todo el entramado que se configura en consecuencia, es fruto de un largo proceso de construcción social (Slapak y Grigoravicius, 2007). Por este motivo, ¿tiene sentido que todos los discursos que tengan como objeto de estudio las *drogas*, aborden el fenómeno desde la hegemónica definición actual de este como *problema* y generen las intervenciones sociales en consecuencia? Si hemos establecido que su carácter problemático es fruto de concepciones sociales, lo que puede desembocar en prejuicios y estereotipos, con influencia consecuentemente en ámbitos como la salud, la justicia o la educación, la respuesta es: no. De este modo, con el presente Trabajo de Fin de Grado, busco abordar el fenómeno de la *droga* entendiendo y partiendo de la idea de

que cualquier intento de lo mismo llevará implícitas ciertas cargas de carácter socio-moral que se deberán tener en cuenta para poder alcanzar algunas conclusiones útiles y veraces, las cuales puedan servir como punto de partida para generar acciones socioeducativas de calidad.

2. JUSTIFICACIÓN

El fenómeno de las *drogas* ha sido durante los últimos siglos y es actualmente uno de los mayores objetos de estudio y de intervención. Sin embargo, es también innegable que las propuestas (o interpretaciones) hasta ahora presentadas para abordar este campo están impregnadas del discurso normativizado, de la doble moral prohibición/institucionalización y de la intervención condicionante del Estado, a través de la legalidad, y de los poderes fácticos (de la Villa Moral, 2005).

Por lo que, sólo a través de una perspectiva crítica que aborde la globalidad de este fenómeno de forma holística, atendiendo a su multifactoriedad, tendrá sentido analizar las conclusiones obtenidas, que podremos contemplar como veraces y aprovechables (entre otras, para poder establecer futuras vías de acción socioeducativa que no respondan a intereses sociopolíticos, ni económicos, y pongan el foco en el bienestar del individuo, entendiendo y recordando que este se enmarca en una determinada sociedad y cultura y, a partir de lo cual, presenta unas particularidades individuales concretas).

Comienzo abordando la “droga” y sus usos como *fenómeno* y no directamente como *problemática* social, pese a la asimilación del imaginario social (y científico) que se ha producido de las “drogas” a la pobreza, la adolescencia (temática a la cual se ha vinculado casi por exclusiva la “problemática” y políticas interventivas en consecuencia de las drogas), criminalidad, marginalidad y negligencias varias del comportamiento social (Jáuregui, 2007). Ya que, estas sustancias han sido y son consumidas hasta por las más altas clases sociales perfectamente integradas, lo que denota que se trata de un fenómeno más profundo y complejo. De hecho, a partir de la década de los ochenta la cocaína comienza a adquirir un estatus de droga elitista, representante del éxito y

prestigio social, como queda reflejado en algunos estudios de la época como en “Les línies de l'èxit?” (Díaz, Barruti y Doncel, 1992), donde se recoge la evolución histórica de la sustancia y el impacto generado entre las clases media y alta, centrándose en la ciudad de Barcelona. Este consumo en particular difundido entre un sector proveniente de círculos económicamente privilegiados ha sido recogido por una gran cantidad de autores (Saiz Galdós, 2008; Calafat, Juan, Becoña, Fernández Gómez, de Souza Gil y Llopis, 2001). En el caso español, se llega a relacionar el uso de cocaína con el contexto en el que se consolidan los hábitos consumistas, la cultura del ocio nocturno, la aparición de nuevas modas y la instauración de una moral basada en el éxito y el triunfo social (Usó, 1996, p. 350).

Para poder comprenderlo es esencial establecer en torno al mismo un análisis crítico. Esto requiere necesariamente de una deconstrucción del término, en primera instancia, lo cual supondrá su *desproblematización*, al desproveer al fenómeno de los discursos mistificadores (de la Villa Moral, 2005). Esta deconstrucción y la posterior interpretación que se deberá generar, debe ser fruto de la implicación e interrelación de las diferentes variables que la atraviesan.

Es decir, el fenómeno responde a una construcción socio-cultural. Por ello, no puede ser analizado únicamente desde la patología, obviando la raigambre sociocultural de los individuos (Ibíd., 2005). Es el contexto histórico, social y cultural el que define una *problemática* debe ser, entonces, criticado e invalidado cualquier intento de poner el foco de atención sobre la sustancia (farmacologización) o sobre el consumidor (estigmatización del adolescente, del adicto, marginal...).

Al tratarse de un fenómeno social, que se enmarca en un momento socio-histórico determinado, es irremediamente dinámico. Además, así como mutan el fenómeno y las dinámicas de carácter social, lo hace el conocimiento obtenido y los criterios e instrumentos de análisis que establecen el mismo. Dice Ibañez: “es un conocimiento cambiante porque cambian las características de los objetos sobre los que versa” (1988, p. 110). Es decir, podemos determinar que todo conocimiento científico sobre *lo social* es provisorio (además de una consecuencia del momento socio-histórico), por lo que, los distintos *fenómenos sociales* se deben resignificar permanentemente.

Por último, a tener en cuenta de forma previa al inicio del estudio, cabe mencionar lo tantas veces ocurrido en el tratamiento de las disciplinas sociales: es extrapolada la obtención de su conocimiento a las ciencias naturales y se desecha o infravalora (o simplemente son tachadas de “no-científico”) todo aquello que no es fruto de la aplicación del “método científico” (Nateras Domínguez y Nateras Domínguez, 1994). Un lastre metodológico y pragmático que ha acompañado a las Humanidades y a las Ciencias Sociales desde hace tiempo ha sido pretender valerse de las mismas lógicas y metodología para abordar los distintos fenómenos sociales. Como ya he mencionado, el uso social de las drogas no corresponde más que a otro fenómeno de carácter social, entonces, si debemos romper con la vieja y limitante tradición de forzar al estudio de lo social a pasar por los parámetros del método científico, y el *uso* de las drogas constituye un fenómeno social, ¿por qué seguir abordándolo principalmente desde la errónea perspectiva del modelo sanitario (línea desarrollista y asistencial)?

Por otro lado, aún sirviéndonos de rigurosos estudios científicos como único u óptimo método para abordar las “drogas”, ¿cómo podríamos llegar a ninguna conclusión si no existe consenso científico en torno a, por ejemplo, sus efectos secundarios? ¿Cómo es posible que de la objetividad e imparcialidad, usando además los mismos métodos de estudio, no se obtengan los mismos resultados? En primer lugar, cabe destacar la carencia de estudios sobre los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo de las distintas sustancias (ya sean legales, o ilegales). Además, es esencial tener presente que gran parte de los estudios en torno a la temática o sustancias en particular están sesgados y manipulados por diferentes motivos (Escohotado, 2004). Cuando quien promueve el interés son las grandes empresas farmacéuticas, los estudios experimentan una adecuación a sus intereses. O, sólo se han tenido en cuenta los estudios que concluían con los efectos devastadores del consumo de ciertas sustancias, si lo que interesaba era, por ejemplo, el respaldo para su ilegalización. Si esto acontece así es porque detrás de la ciencia están los factores humanos, entre los cuales destacamos los valores, la moral, los intereses económicos y la ideología (di Trocchio, 1995).

Bajo estos precedentes, busco con el siguiente Trabajo de Fin de Grado generar una reestructuración en torno al fenómeno mencionado (que pueda servir de guía para futuras propuestas de acción socioeducativa que posibiliten un cambio de actitudes

cuando sea necesario), teniendo en cuenta para ello diversas perspectivas que huyan del discurso normativizado imperante y cuyo análisis presente capacidad interpretativa de la realidad veraz.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO “DROGA”

Es esencial para el abordaje de cualquier fenómeno conceptualizar el mismo en primer lugar, para poder entender a qué nos referimos cuando hablamos de este y cuáles son sus dimensiones con exactitud.

3.1. DEFINICIONES

Como he comenzado introduciendo, la distinta terminología existente en torno a la “droga” se encuentra enormemente sesgada por diversos intereses. Sin embargo, es esencial analizar lo establecido hasta ahora sobre su definición y concepto, como base para el análisis de *qué es la droga y qué debería ser*. Por un lado, teniendo en cuenta cómo la concebimos en nuestra actual sociedad (su papel, lo que supone, qué abarca...), entendemos a esa sociedad, que es quien lo determina, según sus valores, intereses... Y, por el otro, podemos situar el punto de partida para repensar el concepto y comenzar a *reconstruirlo*.

En primer lugar, recogeré varias definiciones acerca del término, que al igual que sucede con otros fenómenos sociales, presenta una multiplicidad de significados impregnados de diversas ideologías y valores morales, según la concepción que se le quiera otorgar al uso de estas sustancias. Las 3 primeras recogen la definición del concepto dada por organismos con autoridad como lo pueden ser: la *Real Academia Española*, la *Organización Mundial de la Salud* y el *Ministerio de Sanidad y Consumo de España*. Después, establezco otras, partiendo de diferentes visiones (la cotidiana o legal) y de la percepción de diferentes autores (Romaní, 1999 o Escohotado, 2004):

- Las 4 primeras acepciones recogidas por la *Real Academia Española* de “droga” son:
 1. “Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”.
 2. “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”.
 3. “Actividad o afición obsesiva. El fútbol es una droga”.
 4. “Medicamento”.

- Según la OMS, podemos definir como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (1975).

- Del “Glosario de términos de alcohol y drogas”, editado por la Organización Mundial de la Salud en 1994 bajo el título *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Edición en español del *Ministerio de Sanidad y Consumo de España*: “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”.

