



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

**DE LA CRIMINALIZACIÓN A LA HUMANIZACIÓN: POLÍTICAS
DE DROGAS Y EDUCACIÓN SOCIAL**

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

**AUTOR: JAVIER GONZÁLEZ PASCUAL
TUTOR: JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ HUERTA**

Palencia, junio de 2024



RESUMEN

El consumo de drogas y las políticas implementadas para abordarlo son temas de gran controversia a nivel mundial. Las políticas prohibicionistas basadas en la criminalización han mostrado limitaciones significativas. Centradas en causas erróneas sobre la adicción y en enfoques de erradicación de las drogas, estas políticas lejos de reducir el consumo han contribuido a incrementar las problemáticas sociales. A su vez han demostrado su incapacidad para lograr la rehabilitación y la reinserción de las personas adictas. Políticas alternativas como la despenalización o la legalización de las drogas han resultado ser más efectivas en cuanto a la reducción de la violencia asociada al narcotráfico al mismo tiempo que proporcionan tratamientos más humanos con mayores tasas de reinserción y rehabilitación de las personas que padecen drogadicción.

La Educación Social desempeña un papel esencial tanto en la demanda de políticas alternativas como en la intervención con este grupo en riesgo de exclusión social. Estos profesionales actúan como agentes de cambio y apoyo trabajando directamente con las personas y las comunidades que se ven afectadas por el consumo de drogas. A través de perspectivas como el desarrollo comunitario y las acciones socioeducativas se muestran como profesionales indispensables en los equipos multidisciplinares que intervengan con este colectivo.

Palabras clave: Drogas, consumo de drogas, adicción, políticas sobre drogas, desarrollo comunitario y Educación Social.

ABSTRACT

Drug consumption and the policies implemented in order to deal with it are really global controversial issues. The prohibitionist policies based on the criminalisation have shown significant limitations. Since they are focussed on mistaken causes about the addiction and on approaches to eradicate drugs, these policies, far from reducing their consumption, have contributed to increase this social issue. In addition, they have proved to be powerless to achieve the rehabilitation and the reintegration of addicted people. Alternative policies such as decriminalisation or legalization of drugs have turned out to be more effective regarding the reduction of violence linked to drug trafficking as well as they provide more humane treatments with higher rates of reintegration and rehabilitation for the people who suffer from drug addiction.

Social Education plays a crucial role in the demand of alternative policies as well as in the intervention with this group of people at risk of social exclusion. These professionals serve as change and support agents working directly with people and communities affected by drug consumption. Thanks to points of views such as community development or social educational actions, they reveal themselves as essential professionals in multidisciplinary teams who interact with this collective.

Key words: Drugs, drug consumption, addiction, drug policies, community development and Social Education.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3.OBJETIVOS.....	7
3.1. Objetivo general.....	7
3.2. Objetivos específicos.....	7
4.METODOLOGÍA.....	7
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
6. ETIOLOGÍA DE LAS DROGAS.....	10
6.1. Historia y origen de las drogas.....	10
6.2. Principales causas del consumo de drogas y la adicción.....	12
7.CONTEXTO GENERAL DE POLÍTICAS PROHIBICIONISTAS.....	17
7.1 Acceso a sustancias, adicciones y sobredosis.....	18
7.2.Violencia y bandas criminales.....	21
7.3 Cárceles y diferencias sociales.....	24
8. POLÍTICAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS AL PROHIBICIONISMO.....	27
8.1. Despenalización de drogas en Portugal.....	28
8.2. Legalización de marihuana en Holanda.....	33
8.3. Legalización de marihuana en Uruguay.....	34
8.4 Programa de prescripción de heroína en Suiza y salas de venopunción.....	38
9.EDUCACIÓN SOCIAL Y SU PAPEL EN EL CONTEXTO DEL CONSUMO DE DROGAS.....	41
9.1 Cultura y desarrollo comunitario: el educador de calle en el contexto de consumo de drogas.....	45
9.2. Experiencias comunitarias: madres contra la droga en España.....	47
10.CONCLUSIONES.....	49
11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas tanto legales como ilegales es una práctica que efectúa una cantidad de población muy considerable a nivel mundial. Dentro las principales drogas lícitas encontramos dos sustancias que son las más consumidas, el tabaco y el alcohol. La OMS estima que cerca de 7000 millones de personas son consumidoras de tabaco con los conocidos efectos nocivos para la salud. Reportan que cerca de 2.3 billones de personas son bebedores actuales y recurrentes y que el alcohol es consumido por más de la mitad de la población en las regiones de América y Europa. En cuanto a las drogas ilícitas refieren que existe una prevalencia anual (personas que han consumido al menos una vez en el año anterior) del consumo de estas de 200 millones de personas. (ONUDD, 2022.)

Las estadísticas de mortalidad por el consumo de estas tres sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilícitas) que crean adicción revelan los siguientes datos. El número de muertes por año causadas por el tabaco es de alrededor de cinco millones, dos millones anuales causadas por el alcohol y aproximadamente unas 200.000 personas al año por consumo de drogas ilícitas. Cabe destacar que estos datos están relacionados únicamente con las muertes derivadas del consumo en sí de estas sustancias, sin contar las muertes u otras consecuencias de las drogas como las producidas por cárteles o bandas criminales o asuntos como la adicción. (ONUDD, 2022).

Más allá del consumo de drogas per se, se busca analizar e investigar acerca de cómo se plantea el consumo de drogas, qué cantidad de problemas sociales genera (en especial la adicción), cómo inciden las diferentes políticas sobre drogas en la sociedad, así como examinar si las medidas y tratamientos adoptados hasta hoy en día sobre las drogas están teniendo o no resultados efectivos en los países.

Desde la perspectiva de la Educación Social se proponen técnicas y acciones socioeducativas que han demostrado tener un papel importante en el consumo de drogas y en los programas de reinserción para los adictos. Considerando campos educativos y pedagógicos como el desarrollo comunitario o el educador de calle, se busca enfocar el fenómeno de la adicción y el consumo de drogas desde horizontes alternativos y esperanzadores.

2. JUSTIFICACIÓN

Al mostrarse el consumo de drogas y las consecuencias generadas por el mismo como uno de los principales problemas sociales que afectan a todo el mundo, se hace necesario realizar una revisión crítica acerca de las políticas y medidas que se están llevando a cabo para abordarlo. Desde el inicio las políticas sobre las drogas han tenido un carácter prohibicionista y de criminalización. Estas políticas tradicionales han resultado contraproducentes y han exacerbado problemas como la violencia asociada al crimen organizado, las sobredosis o la masificación de las cárceles. Siguiendo este patrón persecutorio de las drogas, los consumidores y adictos se han visto castigados constantemente, empujándoles a aumentar su consumo o a acabar en la cárcel; ambas medidas contradictorias en cuanto a la misión de su rehabilitación y reinserción social.

En este contexto aparece la Educación Social como instrumento crucial para encarar los desafíos asociados con el consumo de drogas desde perspectivas más efectivas y humanas. Analizar y proponer políticas basadas en la evidencia, como la despenalización o la legalización, que muestran tasas superiores en la reducción de la violencia y en el tratamiento y la reinserción de los adictos es una misión fundamental para las y los educadores sociales.

Estrategias socioeducativas de mano de estos profesionales pueden reducir significativamente el consumo especialmente entre los grupos más vulnerables entre los que destacan los jóvenes. Centrados en la intervención comunitaria a la vez que se proporciona una intervención individualizada para las personas que lo necesiten, los educadores sociales se posicionan como figuras de apoyo y agentes de cambio en la sociedad.

La posición única en la que se encuentran los educadores sociales gracias a la intervención directa con los individuos y las comunidades, forjando de este modo vínculos y relaciones sanas y mostrándose como un apoyo esencial, hace que alcancen posiciones que para otros profesionales e instituciones son imposibles de alcanzar. En el tratamiento con los adictos, así como en la intervención con los jóvenes, esta manera cercana de influir junto a acciones socioeducativas planificadas ha demostrado ser verdaderamente eficaz para reinsertar a las personas con problemáticas de consumo de sustancias y para reducir el consumo y daño asociado entre los más jóvenes.

Por todo ello es indispensable efectuar un estudio exhaustivo desde la Educación Social en el contexto del consumo de drogas y sus políticas relacionadas. Con este trabajo aparte de contribuir al conocimiento académico acerca de la temática, se busca también proporcionar pautas prácticas que mejoren las intervenciones y políticas actuales. Basados en la evidencia y en la efectividad de los y las educadores sociales se busca influir en la construcción de políticas más humanitarias y justas que concedan soluciones reales a las consecuencias del consumo de sustancias en nuestras sociedades.

3.OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

-Realizar una visión crítica desde la Educación Social acerca de las políticas de drogas mostrando el papel esencial de estos profesionales para abordar el contexto del consumo de sustancias.

3.2. Objetivos específicos:

-Conocer las verdaderas causas de la adicción y plantear intervenciones más eficaces para su prevención y tratamiento.

-Analizar y exponer las consecuencias de las políticas prohibicionistas frente a políticas alternativas como la despenalización o la legalización.

-Mostrar la eficacia del desarrollo comunitario, y en general, de la Educación Social para hacer frente a las problemáticas derivadas del consumo de drogas.