- Para concretar la definición del término, el jurista y filósofo Antonio Escohotado establece que existen diversas sustancias que incorporamos a nuestro organismo: unas, se asimilan de forma inmediata (los alimentos); y, otras, las que no, pueden atravesar sin ningún efecto nuestro cuerpo, o pueden provocar una gran reacción, aún en una proporción minúscula (en comparación al menos con, por ejemplo, los alimentos) (2004, pp. 8-9). Estas últimas constituyen las *drogas*. Cuyo misterio reside, apunta, en ser sustancias enormemente similares a las ya presentes en nuestro organismo, y/o con gran afinidad. Establece que aquello común a todas (sean aspirinas, quinina o cianuro), reside en su toxicidad: la cual la determina, no la sustancia en sí, sino la proporción de esta respecto de una medida. “Así , por ejemplo, la medicina oficial ha negado durante décadas cualquier utilidad terapéutica a la cocaína debido a cuadros de hiperexcitación, insomnio y hasta lesiones cerebrales, mientras recetaba generosamente anfetaminas como tónicos, antidepresivos y anorexígenos (para combatir la obesidad), cuando las anfetaminas son estimulantes considerablemente más costosos que la cocaína a corto, medio y largo plazo” (Escohotado, 2004, p. 9). De esta forma, el autor evidencia la falta de criterio químico a la hora de realizar una conceptualización o categorización sobre las *drogas*.
- Siguiendo este planteamiento, se hace necesario establecer qué entiende por estas sustancias la perspectiva médica. Para ello, acudo a la definición de droga como “sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central (psicotropa) que crea adicción, taquifilaxia (necesidad de consumir dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos) y cuadros de abstinencia” (Ramírez, 2006), que es ampliamente recogida

por enciclopedias digitales. Recuerdo, también, la definición expuesta antes por la OMS a través del *Ministerio de Sanidad y Consumo de España*, que recoge: “en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental”. Podemos concluir que se produce una clara diferenciación entre las sustancias usadas con fines médicos, cuyo objetivo y valor reside en aumentar el bienestar de los sujetos al influir positivamente en su salud y, entre el *consumo de drogas*, que acarrea connotaciones negativas: es entendido como una enfermedad física/psíquica padecido por un sujeto que ignora los alcances de sus actos y sobre el cual se debe actuar para ayudar (Ralet, 2008). Milton Friedman explicita que esta visión sanitaria está más orientada a la patología que a la salud, el objeto de estudio se convierte en la enfermedad (2002). De este modo, el fenómeno se vincula a los procesos internos del sujeto en interacción con los atributos químicos de la sustancia (Pons Diez, 2008), únicamente, obviando el resto de factores influyentes; y la “enfermedad” se contempla como un *atributo* de la persona (Vuori, 1980; Gil-Lacruz, 2007). Si bien esta perspectiva ha logrado aportar avances en el conocimiento farmacológico, sobre el proceso de la adicción física y sobre el tratamiento médico de esta; también ha significado crear un etiquetado estigmatizante en torno a la persona consumidora (en especial, hacia aquella que ha adquirido una adicción). La cual terminará por asumir la etiqueta impuesta (al modificarse su autoimagen con la visión social), adoptando un rol de pasividad que dificultará que adopte un papel activo en un posible necesario tratamiento, y un desplazamiento hacia la exclusión social (Pons Diez, 2008).

- Por otro lado, en su uso cotidiano, el término tiende a utilizarse para referirse a "toda una serie de sustancias muy distintas entre sí, incluso en su *capacidad de alterar las condiciones psíquicas y/o físicas*, y que tienen en común, exclusivamente, el haber sido prohibidas" (del Olmo, 1989, pp. 13-14). Por lo que, en esta acepción, se suelen excluir

aquellas sustancias que con las mismas capacidades sobre el organismo, sí están permitidas legalmente. De esta forma, en el imaginario colectivo tendemos a no relacionar sustancias como el alcohol, tabaco y otros fármacos con las no aceptadas socialmente (que suelen coincidir con las no legales), pese al daño objetivo que suponen a la salud de la población y de ser responsables de más muertes que las drogas no aceptadas (OMS, 2004).

- Para abordar la definición del fenómeno desde su perspectiva jurídica, debemos analizar el consumo de drogas desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas (Pons Diez, 2008). Se entiende que las drogas no institucionalizadas (el foco de interés reside en el estado de legalidad de las sustancias, independientemente de sus características farmacológicas) suponen el origen de múltiples daños graves físicos, químicos y sociales, motivo por el cual, la Ley adquiere el deber de proteger al individuo y sociedad, valiéndose de la prohibición y el castigo (Ibíd, 2008). De este modo, todo aquel consumidor de drogas ilegales (independientemente de su estilo de consumo y si este podrá devenir en un problema adictivo o de otra índole, o no), pasará a recibir la etiqueta de “desviado” o “delincuente” (Pinazo, 1993), con las terribles consecuencias que la asunción de este rol podrían suponer al individuo y a la sociedad. La atención es desviada por completo del análisis de las conductas de abuso de drogas y sus causas (Pastor y López-Latorre, 1993), para quedar orientada, en su lugar, hacia la responsabilidad personal de cometer un acto delictivo. Ante lo cual se debe responder mediante una sanción legal, ya que, la droga es contemplada como un elemento peligroso que pone en riesgo la salud pública (Pons Diez, 2008). Obtenemos entonces una definición criminalizadora de la *droga*, que conforma individuos, en consecuencia, *delinquentes* y *desviados morales*. De esta forma, queda justificada la intervención jurídica que se sirve de la represión y el castigo, mostrando una clara intención moralizante (Vega, 1992).

- En el caso de Oriol Romaní, quien rechaza el actual modelo predominantemente prohibicionista, y los discursos que lo sostienen, en torno a estas sustancias por ser ineficaz y entorpecer el establecimiento de análisis objetivos de estas sustancias, establece la siguiente definición para las *drogas*: "sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan" (Romaní, 1999, p. 53). Para establecer la misma, basa la primera parte en la definición dada por la OMS (1974) y, la segunda, en la definición de alcohol propuesta por el autor Menéndez (1990). Pone sobre la mesa 3 elementos, que junto a su compleja interrelación y retroalimentación constante, son esenciales para entender el fenómeno: sustancias, sujetos y contextos socioculturales (Escohotado, 2004).

3.2. CONCRECIONES TERMINOLÓGICAS

Los mismos autores que generan la definición para la *Organización Mundial de la Salud*, Kramer y Cameron (1975), coinciden en que se trata de un "concepto intencionadamente amplio" y es delimitado a través de otros como "farmacodependencia", "droga causante de dependencia", "tolerancia" y "síndrome de abstinencia" (Castaño Ramírez y Bernal Vera, 2006). Toda esta terminología sólo genera un marco referencial que permite atribuir a determinadas sustancias la categorización de estas como *droga* y las connotaciones que ello conlleva. Es decir, la definición de "droga" o la identificación de ciertas sustancias psicoactivas, no proviene de que estas presenten unas propiedades farmacológicas determinadas o no, de hecho, puede y recibe cualidades de otro tipo (Escohotado, 2004, p. 10); sino que se decide por elementos de carácter sociocultural (Ibíd, 2006).

Es esencial tener muy presente que los valores imperantes en una sociedad son los que influyen sobre las ideas que se mantienen en esta sobre “las drogas” (y que en definitiva, terminan por perfilar su concepto). En consecuencia, se genera cierta aceptación o rechazo, además sobre la droga en sí, sobre la forma de consumo de la misma. Esto puede ser tan decisivo como sus propiedades farmacológicas (Escohotado, 2004, p. 10). Del mismo modo, cabe destacar cómo ciertas sustancias psicoactivas se ligán a diferentes estratos o grupos sociales, lo cual, a su vez, repercute en su carácter de legalidad o ilegalidad, que se traduce en la valoración social de la comunidad sobre los diferentes psicoactivos (Ibíd, 2004, pp. 10-11). Es decir, se establece un entramado de construcciones terminológicas en torno a la “droga” según el estado legal en el que se encuentre la sustancia, su valoración social (gran relevancia de los poderes fácticos) y su atribución a según qué grupo o esfera social; y, a su vez, todas ellas se retroalimentan.

Además, se debe tener en cuenta sobre cualquier fenómeno social, en general, que requiera de análisis, y, este que nos atañe en particular, el papel que juega el lenguaje (como símbolo que le pretende ilustrar) en la construcción del propio fenómeno. Es decir, en tanto que describe realidades (a través de una simbología inventada por nosotros y nosotras), las termina por crear (José Calvo, 1996). Ahí reside la gran importancia de la “precisión” de la terminología.

En palabras de María de la Villa Moral, “sin despojar al término droga de su carga estereotípica no resultará posible siquiera abordar el más mínimo intento de reestructuración del fenómeno o cualquier propuesta de inducción contraactitudinal en los consumidores” (2005, pp. 5-6). Es crucial repensar en “las drogas”, eliminando, inicialmente, todos los juicios que sostienen el concepto llenos de carga ideológica de diversa índole. Debemos dejar de lado el burdo ejercicio del etiquetaje (pese a que sujetos y entidades, motivados por diferentes intereses o no, lo continúen considerando como válido e incluso necesario), para sustituirlo por un análisis del discurso que nos oriente en su interpretación y de la conciencia social que genera (de la Villa Moral, 2005).

Son los criterios culturales, fruto de la categorización sustancia lícita/droga penalizada, que a su vez produce una actitud social en consecuencia (de espanto y

horror o bien de aceptación y normalización) los que generan todo un entramado de simbolismos y convenciones socio-culturales (Ibíd, 2004). Es algo que se ve muy claro en el caso del *alcohol*: se trata de una sustancia con potencial altamente dañino sobre la salud humana, sin embargo, su estado de regulación es de legalidad y, por ende, la percepción de riesgo creada en torno a la misma es minúscula. Este hecho se ve recogido en algunos estudios como el *Informe de la encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) a adolescentes de entre 14 y 18 años, cuya percepción es un reflejo de lo socialmente establecido: las conductas de consumo consideradas como menos peligrosas son el consumo de cinco o seis cañas o copas en un fin de semana, mientras que las más peligrosas son el consumo habitual de sustancias ilegales como la heroína o los alucinógenos. Las distintas legislaciones cuando hablan de “droga”, hablan exclusivamente de las sustancias ilegales. Esta concepción tiene repercusiones en los discursos sociales (el alcohol no es ilegal, luego no es una *droga*, entonces no necesito cuidar mi consumo en consecuencia), que a su vez crean y refuerzan realidades de forma direccional. Podemos concluir que las “drogas” lo son, porque la sociedad las ha codificado a través de la cultura como tal y, lo que más importancia merece, las usará para conseguir los efectos que se esperan de las mismas (Castaño Ramírez y Bernal Vera, 2006).

4. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO-HISTÓRICA DE LAS DROGAS

Uno de los factores elementales que ayuda a entender el fenómeno es reconstruir la historicidad de la *droga*. De este modo, pretendo establecer el recorrido socio-histórico que construye el concepto de la forma más completa posible, para lo cual, lo divido en 3 grandes periodos: la incorporación de moralidad, el establecimiento de la *problematización* y la consecuente prohibición y el tránsito de la *abstinencia obligatoria* a la *reducción de daños*.

4.1. ANTECEDENTES SOCIO-HISTÓRICOS: LA CARGA DE MORALIDAD DEL CONCEPTO

Existen evidencias científicas que sitúan el uso de sustancias psicoactivas allí donde han sido halladas pruebas de presencia humana, en diferentes lugares del planeta (Escohotado, 2004; Slapak y Grigoravicius, 2007). Es esencial tener en cuenta el papel jugado por las diferentes “drogas” en las distintas culturas, a lo largo de la historia (Romaní, 1999). Numerosos rituales de culto o celebración de culturas (tanto de carácter profano como religioso: unas buscan acercamiento al otro/a y, las restantes, a lo sobrenatural), a lo largo y ancho del planeta, se han servido de sustancias psicoactivas como elemento principal y elemental de estas, además de medios para curar afecciones o aliviar males (Escohotado, 2004). En muchas culturas se hacía (y hace) completamente necesaria la utilización de plantas, hierbas y hongos con propiedades psicoactivas para llevar a cabo sus prácticas médicas, mágicas y/o religiosas. Si bien los usos o significaciones atribuidos a las *sustancias* son muy variados, no parecen representar un problema social universal (Slapak y Grigoravicius, 2007). Una forma muy sencilla de ilustrar esta realidad es sirviéndonos del uso del *peyote*. Este es un cactus sin espinas, de sabor amargo, que crece desde el desierto central de México hasta zonas del sur estadounidense (Nahmad, 1972) y presenta unos alcaloides que producen efectos químicos en el cerebro de quien lo consume, modificando los estados de conciencia (Anderson, 2007). Estos efectos han maravillado a pueblos mesoamericanos, que han utilizado la sustancia en cultos desde hace miles de años atrás hasta la actualidad (Hofmann y Schultes, 2000), configurándose como la base espiritual de su cultura (Arias, 2020). Incluso se ha utilizado la planta para contrarrestar la ebriedad negativa provocada por alguna otra sustancia. Se configura entonces el peyote como una herramienta chamánica, que se usa como protector y adivinador, además de como forma de curar heridas (La Barre, 2002), sin ninguna mayor trascendencia en los estados internacionales.

Durante la Antigüedad, donde comienzan a desligarse de la medicina las atribuciones mágico-religiosas, el concepto (destruido por completo con la aparición de legislación prohibicionista) utilizado para describir sustancias de esta índole era el emanado de la palabra griega *Phármakon*: sustancia que es simultáneamente “remedio”

y “veneno”. Considerado como frontera entre ambas el uso al que se destina la *droga* y, más concretamente, la cantidad de la dosis administrada (Escohotado, 2004, pp. 12-13). Además de la forma de emplearlos: con medida y en el momento oportuno, o a destiempo y desordenadamente “coinciden sin excepción todos los grandes médicos desde Hipócrates hasta hoy: que drogas y uso de drogas no son la misma cosa” (Escohotado, 2004, p. 13). Era inconcebible en esa época catalogar como “buenas” o “malas” las distintas sustancias, ya que el concepto carecía de valores morales (Slapak y Grigoravicius, 2007). Esto supone un punto de inflexión en el abordaje del fenómeno: la dotación de moralidad a las sustancias se produce con posterioridad.

Con la introducción en el Imperio Romano del Cristianismo y de la Iglesia, se rompe con el concepto hasta ahora admitido sobre *droga*, *Phármakon*, para ser sustituido por la relación de su uso con actividades satánicas y heréticas. Con el objetivo de impedir que se propaguen aquellas prácticas religiosas no cristianas, que se relacionan con el pecado y la brujería, se desata la persecución, el castigo, la tortura, e incluso la muerte de personas que utilizan sustancias psicoactivas diferentes a la legitimada por la liturgia cristiana: el vino. Para ello, se instaura entonces un severo sistema legislativo y punitivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Este hecho supuso una enorme involución de la disciplina científica de la medicina, tras todo lo avanzado farmacológicamente con la Antigüedad. Curiosamente, el fenómeno perseguido se comenzó a multiplicar, ocasionando gran número de víctimas mortales (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Las religiones (el surgimiento de nuevas, su absorción por otras, las interrelaciones que establecen, su poder sobre las diversas sociedades...) han supuesto una influencia crucial en los influjos producidos mundialmente de las distintas drogas. Los monoteísmos han marcado con firmeza aquellas sustancias que sí y que no podían consumir sus fieles (farmacológicas y alimentarias) y el castigo derivado de ello, al contrario del paganismo, que no intervino nunca en esa esfera. Por ejemplo, durante la Edad Media europea, los primeros misioneros denunciaron bajo “sacrilegio” a la Eucaristía el consumo de plantas visionarias que llevaban a cabo pueblos centroamericanos (Escohotado, 2004).

Tras las cruzadas, las sustancias psicoactivas regresan a Europa mediante las prácticas médicas gracias a la rica farmacopea emanada del conocimiento de la medicina árabe. De este modo, resurge la medicina como ciencia moderna (desprovista de su anterior carga moral, de magia o brujería), que, junto al desarrollo de distintas disciplinas científicas, propulsa la investigación y establecimiento de conocimiento sobre diversas sustancias psicoactivas.

Durante el siglo XIX, son aislados los principios activos de numerosas especies vegetales, que se conciben a través de sus principios químicos y se destinan a fines terapéuticos. A partir de entonces, los laboratorios europeos producen y comercializan legalmente casi la totalidad de las sustancias psicoactivas descubiertas hasta el momento y son puestas a la venta en todas las farmacias europeas, americanas y asiáticas (Slapak y Grigoravicius, 2007). En cuanto al consumo humano de las sustancias a partir de este punto, comienza a darse un uso generalizado aunque moderado, con algún caso de adicción aislado, sin embargo, su existencia no supone un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial (Escohotado, 2002; Vigarello, 1994).

4.2. EL DESARROLLO DE LA PROBLEMATIZACIÓN DEL FENÓMENO Y LA TENDENCIA PROHIBICIONISTA

El proceso socio-histórico que posiciona el consumo de sustancias psicoactivas como “problema” se inicia a finales del siglo XIX y se corresponde con el surgimiento de ciertos movimientos sociales en los Estados Unidos (Gonzalez Zorrilla, 1987; del Olmo, 1992; La Fiura, 1993; Escohotado, 2002; Slapak y Grigoravicius, 2007). Nos enmarcamos en el contexto en el que tienen lugar las Guerras del Opio y el desarrollo del Prohibicionismo en EE.UU (Romaní, 1999) y la emergente intención de los Estados en intervenir en este consumo (Ralet, 2008). De forma paralela (aunque no indiferentemente), se inicia una condena moral en la sociedad estadounidense hacia el consumo de sustancias psicoactivas asociadas a sectores de la población marginados y discriminados, como negros, chinos y mexicanos (Slapak y Grigoravicius, 2007). A su vez, las instituciones médicas y farmacéuticas de este país americano buscan obtener el monopolio de la prescripción de las sustancias, condenando para ello la autoadministración (Slapak y Grigoravicius, 2007).

En el siglo XIX China es el principal proveedor en Europa de té, producto altamente demandado en este continente y cuyo pago solo era aceptado por el país asiático en plata (Romaní, 1999). A principios de siglo, coincidiendo con la entrada en escena del opio, esta plata se agotó. Pese a que este producto era extraño en la cultura china, comenzó a ser consumido por las clases altas. Los ingleses introducían la sustancia de contrabando en China, ocasionando una ola de opiomanía (Ralet, 2008). El producto se cobraba en plata, lo cual servía para pagar el té, invirtiendo la balanza de pagos. Los campesinos dejaron de poder pagar sus impuestos, ya que lo hacían en plata y ante la creciente tensión, el Emperador prohibió su venta en todo el territorio, reprimiendo tanto a consumidores como a los traficantes europeos. La reacción europea, en una alianza anglo-francesa, consistió en las dos guerras del opio (1839-1842 y 1856-1860) declaradas a China. Finalmente terminó por aceptar el libre comercio del producto, lo que se tradujo en un inmenso mercado de opio, que supuso el tercio de las rentas del Imperio británico (Romaní, 1999).

A finales de este siglo y principios del XX, en Estados Unidos se encontraba una relevante masa de inmigrantes chinos trabajando junto con el proletariado americano en la construcción del ferrocarril (Ralet, 2008). Los sindicatos, con el respaldo de los ideales puritanos promulgados por organizaciones religiosas influyentes y los intereses del gobierno federal (que buscaba el liderazgo mundial amenazado por el gran poder ostentado por Inglaterra), lanzaron una violenta campaña racista que relacionaba a los chinos, el opio y el crimen (Romaní, 1999; Ralet, 2008). La construcción de la “gran nación” pretendida por los EE.UU se veía entorpecida por conflictos que se relacionaron con las drogas de mayor consumo atribuidas a las distintas minorías étnicas, no contempladas por el modelo: el alcohol y los irlandeses, el opio con los chinos, la coca con los negros del sur y la marihuana con los mexicanos (Romaní, 1999). De este modo, para desvincularse de la imagen internacional racista creada y perjudicar a su enemigo inglés, los Estados Unidos iniciaron un movimiento internacional prohibicionista, a través del desarrollo del *modelo penal*. Fue iniciado en Filipinas sobre el control del opio: el sistema hasta entonces controlado por los españoles que era tipo *estanco*, donde el Estado fijaba las cantidades de compraventa y otros aspectos de la administración y consumo, pasó a la prohibición total por parte del

país americano. Basándose para ello en argumentaciones político-morales, aunque el trasfondo de estas es profundamente etnocéntrico (Ralet, 2008).