4.METODOLOGÍA

Para realizar este estudio se ha elegido una metodología bibliográfica debido a la necesidad de recopilar, analizar y sintetizar la información existente acerca del consumo de drogas. Este método es adecuado para alcanzar el objetivo general y los objetivos específicos establecidos en el trabajo. Dada la profundidad y la amplitud de la literatura científica y el conocimiento académico acerca del consumo de drogas y sus políticas, la metodología bibliográfica permite hacer un análisis acerca de perspectivas y consecuencias acerca de las medidas llevadas a cabo hasta hoy en día. Esta metodología se ha ejecutado en los siguientes 3 pasos:

1. Búsqueda de información: se realizaron búsquedas profundas en las bases de datos académicos de Dialnet, Google Scholar y Scopus. Para ello se utilizaron las palabras claves del trabajo como: consumo, drogas, adicciones, prohibicionismo, legalización, despenalización, Educación Social en el contexto del consumo de drogas...

2. Criterios de selección: relevancia, actualidad y credibilidad. En cuanto a la relevancia se seleccionan las fuentes que más se relacionan con los objetivos y más relación guardan con el tema. La principal fuente de investigación para este trabajo ha sido “Tras el Grito” de Johann Hari por ser fuente inspiradora para mí a la vez que una de las mayores obras de nuestra época en cuanto al análisis del consumo de drogas y las consecuencias de sus políticas. Se intenta dar prioridad a publicaciones o datos actuales, aunque se hacen necesarios estudios clásicos para el contexto histórico. Respecto a la credibilidad se seleccionan artículos y libros de autores o entidades con autoridad y prestigio buscando realizar un análisis crítico y destacando de nuevo el reconocido libro de “Tras el Grito”.

3. Lectura crítica y análisis: cada artículo o libro de referencia se ha leído y analizado de manera crítica para reconocer sus principales contribuciones y hallazgos, tomando nota de los más relevantes y oportunos para el trabajo. Se organiza la información adquirida en los temas y subtemas definidos en la estructura del trabajo.

Las limitaciones encontradas hacen referencia a la dificultad para encontrar datos recientes entre los años más afectados de la pandemia (2020-2023) por limitaciones en los informes, así como informes que no corresponden con la realidad cotidiana debido a esta situación anómala. También se observa que los estudios acerca de las consecuencias de diferentes políticas necesitan de transcurso en el tiempo para obtener resultados reales ya que son medidas que necesitan establecerse y permanecer cierto tiempo para analizar su impacto. Cabe matizar que el consumo de drogas y sus consecuencias derivadas, por lo general, permanecen bastante estables en el tiempo (quizá por la falta de implantación de políticas alternativas) por lo que, aunque algún estudio no sea tan reciente, nos puede reflejar ideas útiles.

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para comenzar a hablar de drogas y drogodependencia primero debemos tener claros esos mismos términos, así como el fenómeno de la drogadicción que es la consecuencia más negativa en cuanto al consumo de drogas nos referimos, cuestiones que vamos a conceptualizar seguidamente.

Según la OMS el término de droga “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”. (OMS, 2009). Del mismo modo define el consumo de drogas como “consumo de sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización con fines no médicos y no científicos, a menos que se indique otra cosa. (UNODC, 2022).

La OMS entiende por dependencia un “ estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir”. Aplicado a las drogas como es el caso, y ya referido a la drogodependencia, el término implica “ un conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye un deseo intenso de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.” (UNODC, 2022).

En cuanto hacemos alusión a la adicción, la RAE define la misma como dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico; o la afición extrema a alguien o algo. Remitiendo a la adicción a drogas, esta se caracteriza por un consumo abusivo, persistente y repetitivo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas que provoca en el consumidor incluyendo una pérdida de control sobre esta conducta. ((Martínez-González, 2022).

El DSM-IV-TR (2000) recoge en sus criterios diagnósticos que, las personas con adicción a drogas son conscientes de los problemas causados por su consumo y aun así continúan consumiendo, presentando un deseo constante o esfuerzos ineficaces de controlar o interrumpir el consumo. Este mismo criterio diagnóstico se encuentra en el DSM-5-TR (2022) dentro de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

De este modo podemos definir la dependencia como un estado prolongado o permanente en el consumo de drogas que por lo tanto se establece como un hábito con consecuencias dañinas para la salud y la adicción como un trastorno o enfermedad asociada al consumo de dichas sustancias, en la cual aun conociendo sus efectos adversos se continua con dicho consumo. Así pues, nos centraremos en hablar de adicción o drogadicción refiriéndonos a la enfermedad y buscando sus causas y consecuencias sobre los individuos.

Cabe destacar que “los estudios sugieren que las raíces neurobiológicas de los trastornos por uso de sustancias en algunas personas pueden verse en sus comportamientos mucho antes del inicio del uso real de sustancias (p. ej., niveles más bajos de autocontrol pueden reflejar deficiencias en los mecanismos inhibidores del cerebro); la investigación también sugiere el impacto negativo del uso de sustancias en sí mismo en los mecanismos inhibidores del cerebro. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022).

A lo largo de estas páginas vamos a desglosar las diferentes causas y consecuencias que tiene el consumo de drogas, tanto de uso responsable como del abuso de estas sustancias; y cómo el tipo de políticas en lo relacionado a las drogas puede influir notablemente en las consecuencias del uso de estas.

6. ETIOLOGÍA DE LAS DROGAS

Cuando abrimos un debate tanto político como social acerca de un tema que se extiende y en este caso afecta a tantas personas; pues claro está que tanto el uso como el abuso de sustancias está totalmente instaurado en nuestras sociedades, las primeras preguntas que debemos hacernos son: ¿Cuándo aparecieron estas sustancias en nuestras vidas? ¿Cuáles son los usos que se le han dado a lo largo de la historia evolutiva? ¿Somos la única especie que las consume? ¿Podemos de manera sencilla deshacernos de ellas? A continuación, intentamos dar respuesta a estas preguntas.

6.1. Historia y origen de las drogas

Abejas que recolectan néctar adormecedor de determinadas orquídeas caen al suelo sufriendo un sopor temporal y después vuelven a por más; pájaros que por un efecto similar al alcohol por pegarse atracones de ciertas bayas que producen dicho efecto salen volando a toda velocidad; gatos que inhalan plantas y luego empiezan a jugar con objetos

imaginarios; vacas que rumiando ciertas semillas se sacuden intranquilamente, dan vueltas y vuelven dando tumbos a comer más; o elefantes que con toda intención se embriagan con frutas fermentadas, son algunos ejemplos de animales que buscan estas plantas alucinógenas de manera tan entusiasta como ausente de finalidad práctica. Muchos animales a lo largo de la historia han ido en busca de este tipo de plantas pese a la toxicidad que produce su ingesta. (Siegel, 2005, p. 14).

El psicofarmacólogo y profesor Ronald K. Siegel sostiene que “en todos los países y en prácticamente todas las clases de animales encontró ejemplos de consumo de drogas, fuera de carácter accidental o deliberado”, considera que el deseo de alterar la conciencia es dentro del ser humano el cuarto impulso básico seguido de la necesidad de alimentarnos, saciar la sed y el apetito sexual, en términos biológicos es algo inherente a nuestra esencia. Es algo que nos proporciona fases o estados de liberación y descanso. (Siegel, 2005, p. 14).

No ha existido una sola sociedad a lo largo de la historia donde los humanos no buscaran ese tipo de sensaciones inducidas por las drogas. En el año 2000 a.C los habitantes de los Andes fumaban hierbas alucinógenas mediante pipas que fabricaban. Ovidio garantizaba que los momentos de éxtasis inducidos por estas sustancias eran un regalo de los dioses. Desde el 700 d.C los chinos cultivaban opio. En Grecia, cuna de la civilización occidental, se celebraban rituales en el templo de Eleusis semejantes a una fiesta con drogas a gran escala durante dos siglos a la que asistían todos los griegos. (Hari, 2015).

Los alucinógenos han sido utilizados desde la antigüedad y aún se emplean por algunas culturas tradicionales para tener experiencias místicas. El peyote y el psilocibe son las sustancias más usadas en estas culturas y el vínculo histórico-religioso que mantiene en los rituales es una de las principales características de estas poblaciones, estableciéndose como una práctica adaptativa y de cohesión grupal. (Jay. M, s.f.).

El cannabis y en especial el cáñamo índico o indio del que se obtiene el hachís y la marihuana que produce efectos hipnóticos, es una variedad de cáñamo narcótica que se presenta libremente en la naturaleza debido a simples condiciones climatológicas en las regiones de África y Asia. Era ya conocida en el imperio mesopotámico, siglo XV a.C donde se utilizaba como incienso. El cultivo de este cáñamo remite hacia el 4000 a.C en China y desde ese momento y expandiéndose a regiones de todos los continentes ha estado presente en muchos aspectos importantes de la vida y de la sociedad. Utilizado

para acercarse a Dios, observar el cosmos, unirse y fomentar la cohesión en un colectivo, huir del estrés o aliviar el dolor entre otras funciones; el fuerte componente cultural de esta sustancia es indudable. (Molina, 2008).

En 1820 se aísla la cafeína del café y en 1828 la nicotina del tabaco. Además de la morfina, en 1832, se encuentra la codeína en el jugo de la amapola. Una década después, en 1842, se encuentra la teobromina, una droga psicoactiva única que contiene el chocolate y en 1860 se revela el estimulante más lucrativo y fuerte conocido hasta el día de hoy, la cocaína, procedente de la hoja de coca. (Jay, M, s.f.).

Observados algunos de los innumerables ejemplos en los que tanto animales como humanos consumen este tipo de sustancias a lo largo del desarrollo de la historia, sumado a los incalculables consumidores actuales de cafeína, alcohol, cannabis, cocaína o cualquier medicamento o fármaco cuyos principios activos son estos elementos (en especial los opiáceos), nos surge una pregunta de vital importancia; ¿podemos eliminar las drogas de la Tierra o debemos aprender a vivir con ellas?