Inicialmente, no se sentían en la obligación de respaldar científicamente esta primera tentativa de prohibición de *drogas*, enmascarando, por tanto, la problemática socioeconómica, étnica, moral o política que verdaderamente la impulsó. Sin embargo, poco después, se busca legitimar el movimiento prohibicionista de forma internacional. Para lo cual, se recurre a argumentos relacionados con la salud pública que, de forma posterior, se relaciona con el orden ciudadano: pasando de manera progresiva de argumentos prohibicionistas a otros de aspecto sanitarista de base científica (Romaní, 1999). Los norteamericanos coincidieron en la necesidad de demonizar la *droga* (a través de la fundamentación necesaria, pese a su poca validez objetiva) como método óptimo para proteger a la comunidad de los *problemas sanitarios* derivados de esta (Gamella-Martín, 1992). De este modo, se prohíben otras sustancias en los EE.UU más allá del opio (como el cáñamo, por cuestiones morales y racistas: se atribuye el consumo de marihuana a “negros, mexicanos y artistas”, que hacen música “satánica” como el *jazz* y hacen impulsar a “mujeres blancas a practicar relaciones sexuales con negros”, además de económicas: el cáñamo pone en peligro el poderoso y creciente *lobby* del algodón) (Herer, 1992), construyéndose, de esta forma, una concepción moral clave del *problema*, la cual se irá trasladando a otras naciones del mundo (Gonzalez Zorrilla, 1987). Este movimiento basado en el argumento de que las drogas son peligrosas y, por ende, es necesario prohibirlas, perdura en la actualidad. La voluntad prohibicionista bajo estos pretextos fue reforzada a través de las distintas convenciones internacionales que tuvieron lugar durante todo el siglo XX, quedando así establecido el modelo de intervención estatal sobre el uso de drogas (modelo de la “abstinencia obligatoria”): la Ley debe prohibirlo y su consumo y producción deben ser perseguidos, mientras que la medicina debe ayudar a frenarlo (Ralet, 2008). Se configura un deber en los Estados de controlar todo producto capaz de ejercer influjo sobre el “juicio, comportamiento, percepción o estado de ánimo” (toda *modificación química de la conciencia*, en definitiva) del sujeto, como lo establece el *Convenio internacional sobre Sustancias Psicotrópicas* de 1971 (Escotado, 2002). Este, firmado en Viena, se configura como la máxima muestra de la evolución prohibicionista y ha sido interpretada por muchos autores como contraria a los principios y derechos

fundamentales de los individuos (Gonzalez Zorrilla, 1987; del Olmo, 1992; La Fiura, 1993; Escohotado, 2002). Este Convenio busca integrar en las *listas de regulación y prohibición* de sustancias psicoactivas, configuradas hasta ese momento a través de los distintos acuerdos internacionales, otras que no fueron incluidas con anterioridad porque su consumo no supone adicción como tal (como el LSD u otros alucinógenos), para lo cual se crea el término “sustancias psicotrópicas” (*psique y tropía*: modificación de la mente), que pretende recogerlas a todas (Slapak y Grigoravicius, 2007). De este modo, se establece que el único uso lícito que estas sustancias pueden tener es el médico-científico. Las sustancias que no poseen este uso se configuran automáticamente como peligrosas y, por tanto, objeto de prohibición. Por último, las agrupaciones de sustancias generadas en consecuencia, no resultan similares en cuanto a criterios de toxicidad, dependencia o tolerancia.

De esta forma, queda perfilada la *problematización* del fenómeno, respaldada por y en la que se sustentarán las políticas prohibicionistas que combinan los principios científicos que exige el Nuevo Mundo y los severos preceptos morales (Slapak y Grigoravicius, 2007). Además, queda configurado el perfil del consumidor: es un *delincuente*, en tanto que busca adquirir una sustancia prohibida quebrantando para ello la Ley; un *enfermo*, dado que necesita de la medicina para abandonar su hábito; y un *irresponsable irracional*, debido a que su voluntad queda alienada por su dependencia en perjuicio de su salud individual, la colectiva y el orden público (Ralet, 2008).

4.3. EVOLUCIÓN DEL MODELO PROHIBICIONISTA DE LA ABSTINENCIA OBLIGATORIA A LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

A finales de la década de los años 20 el Gobierno británico inaugura un nuevo Modelo de intervención: el de *reducción de riesgos sociosanitarios asociados al uso de drogas* (conocido como *British System*). Comienza limitándose el comercio de los opiáceos al monopolio médico-farmacéutico. Se establece que la prescripción de opiáceos es legítima cuando esta se configura como algo necesario para mantener una “vida normal” y “socialmente útil”. Es decir, el objetivo se traslada del abandono total a la máxima reducción de peligros asociados posibles, a través de una optimización de la gestión del consumo. Se desecha, por tanto, la visión del consumidor como un *enfermo*,

puesto que se vale de la ayuda de la medicina; y como un *delincuente*, ya que está adquiriendo los productos legalmente en la farmacia (Ralet, 2008).

Sin embargo, en el resto de naciones el modelo más extendido continúa siendo el de la abstinencia obligatoria a través del prohibicionismo y el punitivismo. Un nuevo punto de inflexión para la construcción del fenómeno tiene lugar en los Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XX. La CIA y el ejército comienzan a experimentar de forma masiva con el LSD en sujetos (algunos de estos aceptaron participar en el experimento siendo supervisados militarmente; sin embargo, otros ignoraban encontrarse bajo los efectos de este alucinógeno, con las negativas consecuencias que este desconocimiento les supuso a su salud psicológica), para comprobar su validez como *arma química* y *suero de la verdad*, además de financiar y supervisar investigaciones de psicólogos y psiquiatras sobre su potencial terapéutico (Ibíd, 2008). A finales de los años 50 comienzan a revelarse estos dos grupos con los que se producían las investigaciones, uniéndose para experimentar por su cuenta con la sustancia. Este es el punto de partida del movimiento *hippie*. Poco después, en 1962 la CIA abandona todas las investigaciones iniciadas, además de lograr que las de los psicólogos y psiquiatras sobre la materia fueran también suspendidas y, finalmente, ese mismo año la sustancia fue ilegalizada.

A finales de los años 60, en el contexto de la Guerra de Vietnam, un ala de la izquierda americana contraria a dicho conflicto bélico se acercó al movimiento *hippie*. Se terminó creando una idea de que el consumo del LSD y el cannabis era contestatario (Ibíd, 2008). El presidente en aquel entonces, Nixon (pese a que, bajo su mandato, la CIA instalaba laboratorios de heroína en el frente asiático para permitir a los soldados soportar el horror bélico), se valió de esta imagen subversiva difundida entre la sociedad, para declarar la “guerra a la droga”. Desde dicho momento el consumidor ya no era solo un delincuente y un enfermo, ahora además suponía ser un enemigo de la nación. Se propaga, entonces, un miedo entre las naciones occidentales ante la posibilidad de la sublevación juvenil (en lo cual intervienen, también, las protestas estudiantiles anti-capitalistas iniciadas en Francia en mayo de 1968, que terminaron por configurarse como la mayor huelga general de la historia del país, con enorme repercusión en el resto de Europa), que hace que estas se sitúen bajo el discurso de

Nixon y se implantan leyes sobre drogas muy represivas, que están acompañadas por penas comparables a las dirigidas a los terroristas.

Es a partir de los 70, coincidiendo con la *crisis económica mundial* existente que propagaba el desánimo entre la población y el abandono de toda esperanza de transgresión social, cuando se extiende el consumo entre la juventud de la “sedante” heroína (entre el grupo poblacional de mayor edad triunfan los tranquilizantes). En 1972, los Países Bajos, tras haber realizado un informe sobre el fenómeno (que señalaba la evidencia de que la represión supone un aumento de los problemas), deciden retomar el *modelo de la reducción de riesgos* impulsado por los británicos y desarrollarlo coherentemente, valiéndose de la lógica utilitarista y neoliberal de la nueva salud pública (Massó, 2015). Se basa en considerar a los usuarios como sujetos activos y clave para reducir los riesgos asociados a su consumo. Además de configurarse la sociedad y los poderes públicos como colaboradores esenciales en el proceso que cobran la responsabilidad de estimular su autoorganización y dotarlos de herramientas para ello, situándolos como ciudadanos iguales y responsables (Ralet, 2008). En 1982 se implementa la medida de intercambio de jeringas para prevenir la propagación de la hepatitis B. Coincide, en los años siguientes, con la difusión del SIDA como consecuencia de compartir jeringas los y las consumidores/as. Para impedir este avance, las distintas naciones comienzan a considerar a los usuarios de drogas como ciudadanos colaboradores esenciales y la puesta en marcha de diversos mecanismos de reducción de riesgos. De hecho, muchas de las primeras intervenciones reduccionistas de daños, como el intercambio de jeringas, fueron iniciativas de usuarios de Ámsterdam (Romaní, 2018). De esta forma, se comenzó a incorporar la participación de los sujetos, buscando así su reinserción social (como única forma de lograr su auto-gobierno), traspasando la única dimensión sanitaria del problema (Massó, 2015). Sin embargo, en contra de esta lógica, los departamentos de “Justicia” e “Interior” continuaron manteniendo la filosofía del anterior modelo, considerando al usuario como *delincuente, enfermo y enemigo interior*, actuando en consecuencia sobre él (Ibíd, 2008). Estas contradicciones tuvieron terribles consecuencias años después de la toma de decisiones en las diferentes naciones (como las decenas de miles de contagios de SIDA, consecuencia de la escasez de jeringas).

A partir de mediados de los noventa se modifica la percepción que mantiene la sociedad de las personas adictas a la heroína, eliminándose de esta la dimensión de peligrosidad (creada, sobre todo, a partir de la propagación del virus causante del SIDA). Este cambio se debe en gran medida a los *programas de metadona* implementados para la gestión de la adicción a la heroína, que suponen una estrategia eficaz para frenar la expansión del SIDA, además de configurarse como una alternativa química que compite con la oferta de sustancias provenientes del mercado negro, reduciendo la criminalidad asociada al consumo ilegal (Massó, 2015). De este modo, la figura del adicto escapa imperceptiblemente de la agenda política y de los medios de comunicación, pese a que no se haya logrado gestionar la totalidad de las *problemáticas* derivadas del consumo. Así, algunos gobiernos europeos continúan buscando nuevas estrategias de control social.

Podemos concluir con que se termina por configurar un nuevo significado del uso moderno de las drogas: que pasa de establecerse como una manifestación de protesta de los grupos contraculturales ante la decadencia de los valores tradicionales que acontece con las nuevas sociedades capitalistas, regidas por el consumo y el individualismo, a responder al propio modelo de este nuevo sistema y a sus valores: el consumidor de drogas o adicto se perfila como el modelo de consumidor perfecto. En consecuencia, atendiendo a la moralización de los usos del placer de estas nuevas sociedades, más allá de la búsqueda de reducción de daños de un colectivo marginal y estigmatizado, su propio deseo se convierte en objeto de gobierno (Massó, 2015). Este fenómeno será más profundamente abordado en el siguiente capítulo.

5. EL ENTRAMADO CULTURAL EXISTENTE EN NUESTRAS ACTUALES SOCIEDADES

5.1. EL PROHIBICIONISMO

En la actualidad somos conscientes de que la prohibición (o “guerra contra las drogas”), con la consecuente persecución penal, de la posesión y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas, ha supuesto la criminalización de los/as usuarios/as de estas, un aumento de la represión a la población, el crecimiento del narcotráfico y del mercado negro donde se gestan sustancias terriblemente adulteradas que ponen en riesgo la salud de los consumidores (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Para ejemplificar este fenómeno, me sirvo de lo acontecido durante el periodo de *Ley Seca* estadounidense en los años 20: se produjo un exponencial aumento del consumo de alcohol, configurándose así nuevos “delincuentes” que optan por el consumo clandestino. Aumentan, en consecuencia, el número de encarcelaciones y penas, se crea un nuevo mercado negro, además de un incremento de la corrupción, y numerosas muertes y daños de salud atribuidos a intoxicaciones por la adulteración del producto (Ibíd, 2007). Una década después se hace evidente el fracaso de esta legislación prohibicionista (Santino, y La Fiura, 1993; Escohotado, 2004), creándose así un indicio revelador de los resultados de la actual política prohibicionista.

5.1.1. AUMENTO DEL CONSUMO

Del análisis de un siglo de políticas prohibicionistas podemos concluir que el paradójico resultado de estas ha sido un incremento inigualable del problema que se buscaba eliminar (Slapak y Grigoravicius, 2007), que en primera instancia era el consumo de estupefacientes. Para poder entender este fenómeno, debemos mantener muy presente todo el recorrido sociohistórico que anteriormente he establecido y que describe los contextos y evoluciones que tienen lugar en la constitución de las *drogas* como *problema* y como *objeto de prohibición*. Pero, ¿cuáles son los motivos que nos llevan a afirmar que la

tendencia prohibicionista y punitivista ha supuesto un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas en los que este hecho ha podido desembocar?

En primer lugar, cabe aclarar que la legislación prohibicionista se configura más bien como una legislación “simbólica”, de modo que, con la existencia de una simple ley que prohíba el uso de ciertas sustancias, se espera que se produzca la eliminación del mismo: lo cual se ha desechado en la actualidad como verdaderamente eficaz (Ibíd, 2007). El sistema penal denota una selectividad clasista en esta empresa: se pena más duramente a los “eslabones inferiores” del proceso, como consumidores o pequeños intermediarios, que a los altos mandos del narcotráfico que muy raramente se ven realmente afectados (González Zorrilla, 1987).

Por otro lado, del hecho de que este consumo, una vez se ha ilegalizado, aumente (y aumenten las condenas desencadenadas de este, en consecuencia), podemos establecer que esconde procesos de *control social* condicionados por la moral vigente (Slapak y Grigoravicius, 2007). Cuando el consumo se enmarcaba en entramados simbólicos culturales, la producción y el uso de las distintas sustancias se limitaba a determinados sectores. Cuando se convierte en objeto de cambio, es decir, una *mercancía*, se produce un incremento desmesurado del consumo y producción (Ibíd, 2007). Entonces, podemos afirmar que las drogas y el problema asociado a su uso están profundamente ligados a las actuales sociedades capitalistas, mediante el entramado de producción, distribución, consumo y acumulación de bienes que tiene lugar en estas (González Zorrilla, 1987; Ehrenberg, 1994). Además, es importante no obviar que se trata de sociedades que poseen un estricto sistema de sanciones ante el consumo abusivo (Slapak y Grigoravicius, 2007).

5.1.2. OTRAS CONSECUENCIAS

La configuración del fenómeno social de la droga como problemática, con el consecuente prohibicionismo y punitivismo de la tenencia y el consumo,

sin duda, ha acarreado múltiples efectos sobre la sociedad más allá del aumento del consumo (aunque relacionados con esta situación).

Por un lado, las medidas represivas instauradas sobre la posesión y el uso de sustancias marcadas como ilegales, han producido una criminalización y estigmatización de los usuarios de estas sustancias (Slapak y Grigoravicius, 2007). Esto se ha traducido en el aumento de la marginalidad de este colectivo, intensificándose su exclusión social, con nefastas consecuencias para su salud como el obstáculo creado en el acceso a los servicios de salud. Además, de la mano de esta estigmatización y marginación social, se produce otro fenómeno de enorme preocupación: algunos individuos, ajenos en un principio a tales ambientes de consumo, terminan por encontrar un hueco en estos contextos, donde poder evadir responsabilidades sirviéndose del estatuto de la víctima involuntaria (Escohotado, 2004). De esta forma, el mundo de ciertas drogas especialmente estigmatizadas (como el caso de la heroína y posteriormente el *crack*) acaban siendo el destino de personas (con especial incidencia de jóvenes) desplazadas, que se excluyen hacia los márgenes de la sociedad (Pere Martínez y Pallarés Gómez, 2013). La eficacia simbólica de quedar relegado a este contexto, termina por configurar adicciones más justificadas que las que provienen de las características farmacológicas de la propia sustancia (Comas, 1984).

Por otro lado, las nuevas legislaciones prohibicionistas contribuyen al un peligroso y creciente mercado negro, que pone en riesgo la salud poblacional debido a la adulteración de las sustancias con las que negocia, además de posibilitar el enriquecimiento de los grupos traficantes y un incremento de la corrupción (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Por último, cabe destacar que la “guerra contra las drogas” conlleva la creación de numerosos conflictos armados: unos gobiernos financian la militarización de regiones favorables para el cultivo de plantas que esconden intereses farmacológicos, se produce el desplazamiento de miles de personas, tiene lugar una gran deforestación, además de generarse un círculo vicioso de violencia sin sentido (Ibíd, 2007).

5.2. ADOLESCENCIA Y DROGAS

En la actualidad, es muy llamativa la población a la que se destinan y en la que se centran las políticas contra las drogas: la adolescencia (Jáuregui, 2007). Esto es algo que se aprecia fácilmente en los planes municipales contra drogas, cuya población diana son los adolescentes, o en la insistencia de la “lucha contra el *botellón*” que se asocia a la juventud. A su vez, se corresponde con (o, es consecuencia de) la percepción sociopolítica acerca de la inequívoca relación directa entre la *problemática de la droga* y los/as adolescentes, los “grandes afectados por este problema” (de la Villa Moral, 2005). Como gran prueba de ello, podemos encontrar una numerosa cantidad de material de concienciación, sensibilización, prevención y tratamiento destinado únicamente a este sector de la juventud.

La adolescencia se configura como un momento de transición de la infancia a la edad adulta, de formación de una identidad propia y de cuestionamiento y asimilación de distintos valores socioculturales. Esto, sin duda, hace que esta etapa se constituya como crucial para trabajar (realizar una acción socioeducativa) sobre cualquier temática que pueda suponer un riesgo (debido a que los valores y bagaje experiencial que le guían se encuentran en formación) para su salud y bienestar biopsicosocial.

Sin embargo, ¿qué ocurre entonces con el resto de la población? ¿Es ajena a los mecanismos de obtención y consumo de estas sustancias? ¿Al haber superado o no alcanzado aún esta etapa vital escapan de los entramados sociales, políticos, económicos y morales que constituyen el fenómeno por lo que no deben ser considerados objetos de estudio e intervención? La respuesta, siguiendo la línea argumentativa del presente trabajo es clara: *ningún fenómeno de carácter sociocultural como el aquí tratado puede abordarse excluyendo a ninguna parte de la población*. En consecuencia, toda conclusión obtenida o legislación generada se encontrarán vacías de significado y de sentido: no tendrán ninguna utilidad de mejora en la realidad sociocultural.

Se puede comprender fácilmente el interés desde distintas instituciones por relegar la *problemática de las drogas* a un colectivo ya estigmatizado: es mucho más sencillo admitir que este problema queda relegado al grupo poblacional que “está en la edad más complicada” o que puede ser susceptible de caer en conductas

“autodestructivas”, que comenzar a interrelacionar toda la dinámica social, económica y política que interviene y reconocer, en consecuencia, que es algo que engloba a toda la población (de la Villa Moral, 2005). Es decir, es más cómodo evitar cuestionar todo el entramado social y el sistema de valores imperante en nuestras sociedades actuales, aunque esto sea completamente necesario si queremos abordar este fenómeno con realismo y coherencia.

No obstante, es imprescindible entender las interrelaciones que se pueden dar de forma clave entre adolescencia y drogas. Como ya he dicho, la adolescencia es un periodo clave de pruebas y aprendizaje de conductas relacionadas con la construcción de la identidad personal y social, por ello, no es de extrañar que sea en este periodo cuando se construyen una parte relevante de las relaciones que en el futuro mantendremos con las drogas (Funes, 2008). La percepción que ellos y ellas tienen de las drogas se crea según la construcción social que les es transmitida por los adultos (Ibíd, 2008). Es importante esta visión del adulto o de la adulta ya que necesitan de la negación de la figura adulta, de su oposición, para afirmarse. En su caso, a partir de esta reconstrucción se crean unas expectativas (intervienen entusiasmo, moda, imaginación, persecución de la sustancia o publicidad) en torno a los efectos que las sustancias a consumir tendrán sobre su organismo, estas expectativas tendrán más importancia que los efectos propiamente dichos (Ibíd, 2008). También se debe tener en cuenta el papel esencial que juega el grupo de pares (de forma bidireccional) en la conformación del adolescente: es una etapa donde se hace esencial el grupo de iguales y el sentido de pertenencia a este y participación del mismo. Existe una tendencia entre los y las adolescentes a experimentar con drogas como mecanismo de integración social (función calificada como “adaptación desadaptativa” por Moral y Sirvent, 2004), a través de actos grupales (de la Villa Moral, 2005). En este sentido, los usos de las drogas suponen un enorme constructor de identidades grupales, donde es posible además ejercitar la identidad individual (Funes, 2008). De hecho, las formas de consumo pueden ser una forma de reivindicación de los iguales o forma de distinción de los *otros* (ambas necesarias y generalmente implicando cierta forma de transgresión social).

Es en esta forma de definición a través de las sustancias, donde podemos encontrar ciertos usos problemáticos de las drogas: sucede en aquellos individuos cuyas definiciones y prácticas identitarias están únicamente relacionado con el mundo de las

drogas. Por otro lado, aunque existan motivaciones similares en el consumo conflictivo (enmarcarse en el desánimo que caracteriza al individuo en crisis de las sociedades avanzadas o presentar una determinada historia personal complicada y, por tanto, encontrar esta única vía para remediar el desasosiego, la abulia...), se debe entender que los problemas con los que se relacionan las drogas “no son uniformes ni similares entre los diferentes grupos de jóvenes” (Salvador Llivina & Martínez Higuera, 2008, p. 228).