6.2. Principales causas del consumo de drogas y la adicción

Antes de plantearnos las principales cuestiones que se nos vienen a la cabeza acerca del consumo de drogas, como podría ser su verdadero efecto nocivo para la salud, qué cantidad de personas consumen o cuáles son las drogas más consumidas debemos ciertas preguntas previas: ¿Por qué los seres humanos consumimos drogas? ¿Qué porcentaje de personas que consumen drogas acaban convirtiéndose en adictos? ¿Por qué unas personas pueden consumir de una forma responsable o que no genere grandes desajustes en sus vidas y en cambio otros caen en la adicción?

Analizada la historia de las drogas y observada su importancia dentro de diferentes contextos culturales a lo largo de los años podemos que decir que una de las causas para consumir drogas es esa: la sociedad en sí misma a través de un componente cultural hace que se nos incite al consumo de este tipo de sustancias para integrarnos, cohesionar más el grupo o realizar ciertas tradiciones instauradas en nuestras sociedades. Ahora bien, busquemos más causas que nos lleven a consumir drogas.

Si nos paramos a pensar sobre el consumo de cualquier tipo de droga, alguna de las causas por las que se llega al mismo pueden ser la búsqueda de felicidad y paliar o sobrellevar

mejor el dolor; y esto al fin y al cabo se reduce a la química de nuestro cerebro y en particular a las endorfinas.

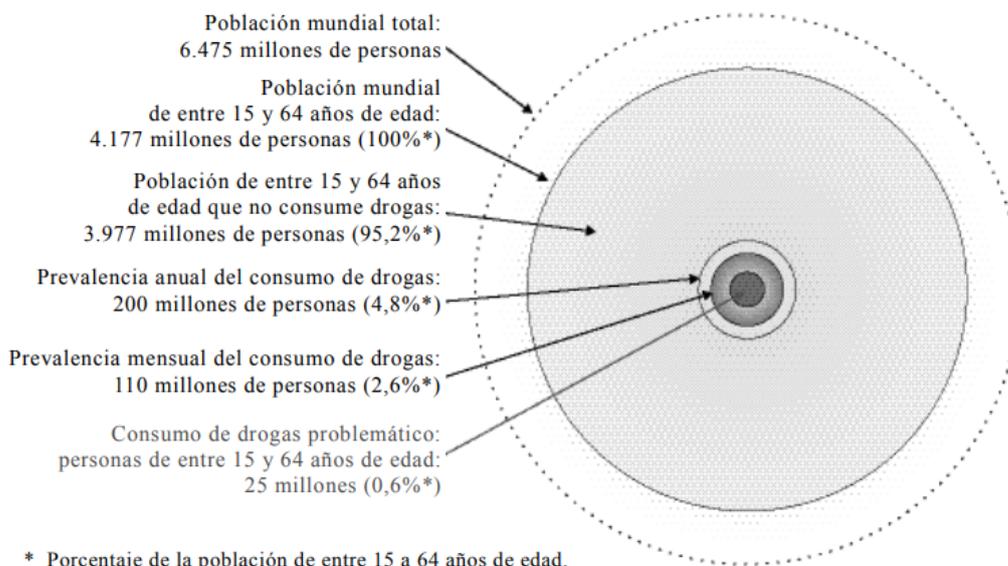
Según Ronald. K. Siegel ir en contra del consumo de drogas es ir en contra de nuestro propio cuerpo, de la propia composición química del cerebro. El cerebro produce endorfinas, y lo hace en situaciones de miedo y estrés. Las endorfinas aparecen de manera natural en el cerebro y regulan el estado o sensación de felicidad. Son compuestos químicos que actúan de manera similar a como lo hace la morfina. En las ocasiones que nos sentimos eufóricos es debido a cambios químicos en el cerebro por causa de las endorfinas, cambios, curiosamente, iguales a los que se producen cuando consumimos las plantas, (las que se usan para fabricar drogas) cuya estructura molecular es idéntica. Plantas y humanos producimos el mismo componente. (Hari, 2015).

La mayoría de las personas que utilizan drogas lo hacen porque sacan algo beneficioso de ellas. Se podría decir que la gran parte de consumidores controlan el consumo de drogas buscando: conseguir la energía suficiente para acabar un proyecto, mantenerse una noche entera sin parar de bailar, dormir como un lirón o alcanzar ciertas partes del cerebro a las que es imposible llegar en un estado normal. (Hari, 2015).

Es decir, el consumo más frecuente es para la búsqueda de estas experiencias positivas y es la razón por la que muchas personas acuden al consumo de estas sustancias. Un ejemplo claro de esto es el consumo de alcohol, la primera motivación es un disfrute personal, no dañarnos o caer en el alcoholismo o la violencia. Esto es lo que se denomina un consumo responsable y es la regla común en el uso de sustancias. (Hari, 2015). Surgen por tanto las siguientes preguntas: ¿Qué porcentaje de personas se convierten en adictos? ¿Por qué unas personas se convierten en consumidores problemáticos y otras son capaces de hacer un uso responsable de las drogas?

Según datos de las Naciones Unidas, la prevalencia anual, refiriéndose a las personas que por lo menos han utilizado una vez las drogas ilícitas en el año anterior al estudio, los consumidores de estas drogas que son problemáticos constituyen menos del 10% del conjunto de consumidores. El total de estas personas ronda los 25 millones en todo el mundo, representando un 0.6% de toda la población adulta del planeta. (ONUDD, 2007).

Figura 1
Consumo de drogas ilícitas a nivel mundial (2005/2006)



Fuente: ONUDD, Informe Mundial sobre las Drogas, 2007.

Este porcentaje de que el 90% de consumidores de drogas ilícitas las utilizan de un modo no problemático: son personas con sus trabajos, personas que no puedes reconocer a primera vista que son consumidores de drogas; parece lógico en nuestro imaginario, pero está claro que no es lo que nos han enseñado a pensar sobre las drogas. Todos conocemos a muchos amigos que han probado el cannabis o se han tomado una cerveza o incluso realizan estas prácticas con cierta frecuencia, pero no han caído en la adicción o el alcoholismo; del mismo modo que alguien que prueba alguna droga una noche de fiesta no se convierte en drogadicto. (ONUDD, 2007).

Entonces aquí entra el debate y lo aprendido sobre las drogas: es tan fuerte el enganche químico, ¿qué si consumes con cierta frecuencia, caerás directamente en la adicción? Este supuesto enganche químico tan fuerte que nos han vendido se puede ver desmantelado de forma sencilla y rápida en el ámbito de la medicina. Si las drogas por sí solas causan adicción, tampoco podrían ser suministradas tan a la ligera para tratar ciertas enfermedades.

La evidencia médica ha repetido y mostrado que opioides prescritos para el dolor de cáncer, incluso por largos periodos de tiempo, no generan adicción excepto en una minoría de población susceptible. El doctor Gabor Maté, reconocido experto en

adicciones ha tratado durante años a pacientes con cáncer terminal con extraordinarias dosis de narcóticos (dosis mucho más elevadas que las soñadas por los adictos más enganchados que ha atendido) y ha concluido que incluso en estas situaciones, las dosis de morfina se pueden suspender rápidamente. Un estudio de la *Canadian Journal of Medicine* en 2006 realizado a seis mil personas que recibieron narcóticos para el dolor crónico que en principio no era de origen canceroso, concluyó con que no existe un riesgo significativo de adicción; cuestión que ratificaban todos los estudios que relacionaban la adicción con el uso de narcóticos para aliviar el dolor. (Maté, 2010).

Las directrices para el tratamiento del dolor crónico no oncológico de la *Canadian Medical Association Journal*, muestran que la terapia crónica con opioides (tratamiento durante más de tres meses) se asocia con un riesgo de adicción del 5,5% y, a dosis muy bajas (< 20 MED/día). (Canadian Medical Association Journal [CMAJ], 2017).

Observamos los datos y las evidencias médicas y la respuesta es clara, la mayoría de las personas no se hacen adictas a las drogas por el simple compuesto químico de las sustancias; pues de lo contrario no se podría mantener ese porcentaje tan bajo de consumidores problemáticos y las recomendaciones médicas frente al uso de estas sustancias en diversos tratamientos contra el dolor no serían avaladas.

Pons (2008) indica que es necesario distinguir las definiciones de drogodependencia y los diferentes niveles de consumo de sustancias. El “consumo” hace referencia a la ingesta o toma de una sustancia en una circunstancia específica. Por otro lado, el consumo abusivo de sustancias se refiere al uso de una sustancia determinada en una cantidad que excede los límites de tolerancia del cuerpo para asegurar la salud y que se repite con cierta frecuencia. Por lo cual se entiende que el consumo de drogas por sí mismo no siempre desencadenará una adicción. De hecho, como hemos corroborado este riesgo es mucho menor del que tenemos en nuestro imaginario.

Del mismo modo, Mazo, Botta, Lahens, Perelló y González (2008) señalan que la drogodependencia es un estado caracterizado por:

- El deseo dominante e irresistible de obtener las drogas de cualquier forma para su consumo constante.
- Una tendencia a generar el síndrome de tolerancia a dicha sustancia.

- Desarrollar dependencia física-psíquica de la cual nace el síndrome de abstinencia tras la retirada de la sustancia.