Para concluir, es necesario no continuar considerando los usos de drogas y sus formas entre los adolescentes como otra parte más del fenómeno *drogas* y su aproximación científica (Funes, 2008). Aunque sí pueda ser importante y necesario entender lo que supone el acercamiento a estas sustancias en la conformación del adolescente, además de analizar cómo las políticas e instituciones usan al colectivo y sus dinámicas como *chivo expiatorio* del verdadero problema.

5.3. CONFORMACIÓN DEL FENÓMENO EN NUESTRO ACTUAL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Como ya he establecido, la estructuración que hace cada sociedad del consumo de sustancias psicoactivas, la cual evoluciona de forma constante según los procesos de transformación social que tienen lugar, es lo que le confiere propiedades particulares, mientras que el consumo de drogas de por sí es un constante en toda sociedad (Bilbao, 2003). Entonces, para poder entender las relaciones establecidas entre los consumos de drogas, sus formas y valoraciones en nuestras actuales sociedades, necesitamos valernos de la vinculación de estos al contexto sociocultural donde se (re)producen (Sánchez-Carbonell, 2004).

5.3.1. LAS DROGAS COMO MERCANCÍA, OBJETO DE CONSUMO Y LA MODERNIDAD

Algo enormemente ignorado por los estudios de la época, pese a su gran importancia en el proceso de globalización del comercio, ha sido la comercialización sistemática que se ha producido con opio, tabaco y alcohol desde finales del siglo XVIII y su importancia en la prosperidad mercantil

(Diamond, 1999). Además, existía una estrecha relación entre el comercio de drogas y el de esclavos, retroalimentándose el aumento de ambos de forma que la venta y aumento de una permitía y aumentaba la venta de la otra (Courtwright y Hickman, 2011), hecho que permitió la consolidación de las élites europeas de la época. Fueron estas élites quienes se divertían experimentando con los estimulantes, hecho que no conllevó mayor trascendencia.

Sin embargo, durante las primeras décadas del siglo XX, cuando la Revolución Industrial permitió un gran desarrollo de las sustancias químicas y la industrialización de estas con fines medicinales, comenzó la masificación del comercio y consumo de drogas en Europa alcanzando a las distintas clases sociales; lo cual se empezó a relacionar con el surgimiento de distintos problemas sociales, que incluso se llegaron a contemplar como un factor de riesgo para el orden social (Luna-Fabritius, 2015). De hecho, en este contexto se relaciona por primera vez la *droga* con “adicción”, fruto de la necesidad desde la comunidad médica de vincular los nuevos problemas sociales a la expansión del consumo de sustancias psicoactivas (Ibíd, 2015). No obstante, numerosos expertos situaron el auge de problemas de carácter socioeconómico relacionados con las drogas en un debate más amplio sobre una *crisis cultural* (Ibíd, 2015) en el contexto del mundo moderno. Sobre la *modernidad*, es necesario establecer que si algo la ha definido desde sus inicios, ha sido la condición de autonomía de los individuos (su autopercepción como autónomos y la proyección de la misma en la vida social). De este modo, las adicciones a las diversas sustancias (que suponían una pérdida de la independencia del sujeto y de su capacidad de autogobierno, contrarias al ideal último de la burguesía) se contempla como la respuesta de los sujetos ante la tensión social existente y la competencia económica de la vida moderna (Ibíd, 2015). Así, el tráfico ilícito de las sustancias, unido al abuso generalizado de estas, se tradujo en considerarlas como la peor coyuntura de la *modernidad* (Ibíd, 2015), situando sobre la mesa la imperiosa necesidad de dotar de una respuesta normativa al peligro creciente del capitalismo moderno.

De esta forma, la relación entre modernidad y drogas ha estado marcada desde el comienzo por una paradoja insalvable. Por un lado, su comercio ha sido

una de las formas de conformación del sistema moderno, posibilitador de la creación de los Estados nacionales y de la financiación de la expansión occidental; y, por otro, las drogas se han leído como enormemente dañinas para la salud individual y social, al considerar que producían una pérdida de la independencia de los sujetos, principal característica de los ciudadanos modernos.

Sin embargo, para poder comprender este fenómeno en su plenitud, se debe considerar también el papel que juega en el contexto de la configuración de las actuales sociedades capitalistas el *consumo*, con el que se entrelaza. En general, siempre se ha generado una relación entre las pautas generales de consumo de una sociedad determinada en cierto momento histórico y las modalidades específicas de consumo de drogas (Pere Martínez y Pallarés Gómez, 2013). Desde el inicio de la conformación de la modernidad (con vigencia en la actualidad), el consumo se configura como la forma de obtención de satisfacción, en cuya acepción se incluye el consumo de drogas.

La explicación de esta dinámica reside en los profundos cambios en el entramado socio-económico y los modelos de producción y consumo acontecidos, que han situado como valor elemental al *consumismo*, el cual se rige por las normas seguidas por los nuevos “estilos de vida” creados (Ibíd, 2013). El desarrollo del nuevo modelo de consumo y de la fase de capitalismo financiero se ven definidas a través de nuevos términos como *globalización*, *precarización*, *deslocalización empresarial* o *incertidumbre*. Son el reflejo de la desregulación de la vida socioeconómica y debilitamiento del *Estado del Bienestar* que acontecen, acompañados de hechos como la privatización de empresas y servicios o la mercantilización de todos los planos de la vida social (Ibíd, 2013). Incluso las clases medias, a las cuales se les había atribuido tradicionalmente el papel de “unificadoras sociales”, empezaron a hacerse conscientes de su crisis y futura posible desintegración. Tiene lugar una caída de los precios y salarios y una consecuente precarización de la vida de la población, que unido al aumento de los precios de la vivienda, terminan por configurar el consumo como el mejor indicador de éxito social de la época (ibíd, 2013). De esta forma, las personas comienzan a construir su identidad en torno al consumo

(Bauman, 2005). Se crea la concepción de que cualquier sujeto puede disfrutar de cualquier cosa, por lo que se generan nuevas metas y nuevos comportamientos. El ocio se termina de enmarcar definitivamente en el ámbito del consumo. Entre los jóvenes predomina el hedonismo y el presentismo, mientras se desvanece el contrato social (Conde y Rodríguez, 2005) que hasta entonces les unía a la sociedad. Se produce además de un desarrollo de la industria del entretenimiento, una comercialización del ocio nocturno en particular. Estos hechos unidos a la enmarcación de los consumos de drogas en los tiempos de consumos, hicieron que esta pasase a ser un bien de consumo más. En este proceso juegan un gran papel las estrategias de marketing, que permiten una personalización de los consumos (surgen diversas marcas de alcohol, por ejemplo, que se vinculan a determinados estilos de vida para atraer a los diferentes jóvenes deseosos de consumo) (Pere Martínez y Pallarés Gómez, 2013).

Ahora podemos analizar de forma muy sencilla la estrecha relación que mantienen en un momento determinado el consumo de drogas y las formas sociales y consumistas imperantes: el consumo contracultural de los sesenta y setenta, de una sociedad que busca la posesión material; los consumos marginales de los ochenta, marcados por los movimientos de búsqueda de promoción social; y los del siglo actual, donde predomina una fragilización de las relaciones sociales, sobre todo las juveniles, que se tratan de arreglar a través del consumo de estupefacientes. De esta forma, el consumo de drogas actual adquiere un rol socializador, de “integración social” (Ibíd, 2013).

Los 3 tipos de drogas predominantes en nuestro panorama actual son: drogas que mantienen un estado de legalidad (o alegalidad) vendidas por Internet y promocionadas a través de atractivas estrategias de marketing; además, reina el consumo de sustancias como los *anabolizantes* en el contexto de una sociedad que ejerce una enorme presión sobre los ciudadanos para que cumplan con los cánones de belleza impuestos; por último, correspondiéndose con la enorme expansión de la industria farmacéutica y la sensación de desasosiego, ansiedad y malestar emocional generalizados entre la población, se produce un consumo masificado de los psicofármacos. En este contexto, los

consumos de sustancias ya no responden al consumo de drogas, sino a las *drogas de Consumo* (Pere Martínez y Pallarés Gómez, 2013, p. 53).

5.3.2. DEPENDENCIA, INDIVIDUALISMO Y LIBERTAD

Se deben considerar de forma más específica los valores predominantes y presupuestos sobre los que se asientan las sociedades contemporáneas que pretendemos abordar. En ese sentido, es esencial entender que nos enmarcamos en una *sociedad farmacologizada* (Usó, 1996), que permite y potencia la adopción de un gran número de dependencias (al juego, a las nuevas tecnologías, a la comida...). Y, en este contexto, el consumo de estupefacientes se configura como una posible respuesta a las ambivalencias individuales en una época de decadencia y descreimiento, marcadas por una necesidad de autoafirmación y de la presencia de una libertad mistificada (de la Villa Moral, 2005).

Cobra sentido, en un contexto de necesidad de reducción de incertidumbres, para promocionar la estabilidad del individuo y su desarrollo vital, el establecimiento de rutinas cotidianas, donde hallar seguridad, al contrario del resto de esferas sociales donde reina la sensación de pérdida de control (Ibíd, 2005). La explicación de esta dinámica la encontramos en la forma en la que la actual sociedad (post)moderna (entendida como aquella en la que se gestan y desarrollan los procesos tecnológicos, de consumo, de información y comunicación, de individualización, de globalización y de desencanto en todas las esferas) empuja al individuo a la autorresponsabilidad: este debe encontrar su propio proyecto de vida y construir su propia identidad, independientemente de los recursos que disponga para ello (Jáuregui, 2007). En este proceso donde además lo público se convierte en privado y viceversa, se crea el individuo *sufriente*, que padece de dolor. En este escenario, se configuran las *dependencias* y las *adicciones*, las cuales se deben vincular con el debilitamiento de la libertad individual, transformada entonces en inercia social o mera aceptación de los mecanismos de distracción del miedo a la libertad que subyace (Fromm, 1968). La privatización de la existencia y el excesivo grado de responsabilidad de la

que se dota al individuo, se transforman en una enorme vulnerabilidad y sufrimiento de este (Jáuregui, 2007). De esta forma, el individuo actual carente de vínculo, se vale de las distintas drogas como mecanismo de apaciguamiento de ese dolor que emana de la prisión individualista (Ibíd, 2007), en este sentido reinan drogas como el alcohol, los antidepresivos, ansiolíticos o anfetaminas.

6. CONCLUSIONES

El consumo de drogas constituye un fenómeno universal atemporal, sin embargo, las distintas sustancias psicoactivas, los usos para los que se destinan y la valoración socio-moral que se genera según las significaciones atribuidas, son fruto de características que trascienden lo farmacológico, de índole socio-histórico-cultural (Slapak y Grigoravicius, 2007). Es decir, la *droga* es un concepto socialmente construido con vigencia en un momento histórico y en una cultura determinados. En el caso de nuestro actual momento socio-histórico, si hablamos de *droga* hablamos de un *problema social*, el *problema de la droga*, configurado mediante una serie de procesos que se desencadenan desde finales del siglo XIX (Romaní, 2018). De ese modo, podemos asociar la configuración del fenómeno como problemática a las sociedades capitalistas en las que se generó, sirviéndose de los valores imperantes y mecanismos de producción, distribución, consumo y acumulación de bienes predominantes (González Zorrilla, 1987; Ehrenberg, 1994). No es posible generar ningún análisis veraz y que presente utilidad académica con futura intención práctica en la realidad social, que no tenga en cuenta este hecho como premisa, además de todo el entramado contextual que rodea y conforma el fenómeno.

La consecuencia más directa de esta *problematización de la droga* (iniciada en EE.UU, que como ha quedado expuesto anteriormente, es resultado de concepciones morales racistas, xenófobas y aporofóbicas, con influencia además de la mezcla de intereses políticos y económicos de farmacéuticas y estados) es clara: el consenso entre múltiples naciones acerca de la necesidad de impedir el uso de las sustancias psicoactivas sin “utilidad médica” a la población a través de la *prohibición de las drogas* y su persecución penal. Todos los años de recorrido prohibicionista transcurridos

han servido para demostrar la completa ineficacia del modelo: se ha producido sistemáticamente, al contrario de lo que cabía esperar, un aumento del consumo de toda aquella sustancia que caía bajo prohibición y de la problemática generada en torno a ello (Escohotado, 2004; Slapak y Grigoravicius, 2007).

Debido al carácter de ilegalidad que se le otorgan a las distintas sustancias, todo aquel/la que haga uso de las mismas se encontrará quebrantando la Ley convirtiéndose automáticamente en un *delincuente*, además, pasará a considerarse un *enfermo* que requiere de ayuda médica y un *irresponsable* que pone en riesgo su salud y la colectiva (Ralet, 2008). De este modo, queda configurada la estigmatización y criminalización de los usuarios de drogas no legales, lo cual contribuye a aumentar su situación de exclusión social y acarrea serias consecuencias sobre su salud (Slapak y Grigoravicius, 2007). Esto es debido a hechos como el uso de sustancias peligrosamente adulteradas o al convertirse el consumo ilícito en obstáculo para el acceso a los servicios de salud.

Por ello, en un primer lugar, cabría contemplar el contribuir a generar un proceso de *desproblematización* del concepto. De este modo, se genera una vía para mejorar la situación de la persona usuaria, al desplazar su situación de *delincuente*, *enfermo* e *irresponsable*, que tanto deterioro supone sobre su situación psicosocial. Es esencial, en el planteamiento de este proceso, tener en cuenta que se trata de la reestructuración de un constructo socio-cultural, por lo que, estarán implicadas en ello una multitud de diversas variantes que se interrelacionan entre sí, tratándose de un complejísimo entramado. No es posible siquiera plantear dicha empresa sin pretender despojar antes la carga estereotípica de la *droga* (de la Villa Moral, 2005). Para lo cual, no debemos perder de vista la forma en la que estos estereotipos, definiciones, clichés o imágenes socialmente construidas y compartidas en torno a las drogas se han formado y cristalizado en la sociedad: no siempre respondiendo a datos objetivos. De hecho, en esta construcción ha jugado un gran papel “representacional” la mencionada legislación prohibicionista, ayudando a fortalecer y asentar ciertas percepciones sobre las sustancias, sus usos y usuarios, que han calado en los discursos sociales, formando los prejuicios vigentes en la actualidad (Slapak y Grigoravicius, 2007). Estos discursos estereotipados son a través de los cuales se ha venido abordando el tema de las drogas, puesto que han formado parte de la construcción de la realidad social, quedando reforzada su validez. Se crea un condicionamiento mutuo y constante entre legislación

penal, discursos sociales y realidad social. Una vez comprendida esta dinámica, podremos actuar sobre ella para mejora de la calidad de vida personal y social de los/as usuarios/as. En este caso, a través de las herramientas socioeducativas que disponemos, encontramos nuestro objeto de intervención en la reconstrucción del discurso ideologizado, a través de un análisis crítico, que permita una intervención efectiva en la realidad social, desplazando el estereotipo y haciendo partícipe de su propio proceso a los sujetos. Actuando de forma consecuente con nuestra capacidad y responsabilidad como agentes y productores de poder y transformación social que somos.

Por otro lado, podemos hallar una clara conclusión esencial para la mejora de calidad de vida de las personas consumidoras de drogas (de forma abusiva o problemática) que se encuentran en situación de riesgo o exclusión social: no es posible generar una intervención efectiva sobre las mismas si no se actúa, en primera instancia, sobre su integración social. La efectividad del proceso reside en dotar al usuario de los recursos y herramientas para lograr su autonomía y propio gobierno, lo cual no es posible sin desplazar el entorno de marginalidad (Massó, 2015). De esta forma, el primer y más primordial objetivo al cual el educador o la educadora social (así como el resto de agentes de transformación social) deben dirigir su acción socioeducativa es hacia la promoción de la emancipación del sujeto y de su integración social.

En este sentido, se hace necesario contemplar el contexto del usuario objeto de intervención (preventiva, de reducción de daños o de cualquier índole), así como las interrelaciones que se establecen entre las distintas dimensiones existentes. Así, se debe evitar la tendencia generalizadora que parte de la consideración de todo *consumo* como *adicción*, visualizando a todo usuario como adicto, independientemente de la sustancia usada, frecuencia o dosis de su consumo. No se puede pretender generar una acción socioeducativa de ningún tipo que no parta de un análisis integral previo que considere la personalidad del individuo, sus características socioeconómicas o las circunstancias del consumo. De hecho, una misma sustancia puede producir distintos efectos según la cultura en la que se enmarque su uso, según el sujeto consumidor, sus características y expectativas personales y en un mismo individuo según las diversas circunstancias en que se enmarque (González Zorrilla, 1987; Santino y la Fiura, 1993). Además, restringiendo todo el fenómeno de la droga a la adicción y dependencia quedan silenciadas otras manifestaciones con potencial interventivo como el uso abusivo, la

intoxicación en situaciones de riesgo o los indicios tempranos de consumo. Esto se debe a que en la propia definición del término droga va implícita la carga de adicción, lo cual desemboca en la regulación/prohibición de las sustancias, generando las problemáticas dinámicas de producción, distribución y consumo que las envuelve. Si hasta el día de hoy no ha sido posible argumentar farmacológicamente la distinción establecida en torno a las sustancias ilegalizadas o no, ¿por qué no entender la necesidad de salvar esta categorización socioconstruida y comenzar a priorizar lo verdaderamente importante: las personas? Todo aquel profesional que quiera realizar una correcta intervención en materia de drogas, debe recordar siempre un pretexto fundamental: el centro y objeto del trabajo debe ser el sujeto y no la droga (Martí, 2008), sujeto que comprende múltiples dimensiones y particularidades diversas a tener en cuenta. En este sentido, se entiende la necesidad de adoptar una visión multidimensional de la realidad (Comas Arnau y Arza Porras, 2008), de modo que se parta siempre de la idea de que cualquier *uso de drogas* se genera en torno a la interacción de la sustancia, el individuo y el contexto socio-cultural en el que se produce.

Como ya he afirmado, esta construcción de la *droga*, los usos, lecturas y planes de intervención generados en consecuencia responden y se gestan en un marco sociocultural concreto: el de las sociedades individualistas de consumo contemporáneas. Por ello, es necesario contemplar los valores que las caracterizan y de las cuales se sirve la *droga*. Son múltiples los autores que han teorizado sobre el malestar y precariedad que ha experimentado el individuo moderno en las últimas décadas fruto de las formas de vida y trabajo que multiplican el dolor existencial propio del ser humano (Ibíd, 2008). De esta forma, se debe escuchar el relato en primera persona de los usuarios, que explicitan la motivación de su consumo o abuso, de tal forma que sea posible actuar sobre su etiología. De hecho, puede suceder que una correcta intervención sobre un consumo problemático sirva para poco, al no modificarse las condiciones sociales que generan el “malestar en la cultura”, las cuales llevaron al sujeto a iniciar un consumo que se transformó en problemático. Por ejemplo, una persona que recurre a obtener ayuda para gestionar su consumo problemático de drogas, pero cuya red social completa se basa en relaciones sociales de consumo, obtendrá unos nulos resultados si se ejerce una intervención únicamente psicofarmacológica, que no contemple el dotar de herramientas en competencias sociales al individuo de modo que pueda regenerar sus

lazos sociales más allá de los vinculados al consumo. Aquí reside la tarea del/la educador/a social.

Del mismo modo, se debe tener en cuenta que estos condicionantes socio-culturales en los que se crean y desarrollan los usos de las drogas, motivaciones, formas y sus riesgos son cada vez más locales (Cavalcanti, 2008): cada grupo termina por configurar su propia (sub)cultura de uso territorialmente arraigada. Esto significa, por un lado, que debido al respeto que se adquiere hacia ciertas normas y formas de comportamiento grupalmente acordadas, el rol del grupo de pares puede configurarse como un factor favorecedor del control del uso a través de estas reglas y rituales adoptados. Mientras que, por otro lado, podemos reafirmar la idea de que los problemas relacionados con las drogas no van a ser uniformes entre los distintos grupos, por lo que, las intervenciones planeadas tendrán que tener esto en cuenta, focalizándose en los individuos y huyendo de la generalización de las medidas a tomar (Salvador LLivina y Martínez Higuera, 2008). Así, podríamos valernos del papel del grupo de iguales para generar acciones preventivas y/o interventivas en el ámbito de drogas entiendo su papel fundamental de influencia bidireccional en la conformación del consumo. Asimismo, todo planteamiento de acción socioeducativa sobre un sujeto deberá tener en cuenta, además de su contexto cultural general, el grupo sociocultural en el que se enmarca y los valores y hábitos que este adquiere.