Por último, nos quedan dos preguntas claves, si por lo general las drogas no producen una adicción por su composición química, ¿por qué se convierten un 10% de los consumidores en adictos? ¿Existen causas o patrones comunes en las personas que desarrollan esta patología? Si las drogas no son un componente que constituyan una adicción por sí mismas, habrá que buscar los comportamientos que hacen a una persona susceptible a una adicción.

El Doctor Gabor Maté trabajó en el Portland Hotel en Vancouver donde se creó una iniciativa para tratar y dar un lugar a los drogadictos en vez de perseguirlos y encarcelarlos de manera masiva. Allí se les daba un hogar, atención médica y un apoyo social acompañado de un trato afable lleno de esperanzas en comprender su problema y enfocarse en su recuperación. Allí se propuso encontrar las causas que llevaron a los adictos más enganchados de la zona a acabar en esta situación. Pues bien, Gabor constató que casi todos sus pacientes tenían en común infancias con trastornos graves y marcadas por abusos sexuales o violencia. (Hari, 2015).

Un grupo de científicos estadounidenses realizaron un estudio exhaustivo acerca de los efectos a largo plazo sufridos por traumas en la primera etapa de la infancia. En este estudio de experiencias adversas en la infancia se analizaban diez sucesos traumáticos como la muerte de un familiar o agresiones físicas y sexuales en el desarrollo de un niño y su impacto a lo largo de los años. Descubrieron que la probabilidad para convertirse en drogadicto en la edad adulta se multiplica por entre dos y cuatro veces por cada suceso traumático que sufre un niño. Los sujetos que sufren cinco o más experiencias adversas en la infancia tienen un riesgo de entre siete y diez veces mayor de abusar de sustancias en relación a quien no sufrió ninguno. Remarcaron que “estas estimaciones eran de una magnitud rara vez vista en epidemiología o en salud pública”. (Maté, 2010).

Los investigadores de Adverse Childhood Experiences (ACE) concluyeron que dos tercios de las drogas intravenosas pueden ser atribuidas a traumas y abusos sufridos en la infancia. Se ha encontrado que las poblaciones de personas que abusan de sustancias cumplen con los criterios para el trastorno de estrés posttraumático. Aquellos que experimentaron abuso físico y sexual tenían al menos el doble de probabilidades de consumir drogas que aquellos que experimentaron cualquiera de los dos abusos por sí

solos. El consumo de alcohol tiene un patrón similar: aquellos que sufrieron abusos sexuales tienen una probabilidad de tres veces mayor de consumir alcohol en la adolescencia frente a quienes no lo sufrieron. Por supuesto, no todos los adictos han sido sometidos a traumas infantiles, aunque la mayoría de los usuarios más enganchados a las inyecciones lo eran, al igual que no todos los niños gravemente abusados crecen y se convierten en adictos. (Maté, 2010).

Como muchos adictos a las sustancias refieren, se automedican para calmar su dolor emocional. Pero más allá de eso, su desarrollo cerebral se ve alterado por los traumas. Los sistemas subvertidos por la adicción (el cerebro límbico o emocional, los circuitos de opioides y dopamina, las áreas de control de impulsos y el aparato de estrés) no pueden desarrollarse de manera normal en tales circunstancias. (Maté, 2010). Es obvio que no existe una sola causa reducida a explicar el fenómeno de la adicción, pero como los estudios y las experiencias muestran, los traumas, abusos y la violencia sufrida en edades tempranas son algunas de las principales causas para explicar este trastorno.

7.CONTEXTO GENERAL DE POLÍTICAS PROHIBICIONISTAS

La historia del uso de drogas y en especial el uso de sustancias psicoactivas para encontrarse con uno mismo o con entes espirituales o; como un agente de socialización es casi tan larga como la historia propia del ser humano. Las drogas naturales o sintéticas, duras o blandas, legales o ilegales; han estado en compañía de la humanidad desde tiempos inmemoriales. Sí de por sí las sustancias no tienen los efectos perjudiciales y demonizados que la sociedad les ha atribuido y convivimos con ellas desde tiempos arcaicos; lo que tenemos que plantear es cómo la sociedad y la gente trata el uso de estas sustancias y de cómo se han construido esos prejuicios e imaginarios hoy existentes. (Cuerno Clavel, 2012)

Durante los últimos 100 años, empezando en lo que se puede considerar el país primitivo en cuanto a nación avanzada; Estados Unidos, y tomando sus posturas posteriormente la Europa occidental, las medidas y políticas de drogas han sido firmes e intransigentes. Además, debido al poder e influencia de los Estados Unidos durante el siglo XX, sus políticas antidrogas se extendieron por todo el mundo. Las políticas antidrogas adoptadas durante este siglo han sido de criminalización, abolición y demonización de las drogas. Por lo general no importaba de que sustancia se tratara ni la cantidad o frecuencia con la

que se consumiese; las drogas eran perseguidas y castigadas simplemente por ser sustancias satánicas. (Hari, 2015).

Aun así, a lo largo de estos cien años hemos observado la legalización o no de ciertas drogas como el alcohol y tenemos experiencias piloto de medidas alternativas a la prohibición así pues durante estos párrafos ya no vamos a hablar de las consecuencias de las drogas, sino de las consecuencias de las políticas en lo referente a las drogas; empezando por las políticas que se rigieron por todo el mundo y durante más tiempo, las políticas prohibicionistas.

7.1 Acceso a sustancias, adicciones y sobredosis.

Un estudio realizado por la Fundación NORML (corporación sin ánimo de lucro establecida en 1997 para educar mejor al público acerca de la marihuana) en 1999 concluyó que los americanos tienen tasas de consumo de marihuana del doble frente a los holandeses con los siguientes contextos tan diferentes. Las leyes holandesas permiten a los ciudadanos mayores de 18 años comprar y consumir marihuana en coffeshops regulados por el gobierno mientras que la persecución y prohibición del uso de esta es muy dura en Estados Unidos. (NORML, 1999).

Los estudios mostraron que en Holanda un 15.6% de personas mayores de 12 años han probado la marihuana, pero de ellos; un 4,5% reporta haberla usado en el último año y tan sólo un 2.5% dice que ha usado esta droga durante el último mes. Por el contrario, un 32.9% de los americanos admiten haber probado la marihuana, de ellos; un 9% la han usado el último año y aproximadamente un 5% usaran la marihuana mensualmente. El estudio financiado por el ministerio de sanidad y conducido por la Universidad de Ámsterdam y la Oficina Central de Estadísticas (documentos oficiales del consumo nacional de marihuana) determinó que “ políticas represivas con la marihuana como en Estados Unidos no implican necesariamente resultados menores en el consumo de drogas. La disponibilidad de drogas no es un factor determinante para los niveles de consumo de drogas en un país.” (NORML, 1999).

Allen St. Pierre, director ejecutivo de la fundación NORML, refiere “estos hallazgos ilustran que la criminalización de la marihuana hace poco, si es que hace algo, para desalentar el consumo.” Datos previos verificados por el Instituto Nacional Holandés de Salud y Adicciones (NIHA) determinaron que los adolescentes holandeses consumen

marihuana a tasas significativamente más bajas que los adolescentes estadounidenses, reportando que un 21% de los primeros admiten haber probado la droga frente al 45% de los adolescentes de los Estados Unidos. (NORML, 1999).

Para entender también el acceso a los diferentes tipos de drogas y en especial, el acceso que tienen nuestros jóvenes a adquirir las mismas, plasmamos la siguiente historia y entrevista con un policía llamado Fred Martens, un infiltrado cuya misión era atrapar a todos los camellos posibles. Fred era un policía que frecuentaba un aparcamiento de un centro comercial para intentar comprar marihuana, heroína o cualquier tipo de droga y pasar a arrestar al poseedor. De repente un día se le acercó un niño de unos doce años y le rogó que le haga un favor; que le compre una botella de vino en la licorería de la esquina. Fred rápidamente le dio una patada en el culo y le echó del lugar. (Hari, 2015).

Volvió al aparcamiento a comprar algo de mercancía para arrestar al siguiente camello y justo ahí tuvo una revelación. Se dijo a sí mismo: “Este chico me pide que le compre alcohol cuando podría hacerse con la droga que quisiera en este mismo aparcamiento y sin necesidad de mi ayuda. ¿Qué está mejor regulado, el alcohol o las drogas que se venden en este aparcamiento?”. Este descubrimiento le provocó dudas durante años acerca de su trabajo y las políticas antidrogas hasta que al final, terminó apoyando la legalización. (Hari, 2015).

Vista la historia de Fred si pensamos en, por ejemplo, los colegios, está claro que no hay nadie a la salida esperando para vender a los jóvenes Jack Daniels o Bourbon, pero en cambio sí podemos pensar que hay tipos vendiendo pastillas y hierba. Si nos planteamos ¿por qué? La respuesta es clara. En nuestras culturas quienes venden alcohol están obligados a no suministrárselo a menores de edad y tienen fuertes alicientes para ello, pues del contrario pueden perder su permiso de venta, perder su negocio o enfrentarse a multas e incluso penas de prisión. Por el otro lado nos encontramos con los camellos que tienen un gran incentivo en los más jóvenes, pues no pueden adquirir ninguna droga de manera legal (ni alcohol ni tabaco) y además legalmente son como cualquier otro cliente. Si a esto le sumamos su edad crítica para la experimentación y el inicio del uso de sustancias convertimos a nuestros jóvenes en el cliente perfecto para los camellos. (Hari, 2015)

Si hablamos de consecuencias del uso de drogas, alguna de las principales y más fuertes son las adicciones y las sobredosis. Pero como hemos dicho anteriormente lo que vamos

a analizar ahora es cómo influye una política prohibicionista en el aumento o descenso del número de adicciones y sobredosis. Analizaremos por tanto la adicción y la sobredosis de manera separada, aunque está claro que un aumento en el número de adictos puede llevar a un aumento en el número de sobredosis, en lo referido a la política de drogas.