En la década de los ochenta, aparecen los *programas de reducción de daños y riesgos* asociados al consumo de drogas, que presentan como punto de partida la aceptación de que, pese a la prohibición, la población se seguirá sintiendo atraída por la experimentación con drogas y se continuarán produciendo situaciones de abuso y dependencia en consecuencia. La aceptación de esta evidencia, permite adoptar nuevos enfoques que amplíen el campo de acción. Además de continuar desarrollando y profundizando la labor preventiva, que se producirá también sobre las personas consumidoras, de modo que adquieran aprendizajes que reduzcan las condiciones de consumo perjudiciales para su salud. Todo el recorrido desde estos inicios hasta la actualidad nos ha permitido adquirir un enorme cuerpo de conocimiento en torno al fenómeno del consumo de drogas y sus variables. Lo cual hace que sea inexcusable que el planteamiento de las intervenciones de carácter preventivo o de reducción de consumo o abuso de sustancias no esté sustentada en las teorías existentes hasta la fecha

(Salvador LLivina y Martínez Higuera, 2008). Basándose, en su lugar, en construcciones morales o políticas estereotipadas, que dificultan el desarrollo de una eficiente y real política de prevención, adquiriendo más bien una función simbólica de “tranquilizador de conciencias” (Comas Arnau y Arza Porras, 2008). Siguiendo la línea argumentativa iniciada hace décadas, el enfoque efectivo de prevención y/o eliminación de los efectos secundarios no deseados del consumo de drogas, debe basarse en promover una forma inteligente de usar las drogas, esto es *educar* sobre drogas (Barendregt, 2008). El consumo implica ciertos riesgos, cuya minimización o prevención está condicionada por la información que disponga o no el usuario, que actuará en consecuencia (sobre la elección de la droga, el entorno de consumo, los/as posibles acompañantes...). Es decir, debemos superar la realidad de que las personas usan drogas, para poder comenzar a actuar sobre este hecho de modo que se incremente el bienestar de las personas, reduciendo los posibles efectos no deseados. Para lo cual es esencial generar estrategias de transmisión de información objetiva sobre los efectos de toda índole de las distintas sustancias, sobre la interrelación existente entre droga, individuo y entorno, así como información sobre la forma de actuar ante distintas situaciones. Se ha demostrado que una vez el sujeto queda convencido de estar disponiendo de información creíble sobre el uso de alguna sustancia que implique, por ejemplo, una nueva forma de consumo más seguro, sí se produce un cambio comportamental en pro de su salud (Linnell, 2008). De este modo, los objetivos primordiales o más inmediatos de la transmisión de información o educación en drogas no deberían ser generar un cese inmediato del consumo, porque de esta forma no lograremos ningún avance, pero sí podemos reducir riesgos generando una información precisa y verosímil. Todo ello se debe producir a través de una postura cercana al usuario que permita establecer y mantener una comunicación sobre el uso de drogas de modo que se reduzca el número de riesgos lo máximo posible (Barendregt, 2008), lo que, sin duda, servirá de muchísimo más que las campañas basadas en promover el “simplemente di no”. Las acciones no pueden ser emprendidas sin la participación de los usuarios, para ello debemos despertar la conciencia de estos sobre su propia situación, de modo que sean sujetos activos en su propio proceso de aprendizaje. Además, toda acción planificada debe tener en cuenta los factores de riesgo generales, los concretos de aquel colectivo con el que vayamos a trabajar, los factores de protección que se relacionan con el estudio de los anteriores y, por último, que tanto los

factores de riesgo como los de protección no deben ser entendidos de forma aislada, sino que se debe contemplar la interacción recíproca y dinámica que experimentan (Comas Arnau y Arza Porrás, 2008). Toda acción socioeducativa establecida siempre se debe enmarcar en una estrategia de participación sociocomunitaria (Ibíd, 2008), donde nos involucremos todos y todas los agentes de transformación social y asumamos nuestro rol como ciudadanía con derechos y obligaciones sociales.

Por último, se debe contemplar la evaluación que acompaña y necesita todo proceso de intervención social a lo largo del mismo. Esta debe ser completa e individualizada, debido a que cada paciente presenta una necesidad asistencial acorde con su contexto particular y, de ese modo, podemos establecer la lista de sus necesidades particulares (Mino, 2008). Es esencial que todo objetivo y forma interventiva acordados y modificación establecida, consecuencia de la evaluación constante, de los mismos sea acordada entre profesional y usuario, implicando siempre a este último en todo su proceso (Ibíd, 2008). Actualmente no se pueden establecer generalizaciones sobre la intervención que debe atravesar un sujeto o no, ya que, esta está completamente condicionada por el contexto social, ambiental y cultural en el que se interviene: mismas acciones en distintas situaciones generan muy diferentes resultados.

7. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Barendregt, C. (2008). La prevención desde la perspectiva de los programas de reducción de riesgos: algunas experiencias. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 265-284). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Bilbao, A. (2003). Sujeto, drogas y sociedad. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2(1) (pp. 35-52).

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández Gómez, C., de Souza Gil, E., & Llopis, J. J. (2001). Vida social de la cocaína. *Adicciones*, 13(suplemento 2) (pp. 61-104).

Castaño Ramírez, E. & Bernal Vera, M. E. (2006). Droga drogue (narcótico). *Cultura y Droga*, 11(13) (pp. 325-337).

Cavalcanti, L. (2008). Estrategias de prevención dirigidas hacia grupos étnicos de usuarios de drogas en un barrio de París. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 257-263). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Comas Arnau, D. & Arza Porras, J. (2008). Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 237-256). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Derrida, J. (1995). Retóricas de la droga. *Revista colombiana de psicología*, (4) (pp. 33-44).

<p>Díaz, A., Barruti, M., Doncel, C. (1992) <i>Les línies de l'èxit?. Estudi sobre la naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona.</i>, Ajuntament Barcelona: Lab. Sociologia. ICESB.</p>
<p>Digilio, P. (2010). Construcción de sentidos en el campo de las políticas sociales. In <i>En Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas</i>. Buenos Aires (Argentina): Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.. Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.</p>
<p>Escohotado, A. (2002). <i>Historia general de las drogas</i>. Madrid. Espasa.</p>
<p>Escohotado, A. (2004): <i>Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos</i>. Barcelona. Anagrama.</p>
<p>Funes, J. (2008). Drogas y adolescencia: dos iniciaciones simultáneas. In <i>Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias</i> (pp. 131-143). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.</p>
<p>Ibáñez, T. (1988). <i>El conocimiento de la realidad social</i>. Ed. Sendai.</p>
<p>Jáuregui, I. (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. <i>Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences</i>, 16(2).</p>
<p>Linnell, M. (2008). Publicaciones sobre reducción de riesgos para usuarios de drogas en Manchester. In <i>Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias</i> (pp.285-293). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.</p>

Luna-Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225) (pp. 21-44). [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(15\)30018-0](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(15)30018-0).

Martí, O. (2008). El fenómeno de la dependencia: su caracter poliédrico y su inserción en la dialéctica biología/cultura. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 57-68). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Massó, P. (2015). Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de drogas. *Salud colectiva*, 11(3) (pp. 381-399).

Mino, A. (2008) Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 305-339). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Nateras Domínguez, A. & Nateras Domínguez, O. (1994). El uso social de drogas: una mirada desconstruccionista. *Iztapalapa: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (35) (pp. 113-130).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe mundial sobre las drogas 2018*. UNODC.

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

del Olmo, R. (1989). Los Discursos Sobre la Droga. *Breve Biblioteca de Bolsillo*,

HISBOL, La Paz, Bolivia.

<p>Organización Mundial de la Salud & Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (1994). <i>Glosario de términos de alcohol y drogas</i>. Portal Plan Nacional sobre Drogas.</p> <p>https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Ministerio_de_Sanidad_y_Consumo_(2008)_Glosario_de_terminos_de_alcohol_y_drogas.pdf</p>
<p>Pere Martínez, D. & Pallarés Gómez, J. (2013). ¿Consumo de drogas o drogas de consumo? La influencia de la Sociedad de Consumo en los consumos de drogas. In <i>De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas</i> (pp. 39-54). Ed. Milenio.</p>
<p>Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. <i>Polis</i>, 4(2) (pp. 157-186).</p>
<p>R.A.E. (2021). <i>Droga</i> <i>Diccionario de la lengua española</i>. Diccionario de la lengua española. https://dle.rae.es/droga</p>
<p>Ralet, O. (2008). Condicionantes políticos y económicos: Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga. <i>Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre Drogodependencias</i> (pp. 39-47). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.</p>
<p>Ralón, G. (2010). Contexto sociocultural del fenómeno de las drogas. In <i>Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas</i>. Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.</p>
<p>Rodríguez, E., Megías, E., Megías, I. & Rubio, A. (2014) <i>Percepción social de los problemas de drogas en España</i>. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. FAD. Recuperado de:</p>

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/FAD_Percepcionsocial.pdf

Romaní, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona. Ed. Ariel.

Romaní, O & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). Adolescencia, juventud y drogas. In *Malestares y subjetividades adolescentes: una aproximación desde la salud mental colectiva* (pp. 79-144). Ed. UOC.

Ruiz Olivares, R., Lucena, V., Pino Osuna, M. J., & Herruzo Cabrera, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education* 2010, 2 (1) (pp. 25-37). Universidad de Córdoba.

Saiz Galdós, J. (2008). Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético. *Psychosocial Intervention*, 17(1) (pp. 61-74).

Salvador Llivina, T. & Martínez Higuera, I. M. (2008). Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo. In *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 219-235). Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, 14. Recuperado en 25 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100023&lng=es&tlng=en

Usó, J. C. (1996). *Drogas y cultura de masas*. Madrid: Taurus.

de la Villa Moral, M. (2005). Crítica psicosocial a la representación social de las drogas asociada a mecanismos de poder y control. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 1(1). Recuperado el 21 de abril de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80310101>

Villanueva, J. (2021, 18 noviembre). *El ser humano y las drogas: una historia de veneno y sanación*. Instituto de Bioética. Universidad Finis Terrae.

Recuperado de:

<https://bioetica.uft.cl/revista-altus/edicion-no-9-bioetica-y-drogas/el-ser-humano-y-las-drogas-una-historia-de-veneno-y-sanacion/>

W.H.O. (2019, 10 julio). Drugs. World Health Organization.

https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1