Como examinábamos anteriormente, la adicción responde en su mayoría a causas psicosociales o por decirlo de otro modo, responde a un dolor o a una vida marcada por traumas o deficiencias graves en la infancia o adolescencia. Por lo que centrarnos en las sustancias y en el consumo en sí tiene poco sentido si queremos hablar de adicción y siendo sus causas tan variadas y difíciles de abordar, nos vamos a enfocar en qué hacemos con nuestros adictos con las políticas que los persiguen y atacan constantemente y si prohibir las sustancias se traduce en un menor número de adictos.

A cualquiera se le pasa por la cabeza la idea de que, si hay más personas tomando drogas porque están legalizadas, habrá también más adictos por nuestras calles. Durante la Ley Seca se observó un descenso del número de personas que tomaban alcohol y se registraron un menor número de casos de alcoholismo. Por otro lado, en Portugal se observó que tras la despenalización se registró un aumento en el número de consumidores, pero descendió la adicción de manera sustancial, así como su rehabilitación posterior. Ambas reducen la adicción, aunque la alternativa de Portugal de una manera mucho más significativa y eficiente. La diferencia está en cómo se ve y cómo se trata al adicto. El castigo (meter en prisión, avergonzar a la persona, hacer que nadie la contrate...) hace caer al consumidor en la adicción. (Hari, 2015).

Si cogiéramos todos los fondos destinados a la penalización del consumo (procesos judiciales, intervenciones policiales, manutención en cárceles...) y los invirtiéramos en ayudar a las personas a buscar un trabajo o conseguir una vivienda es probable que muchas de las personas adictas acabaran abandonando las drogas y así sucedió en Portugal. Al revés pasó tras la legalización del alcohol en Estados Unidos, se obtuvieron grandes ingresos debido a los impuestos de estas bebidas, pero no se invirtieron en ayudar a los alcohólicos ni en educar a los jóvenes acerca de los peligros del consumo de alcohol. (Hari, 2015).

Pasamos al siguiente punto, ¿qué hay de las sobredosis? Al igual que nos pasa con la adicción, el planteamiento podría ser el mismo, si existen más personas consumiendo es más probable que alguien acabe tomando una dosis que sea letal. Sin embargo, existen

dos razones para pensar lo contrario y durante estos años y observando las consecuencias o no de la prohibición, se nos ha demostrado lo contrario.

El primer motivo es que, si estamos fuera de un comercio normal y regulado, nadie sabe que está realmente comprando y menos si nuestro vendedor es un camello o mafioso cuya misión es sacar el máximo beneficio sin importar la salud de los clientes. Imaginemos por un momento entrar en un bar y pedir “alcohol” y que nos sirvieran cualquier mejunje sin saber ni si quiera la graduación de este. Podríamos tomar un litro de cerveza o un litro de whisky sin ni si quiera saberlo y mucho menos intentar pedir explicaciones. La probabilidad de intoxicarnos o de que nos diera una sobredosis es mucho mayor que si sabemos lo que estamos consumiendo. (Hari, 2015).

La segunda razón es lo que se denomina ley de hierro de la prohibición. Hay que recordar y como parece lógico que cuando se prohíbe una sustancia es mucho más difícil transportarla, así que los traficantes buscan obtener el mayor efecto y beneficio posible utilizando el menor espacio posible. De este modo durante la Ley Seca se traficaba con aguardiente y no con cerveza, pues conseguir un efecto embriagante con la última necesita de tres o cuatro litros mientras que con un litro de aguardiente lo tienes hecho. De igual forma cuando se derogó la Ley Seca, la cerveza volvió a ser la bebida más consumida por los americanos. El prohibicionismo empuja a obtener exclusivamente las formas más duras de las drogas lo cual incrementa gravemente las posibilidades de sufrir sobredosis. (Hari, 2015).

Siguiendo el mismo patrón que la cerveza, cabe esperar que si se legalizan las drogas aumente la gente que fume porros más suaves, pero no cabe esperar que la gente se inyecte heroína hasta la muerte.

7.2. Violencia y bandas criminales

Para entender el alcance de las políticas prohibicionistas en relación a las drogas no podemos olvidarnos de otras de sus implicaciones directas más impactantes, trascendentes y crueles en nuestras sociedades: el aumento y la persistencia de la violencia y las bandas criminales a lo largo de todo el mundo. Para ello explicaremos las consecuencias y bandas criminales durante la Ley Seca entre 1920 y 1933, paralelismos prohibicionistas en España y datos recientes en cuanto a cifras de asesinatos y principales

cárteles de la droga en México. Recordemos que todas estas consecuencias no son debido a la existencia de drogas o al consumo de estas; sino a las políticas que se toman.

El 17 de enero de 1920 nace la conocida “ley seca” que prohíbe la elaboración, venta o tráfico de cualquier bebida embriagante en los Estados Unidos. Las consecuencias de semejante norma son brutales e inhumanas y al poco tiempo de su instauración todo el mundo es consciente de las mismas. En Nueva York se pasa de 15.000 bares legales en 1919 a unas 32.000 tabernas clandestinas que se calculaban por el año 1921 mantenidas principalmente por los sobornos realizados a policías y responsables políticos; la corrupción estaba conociendo una de sus eras más exitosas. Las agrupaciones criminales son omnipotentes y surge el fenómeno de los gangsters para controlar el mercado. “Familias” como la de Jim Colosimo o la de Alphonse Capone luchan para hacerse con el contrabando de alcohol y comienza el despiadado espectáculo de asesinatos por sorpresa, desapariciones constantes y venganzas continuas a sangre fría. (Cuerda Riezu, 1994).

Con el tiempo y el poder, la banda dominante obliga a la apertura de nuevos mercados donde seguir lucrándose a través de la violencia y amplía objetivos de actuación (atracos a bancos, acceso a la política...) Hans Magnus Enzensberger en su *Política y delito* analiza sus efectos y expone: “El primer decenio de la prohibición arrojó el balance siguiente: medio millón de detenciones; penas de prisión por un total de treinta y tres mil años; dos mil muertos en la guerra del aguardiente de los gangsters; y treinta y cinco mil víctimas de intoxicación por alcohol. (Cuerda Riezu, 1994).

Los paralelismos entre las consecuencias de la ley seca y sucesos ocurridos en España pueden ser reveladores. Cambiemos el alcohol por drogas; la ley seca por los artículos del Código Penal español que prohíben del mismo modo otras sustancias; las muertes a balazos por muertes por droga adulterada o con excesiva pureza o muertes derivadas del SIDA; cambiemos intoxicación etílica por toxicomanía o drogodependencia. ¿Qué diferencia existe entre la prohibición del alcohol en Estados Unidos y la prohibición de otras sustancias en nuestro país? Ninguna. Del mismo modo que la única diferencia entre Al Capone y Manuel Charlín o Laureano Oubiña es la diferencia de tamaño de mercado y la transcendencia que han dejado a lo largo de la historia; pues sus actuaciones, violencia, asesinatos y crímenes son los mismos. (Cuerda Riezu, 1994).

La enseñanza que obtenemos, por curiosa que parezca, es que algunas leyes son criminógenas, es decir, que favorecen la criminalidad, provocando más delitos de los que evitan. Cuando algo es difícilmente controlable por los instintos humanos, como es el impulso o la necesidad que sienten los mismos por consumir drogas, responde esto a patrones socioculturales o no, la prohibición absoluta solo plantea alternativas y medidas suculentas para los mafiosos que conseguirán la distribución y la puesta en el mercado de manera violenta y desregularizada. (Cuerda Riezu, 1994).

Al igual que pasó con las bandas de traficantes de alcohol desde el inicio de la ley seca en 1920 hasta su derogación en 1933, el negocio y la lucha de la guerra contra las drogas seguía en su auge, sobre todo en el país de México, especialmente en la urbe de Ciudad Juárez, que se convierte en la ciudad más mortífera de la Tierra. Pero esta vez el legado dura muchos años más e incluso hoy en día se siguen viendo las consecuencias de los cárteles en este país. No es casualidad que este lugar haya sido elegido para presenciar los asesinatos más crueles y es debido a su frontera entre Ciudad Juárez, México y El Paso, Estados Unidos. Por esta zona pasa el 90% de la cocaína consumida anualmente en los Estados Unidos. (Hari, 2015).

Los cárteles mexicanos de la zona reciben entre 19.000 y 29.000 millones de dólares anuales solamente de la venta de drogas en Estados Unidos, sin contar el resto de países. Controlar este lugar es de vital importancia y es por lo que la violencia entre cárteles, la violencia entre policía y cárteles y en definitiva toda la violencia relacionada con el narcotráfico se hace incalculable. Desde que se inició en el 2006 con el presidente Felipe Calderón la lucha contra los cárteles y seguido por el presidente Enrique Peña Nieto el gobierno ha intentado acabar y dar caza a estos criminales. Los más conocidos como el Cártel de Los Zetas o el Cártel de Sinaloa dirigido por Joaquín “El Chapo” Guzmán son solo alguno de los distinguidos mafiosos cuyo poder pasa de manos de unos a otros arrasando con asesinatos de civiles e infinitos actos violentos y sanguinarios. (CNN, 2013).

Un informe de julio del 2020 del Servicio de Investigación del Congreso (CRS, siglas en inglés) estima que entre 2006 y 2018 México ha experimentado entre 125.000 y 150.000 homicidios relacionados con el crimen organizado. Estos homicidios no incluyen los 73.000 desaparecidos que se han considerado durante los últimos 14 años, por lo que la cifra se eleva mucho más. Una de las principales causas para que México tenga este papel

en la lucha contra las drogas es que los cárteles mexicanos producen y trafican con más de un tipo de droga, entre las que destacan la heroína, cocaína, marihuana y las drogas sintéticas, convirtiéndose en la mayor ruta de tráfico de drogas para los Estados Unidos. (CRS, 2020).

7.3 Cárceles y diferencias sociales.

Hoy en día asistimos a una congestión de los sistemas judiciales abarrotados por delitos vinculados con las drogas que suponen que se produzcan masificaciones en las cárceles donde se violan una larga lista de garantías y derechos humanos en nombre de la lucha contra las drogas. El castigo generalizado y la criminalización de las personas que consumen sustancias da lugar a las cárceles masificadas y además nos hace ver que la famosa guerra contra las drogas se convierte en una guerra contra los consumidores; es decir en una guerra contra las personas. El actual uso excesivo de mecanismos de justicia penal, medidas penales desproporcionadas en delitos referidos a las drogas y aplicación de leyes de sentencia mínima obligatoria han generado que los sistemas penitenciarios pierdan capacidades y finalidades principales: impartir justicia y la más importante; apoyar la rehabilitación. (UNODC,2015).

La falta de alternativas a las penas de encarcelamiento, como podrían ser comunidades terapéuticas o medidas de tratamiento, y la ausencia de mecanismos de reinserción dentro de las cárceles han contribuido a superpoblar las prisiones, facilitando que se abuse contra los derechos humanos en las mismas, negando un apoyo terapéutico a quienes tienen problemas con las drogas y generando un aumento de las conexiones con las redes del crimen organizado dentro de las propias prisiones. (UNODC,2015). Observemos ahora mediante una tabla el porcentaje de población carcelaria por delitos de drogas en diez países estudiados, todos ellos países de América debido a que el impacto de las drogas aquí es mucho mayor por sus capacidades de producción, tráfico y tránsito de estas sustancias.

Cuadro 1. Población carcelaria total, por delitos de drogas y participación porcentual de presos por delitos de drogas en la población carcelaria en los diez países estudiados.

	Población carcelaria (último año reportado)	Encarcelados por drogas (último año reportado)	Delitos por drogas (último año reportado, %)		Delitos por drogas (Primer año reportado, %)
Argentina (2002-2014)	69,060	7,435	10.77%	>	7.07%
Brasil (2006-2014)	622,202	174,216	28.00%	>	11.83%
Bolivia (2000-2015)	13,672	2,592	18.96%	<	36.78%
Colombia (2000-2015)	120,444	24,374	20.24%	>	12.57%
Costa Rica (2006-2011)	17,971	4,745	26.40%	<	27.06%
Ecuador (2010-2014)	26,591	6,467	24.00%	<	29.54%
México (2002-2013)	257,017	26,098	10.00%	>	9.13%
Perú (2008-2013)	68,858	16,526	24.00%	>	22.46%
Uruguay (2009-2013)	9,771	1,265	13.00%	>	10.71%
Estados Unidos (2006-2013)*	1,576,950	308,400 ¹⁹	19.31%	<	22.92%
Total	2,782,536	572,118	20.6%	>	19.1%

Fuente: Elaboración del CEDD con base en datos oficiales.

*La población carcelaria total en Estados Unidos incluye solamente las cárceles federales y estatales, pero no las locales²⁰.

El uso de la cárcel para responder al fenómeno de las drogas debe evaluarse en función de sus objetivos y la legislación de drogas ha hecho que se olvide el objetivo general alcanzado en las convenciones internacionales de drogas (en este caso en los Códigos Penales de América Latina), y este mismo es “la protección de la salud y el bienestar de la humanidad”. En ninguno de estos diez países estudiados, así como en ningún otro país a nivel global, la prevalencia de usos problemáticos de drogas (abuso o dependencia) se ha visto disminuida, al igual que tampoco lo han hecho las muertes por sobredosis por efecto de la mayor tendencia a encarcelar que estamos viviendo. (UNODC,2015).

Entonces la pregunta que debemos hacernos es ¿por qué se sigue con este método de encarcelamiento masivo si no está dando resultados?

Lejos de proteger la salud, la cárcel la lesiona, pues dentro de ella los reclusos viven condiciones de riesgo que imposibilitan que su reinserción sea correcta debida a las escasas o nulas medidas de tratamiento o a terapias y objetivos reales que busquen esa reintegración en la sociedad. Además, dentro de las cárceles y observando que surgen como respuesta para luchar contra las drogas, la prevalencia del uso de drogas ilícitas aumenta durante el encarcelamiento. La UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito) en un estudio del 2015 estima que una de cada tres personas consume drogas durante su estancia en prisión. Comparado con la prevalencia promedio para el uso de drogas ilícitas en situación normal esto implica que, dentro de las cárceles, esta prevalencia es de entre cuatro y cinco veces mayor.

Este encarcelamiento masivo y las persecuciones penales de personas que han cometido delitos de drogas tienen costos enormes para los países. Por ejemplo, en 2014 en Argentina el presupuesto para mantener en prisión a las personas en los cinco principales servicios penitenciarios, donde se concentra el 90% de las personas que cometen delitos relacionados con drogas, fue de aproximadamente 190.2 millones de dólares. En Colombia el gasto para mantener a las personas privadas de libertad en 2014 y que cometieron delitos de drogas alcanzó los 1.184 millones de dólares. Además, es interesante mostrar que los estudios de costo-efectividad en términos de reducción de la reincidencia en delitos de drogas realizados en Estados Unidos y el Reino Unido, sugieren que estos recursos serían mejor empleados si se trasladaran a alternativas de pena diferentes al encarcelamiento, como programas comunitarios, vigilancia electrónica o tratamiento residencial. (UNODC,2015).

Dentro de estos encarcelamientos hay que hacer referencia a las diferencias sociales y a quienes son realmente las personas o qué perfil tienen quienes acaban encarcelados por un delito de drogas. Está claro que estos delitos afectan especialmente a ciertas poblaciones y en los países estudiados (esos 10 anteriores) se ve claramente las desigualdades socioeconómicas que posteriormente se trasladan al proceso penal. Es muy común que se castigue principalmente y con mayor dureza a personas que ocupan posiciones vulnerables y que carecen de poder en la cadena del tráfico de drogas. Los informes agregan que son muy pocos los reclusos que tienen puestos importantes dentro

del crimen organizado y acaban arrestados, formando el mayor conjunto de los detenidos aquellos que pertenecen a eslabones más bajos y que son fácilmente reemplazables por otros. (UNODC,2015).

Entrando en el perfil individual de la población encarcelada, es posible identificar rasgos comunes entre quienes acaban privados de libertad por cometer delitos relacionados con las drogas. Un número considerable de detenidos en operaciones “in fraganti” nunca antes habían cometido ningún tipo de delito y en la mayoría de las situaciones se cumple al menos uno de los siguientes tres aspectos: la persona se encontraba en situación de pobreza, contaba con una escasa educación o tenía un trabajo de baja remuneración. (UNODC,2015).

Las consecuencias que tienen las políticas prohibicionistas sobre aspectos tan graves como el acceso a las drogas para los jóvenes, las sobredosis, los encarcelamientos y los asesinatos y violencia a mano de las bandas criminales son fruto única y exclusivamente del enfoque que se ha dado a las políticas antidrogas durante estos últimos cien años por todo el mundo. No podemos culpar ni a las sustancias en sí ni a los adictos que la propia sociedad ha convertido en enfermos ni a nada ajeno; por lo que la solución si queremos minimizar estos problemas es fácil: buscar alternativas políticas y medidas reales de tratamiento.

8. POLÍTICAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS AL PROHIBICIONISMO

Durante estos últimos y largos cien años las políticas que perseguían las drogas y a los consumidores no han logrado reducir ni el consumo de estas ni las inmensas consecuencias asociadas al consumo de drogas, destacando el martirio al que empujamos a nuestros adictos, el acceso y uso de las drogas en los jóvenes y la violencia junto al crimen organizado. Que se siga optando por estas políticas, aunque veamos que sus consecuencias seguramente no sean las más favorables para nadie, carece de sentido total y aunque han sido pocos, hay países que han optado por medidas alternativas y que explicaremos a continuación.

Cabe esperar que con los resultados obtenidos a causa de políticas diferentes y que, con el propio avance de la sociedad, sean cada vez menos estas leyes prohibicionistas las que imperen en la mayoría de los Estados. Pasamos entonces a ver el impacto de políticas

alternativas sobre los principales problemas asociados al consumo de drogas en nuestras sociedades.

8.1. Despenalización de drogas en Portugal.

En la década de 1980 la heroína había llegado y de qué manera a Portugal, presentando una de las tasas de adicción a esta sustancia de las más elevadas del mundo. Hasta entonces Portugal no contaba con medidas ni experiencias en materia de droga, debido a la dictadura que finalizó en 1974. El gobierno quería contrarrestar el impacto de la heroína y para ello adoptó el manual prohibicionista del resto de naciones. Para su sorpresa, el problema de la heroína lejos de disminuir aumentaba, y en el año 1999 existía un adicto al caballo por cada cien habitantes, constituyendo 100.000 adictos en todo el país y registrando la tasa más alta de muertes por sida relacionadas con las drogas de toda la Unión Europea. (New Yorker, 2011).

Desesperados por un cambio, los líderes portugueses se convirtieron en 2001 en el primer país en despenalizar el consumo personal de drogas por completo. João Goulão, presidente del Instituto sobre Drogas y Toxicomanías de Portugal, un departamento del Ministerio de Salud que supervisa las leyes y políticas de drogas, constataba que gastaban millones y no llegaban a ninguna solución así que se optó por la despenalización. Desde entonces no habría consecuencias para las personas sorprendidas con cualquier sustancia para un suministro de no de más de diez días, mientras que se seguía persiguiendo a los traficantes. Este nuevo enfoque era y como vamos a ver, es crucial para los adictos y se pasa a tratar el abuso de drogas exclusivamente como un problema de salud pública y no como acciones delictivas o de marginalidad. (New Yorker, 2011).

Además de dejar de perseguir a los adictos y consumidores, Portugal da un paso al frente para cuidar a sus ciudadanos y estas son algunas de las estrategias que se recogen en las nuevas políticas que entraron en vigor en 2001. La primera y como es obvio, despenalizar el uso de drogas y después medidas como: realizar una fuerte expansión sanitaria de calidad y acceso al tratamiento para los adictos; ampliar políticas de reducción de daños, incluyendo el programa de intercambio de jeringuillas y tratamientos de sustitución con metadona; garantizar un tratamiento voluntario disponible para sanciones penales para los toxicómanos y reforzar la lucha contra el narcotráfico y el blanqueo de capitales. (Russoniello, s.f.)

Como observamos el enfoque tanto social como para los adictos cambia radicalmente y todos los fondos destinados a detener, enjuiciar y condenar a los adictos se destinan a objetivos como la educación de los jóvenes y la recuperación de los adictos de las drogas. (Hari, 2015). Por el contrario, en los Estados Unidos el 90% de los fondos destinados a la política de drogas se destina a la vigilancia y condena de los adictos mientras que tan solo el 10% restante tiene como objetivo la prevención del consumo de drogas y el tratamiento. (New Yorker, 2011). Lo que hizo João es utilizar todos los fondos de la política de drogas de una manera diferente.

El sistema de Portugal establecía una distinción entre un 90% de consumidores de drogas que no tienen problemas y por tanto debe dejarse a su aire y un 10% que son adictos y necesitan ayuda. Para ello necesitaban un mecanismo de criba y crearon unas salas por todo el país para realizar un proceso que llamaron “Comisiones para la Disuasión de la Adicción a las Drogas”. El procedimiento llevado a cabo era el siguiente. La policía ya no perseguía a los consumidores y si se encontraba a alguien con sustancias le daba una notificación para que se presentara en una de estas salas. El único objetivo de estas comisiones era determinar si la persona tiene problemas con las drogas o no. No se reflejaba nada en el historial delictivo por lo que se hablaba con sinceridad y la entrevista realizada por un psicólogo en la inmensa mayoría de los casos acababa derivando a la persona a otra entrevista donde se le informa de las formas más seguras de tomar drogas, así como de los riesgos que corre. Pero todo acababa ahí, se dejaba seguir a la persona su camino, sin más. (Domosławski, 2012).

Si en la entrevista se revela que la persona utiliza las drogas de manera peligrosa, por ejemplo, compartiendo jeringuillas, se le redirecciona a todos aquellos centros que actúen contra los riesgos de enfermedad y muerte, así como a un centro de suministro de jeringuillas. Cuando nos encontramos con ese 10% de adictos la tarea de los profesionales en el momento es ofrecer información sin juzgar y trasladar a los servicios que pueden hacer que su salud mejore y no corra riesgo mortal. No se puede obligar a nadie a recibir tratamiento, pero en caso de que este sea preciso y tras asesorar e intentar convencer a la persona, este se le procura de inmediato cuando el adicto esté dispuesto. En el mismo día son capaces de dar la primera cita para un centro de tratamiento de adictos y todo drogadicto que quiera abandonar el consumo es enviado al centro de tratamiento de

Taipas; dónde si sus ingresos se lo permiten pagará el 20% del tratamiento y sino se realizará sin problema de forma gratuita. (Domosławski, 2012).

La segunda fase del tratamiento de los adictos, precisamente una de las más importantes, es la siguiente. Una vez el adicto se encuentra en algún centro de tratamiento como el de Taipas, el Gobierno se fija como prioridad que consiga un empleo decente con un salario digno y alejado del entorno donde solía consumir drogas. Los adictos quieren ser parte de la sociedad y para ello no podemos privarles de un papel fundamental dentro de esta, tener un empleo, un salario, una tarea que realizar. Por esa razón el Gobierno ofrece una exención tributaria de un año para quien contrate a adictos en proceso de recuperación. Por lo general al cabo del año, el empleador mantiene al exadicto en su negocio, porque este ha demostrado ser un buen trabajador. (Hari, 2015).

En cuanto a la reducción de riesgos y daños para los adictos el gobierno de Portugal también tomó diferentes medidas en las calles. El Estado financia proyectos por todo el país, llegando a alcanzar 70 proyectos y contando con más de 30 trabajadores sociales que trabajan principalmente en las calles y centros distribuyendo metadona a consumidores dependientes de heroína o en albergues nocturnos para consumidores sin hogar que estableció el gobierno para los consumidores que vivían en las calles. La mayoría de estos proyectos son implementados por ONG financiadas por el Estado debido a que cuentan con mayor flexibilidad y mejor acceso a las personas de la calle, principalmente por que los consumidores las ven alejadas del Estado y por tanto de cualquier entidad policial o judicial que pueda recriminar alguno de sus comportamientos. (Domosławski, 2012).

Existen equipos de trabajo de calle que realizan una gran labor en cuanto a la reducción de daños y cuya misión es la siguiente. Se trata de un equipo de dos o tres personas, una de las cuales debe contar con formación profesional en psicología, que visita diariamente los lugares donde los consumidores de drogas se reúnen. Allí reparten pequeños paquetes a los consumidores que incluyen jeringas y agujas limpias para inyectarse heroína, así como algún artículo de higiene (gasa, un condón y agua destilada). Lo único que deben hacer para obtener un nuevo paquete es devolver las jeringas y agujas usadas del día anterior y esto suele ocurrir. (Domosławski, 2012).

En términos de salud pública este intercambio es de vital importancia y ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sanguínea y en especial la propagación del VIH a través de

la inyección de sustancias. Otra de las funciones importantes de estos trabajadores de calle y que nace de estar en contacto diario es conversar con los consumidores sobre su situación actual de dependencia informándoles sobre posibilidades de tratamiento o ayudándoles a obtener ayuda psicológica y médica si la precisan y demandan. En definitiva, estar ahí y presentarle las mejores alternativas y posibilidades para enfrentar los problemas que está provocando el consumo de drogas. (Domoślawski, 2012).

Por último, vamos a observar el efecto que han tenido estas políticas en Portugal en cuanto a la visión y actuación de la policía y la prevención del consumo en uno de los grupos más vulnerables, los jóvenes.

Los resultados actuales de la despenalización de las drogas son catalogados por la policía como positivos y se reflejan en lo siguiente. En vez de perseguir a consumidores de drogas la policía tiene mucho más tiempo y recursos para enfocarse en interceptar cargamentos de drogas así como combatir el crimen organizado y detener redes internacionales de tráfico. Datos recientes muestran que la policía está incautando mayores cantidades de droga, pero con menos arrestos. Del mismo modo refieren que han desaparecido los delitos de robos y atracos que realizaban los adictos en las calles y que necesitaban para sufragar los gastos de su adicción. (Domoślawski, 2012). La visión de los adictos hacia la policía era totalmente distinta y llegaban a reflejar la situación actual manifestando que donde antes había policías pegándolos ahora tenían a psicólogos ofreciendo su apoyo. (Hari, 2015).

En lo referido a prevención el IDT (Instituto de Drogas y Toxicomanías) realizó un estudio para identificar los grupos de personas y las áreas que tenían mayor riesgo de desarrollar adicción o problemas con drogas. Tras el estudio el IDT creó medidas preventivas que iban desde esfuerzos centrados en grupos de alto riesgo (como los jóvenes) hasta actividades universales de educación sobre drogas. Los jóvenes en las escuelas, centros deportivos y recreativos, centros de salud y eventos culturales masivos sufren un bombardeo constante acerca de los efectos nocivos del consumo de drogas. Se impulsan campañas comunitarias enfocadas a los jóvenes de eventos deportivos donde se llega a ellos de manera indirecta y se envían mensajes de estilos de vida saludables sin oponerse agresivamente al consumo de drogas. (Domoślawski, 2012).

La unidad de prevención del IDT a través de equipos de trabajadores sociales incide frecuentemente en discotecas, festivales, conciertos y diversos eventos culturales para

jóvenes ya que identifica estos lugares como áreas de extrema facilidad para iniciar el consumo, así como para establecer patrones de hábitos de consumo dentro de los mismos. Su misión es mezclarse con ellos y hablar acerca del consumo de drogas. Se intenta disuadir el consumo ofreciendo información sobre los efectos de las drogas y de los patrones de hábito de consumo de drogas para la salud. Si presencian casos de consumo más prolongado también se induce a buscar tratamiento y apoyo psicológico. Según el IDT las medidas preventivas solo son eficaces si son sistemáticas y declaran las acciones episódicas como un desperdicio de tiempo y dinero. Existe evidencia sólida de las medidas de prevención y el consumo de drogas entre jóvenes de 15 a 19 años ha decrecido acentuadamente. (Domosławski, 2012).

Tras la nueva legislación había que certificar si realmente estas políticas estaban surgiendo efecto. Para ello utilizaremos dos fuentes fiables e imparciales, que no se juegan nada con el cambio de leyes y simplemente constatan los datos. Estas entidades son el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OETD) y la revista *British Journal of Criminology*.

Esta revista constató que aumentó ligeramente el consumo de todo tipo de drogas, pasando del 3.4% al 3.7% de la población total. Percibió un descenso del 7.6 al 6.8 por mil del número de adictos y señaló que el consumo de drogas intravenosas se había reducido casi a la mitad, pasando del 3.5 al 2 por mil. Descubrió que la proporción de personas portadoras del VIH por drogas había pasado del 52% al 20% y las sobredosis se habían reducido notablemente. (Hari, 2015).

El OETD verificó que, de los veintiocho estados de la Unión Europea, Portugal es el quinto donde menos éxtasis se consume, el quinto también donde menos metanfetaminas se toman y el noveno en donde menos cannabis se consume. Tras una década de despenalización Portugal registra una media de consumo de drogas que es inferior a la de la media europea y tiene un consumo mucho menor que el de su vecino español. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2010).

El OETD señala sobre Portugal: “Jóvenes de 15 y 16 años son el grupo donde se ha registrado una de las menores prevalencias del consumo de cannabis de Europa occidental (13%)” a la vez que el consumo de cocaína se reduce hasta cerca de la mitad del de la media europea. Los jóvenes de 16 a 18 años que consumían heroína en 1999 alcanzaban

el 2.5% y tras seis años de despenalización, en 2005, dicho consumo disminuye al 1.8%. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2012).

8.2. Legalización de marihuana en Holanda

En 1976, el gobierno holandés implantó una medida de despenalización de marihuana para el consumo personal. A partir de ese momento estaba permitida la posesión de 30 gramos de marihuana para el consumo personal, extinguiéndose todos los castigos que se aplicaban anteriormente para la gente que consumía dicha sustancia. Según la información disponible durante los siguientes siete años, el consumo de drogas en Holanda siguió en el mismo nivel. Es por ello por lo que Holanda se atrevió a dar un paso más: permitir la venta de cannabis en ciertos establecimientos determinados, pasando por tanto de una despenalización del consumo personal a una legalización efectiva de la venta de marihuana. (MacCoun & Reuter, 2001, pp. 238-264).

Los resultados fueron claros y tras la legalización se observó un aumento en el consumo de cannabis. Por lo general hubo un incremento significativo en todo tipo de población, pero hay que destacar que, dentro del grupo más propenso a consumir drogas; los jóvenes de dieciocho años, la proporción pasó del 8.5 al 18.5% de jóvenes que habían consumido cannabis en el mes anterior. Es posible que este aumento se deba a que los jóvenes tienden a admitir su consumo cuando ya no está penalizado, pero esto no justifica todo su aumento y en el resto de ciudades europeas no se apreciaba, por lo que la legalización aumenta el consumo. (MacCoun & Reuter, 2001, pp. 238-264).

Se obtiene por tanto una conclusión diferente entre la despenalización y la legalización. No se incrementa significativamente el consumo cuando se despenaliza, pero sí lo hace cuando se legaliza. La respuesta es bastante obvia: la facilidad para adquirir la droga; no todo el mundo se acercaría a un camello para adquirir una sustancia, pero sí lo haría si existe una farmacia o un café autorizado por el estado.

Debemos ser sinceros con este aumento, pero tampoco exagerar su crecimiento. Aunque el consumo de cannabis haya aumentado en Holanda sigue siendo bajo. La media europea de personas que dicen haber fumado cannabis en el mes anterior se sitúa en un 7% frente a un 6.3% en los Estados Unidos y un 5% en el país holandés. Por consiguiente, el consumo de cannabis en Holanda sigue siendo inferior si lo comparamos con otros países. (Hari, 2015).

Ahora bien, si analizamos el consumo de drogas general, entendido como cualquier persona que esté tomando drogas en cualquier parte, debemos incluir aquí a quien consume una pastilla de éxtasis o marihuana, pero también debemos incluir a quien bebe whisky o una cerveza. Si excluimos el alcohol del consumo de drogas este aumenta una vez aprobada la legalización. Por el contrario, si lo incluimos el consumo global de drogas no sufre ningún incremento. Lo que sucede cuando se legaliza la marihuana es que un grupo considerable de personas cambian la ebriedad del alcohol por los efectos de la marihuana, que posiblemente sean menos dañinos. (Anderson & Rees, s.f.).

Hablar de aumento del consumo de drogas sería un enfoque erróneo y podríamos centrarnos en estudiar y ver cómo cambiarían los patrones de consumo de drogas. El neuropsicofarmacólogo inglés y expresidente del comité asesor de drogas de Gran Bretaña, David Nutt, estima que el consumo de alcohol caería un 25% si se permitiesen los “coffee shops” de cannabis al estilo holandés. De este modo tanto con el paso de consumidores de alcohol al cannabis (como pasó en Holanda) y con el cálculo realizado por Nutt estaríamos consiguiendo mejoras. El alcohol es una de las drogas más dañinas y que más efectos negativos produce en la sociedad. El abuso infantil, la violencia doméstica y los accidentes de tráfico se reducirían si la marihuana se legalizara ya que son prácticas que se producen más veces bajos los efectos del alcohol que del cannabis. (The Guardian, 2012).

Cuando procedemos a legalizar una sustancia no podemos centrarnos exclusivamente en el aumento o no en el consumo de esta y el análisis que debemos realizar es más abierto teniendo en cuenta consecuencias relevantes que nacen del consumo de una u otra sustancia como es, por ejemplo, el impacto de la violencia causada por el alcohol. Que las personas cambien una borrachera por la ingesta de una pastilla de éxtasis o por una quedada para relajarse mientras fuman cannabis, seguramente genere más consecuencias positivas que negativas para la sociedad en general.

8.3. Legalización de marihuana en Uruguay

En noviembre de 2005, José Mujica es elegido presidente de Uruguay. Uno de los asuntos más alarmantes para Mujica y su gabinete era la preocupante y sanguinaria situación que se estaba viviendo en el norte de México por culpa de los cárteles de drogas. En su país vecino, Paraguay, los cárteles estaban ganando fuerza y ya desempeñaban un papel importante en el control del país. Uruguay se encuentra en una situación similar en cuanto

al tráfico de drogas debido a la ruta de marihuana y cocaína existente hacia Europa. (Hari, 2015).

Es entonces cuando el gobierno de Uruguay pasa a revisar la historia de las políticas de drogas y observan cómo durante cien años las políticas prohibicionistas han sido un total fracaso especialmente potenciando la aparición y el poder de los cárteles, así como negando el tratamiento a los adictos y encarcelándolos. Es por ello por lo que buscan alternativas y escuchan los beneficios de la legalización. Habían oído que con la legalización se extinguían la mayoría de los cárteles y que al intervenir el gobierno se proporcionaban sustancias más baratas y de mayor calidad que en el mercado negro. Por esta razón Mujica empezó con legalizando la marihuana, pensando que con el tiempo se legalizarían el resto de sustancias. (Hari, 2015).

La mayoría de personas que estaban a favor de la legalización era por razones positivas acerca del consumo de drogas: consumir ciertas sustancias es bueno y debe ser incentivado, permite alcanzar un nivel de conciencia superior, evita el dolor y sufrimiento y una larga lista de efectos positivos sobre las drogas. Pero Mujica quería legalizar por las razones contrarias y para ello encontró a dos hombres, Danny y Steve, que tenían la misma idea. Los tres deseaban legalizar las drogas para apartarlas de nuestros hijos, reducir la anarquía y la violencia y defender los valores de la ley. No querían que las drogas fueran emocionantes y revolucionarias, lo que querían hacer es que fueran aburridas. Danny y Steve crearon un grupo que tenía intención de analizar la práctica de la legalización y lo llamaron Instituto para la Transformación de las Políticas de Drogas; proyecto que Mujica seguía de cerca y sirvió para sentar las bases de la legalización de marihuana en Uruguay. (Hari, 2015).

Danny Steve corroboraron que para regular el comercio de drogas la única solución es sacarlo a la luz y legalizarlo. El tráfico de drogas actualmente consiste en mafiosos o camellos que venden sustancias desconocidas a personas desconocidas en la sombra. La clara definición de la ley de la selva en la que solamente se impondrán los más fuertes y, ya sabemos cómo lo hacen en el tráfico de drogas. Esta política parece novedosa y costosa, pero si lo pensamos un poco más, ya tenemos todas las estructuras necesarias para realizarlo. Hoy en día tenemos espléndidamente reguladas y admitidas las dos drogas que más muertes causan: el tabaco y el alcohol. (Hari, 2015).

Como pasa con el tabaco, hemos creado un sistema para que los adultos puedan comprarlo legalmente, pero puntualizamos que resulta desagradable para la mayoría de las personas, que no se puede consumir en lugares públicos y que provoca enfermedades. Una consecuencia de esta política del tabaco es que aumenta su rechazo social y se refleja que su venta ha caído en picado. En 1960 según la encuesta realizada por hogares en Estados Unidos, indicaba que fumaban el 59% de los hombres y el 43% de las mujeres. Cifras que actualmente han bajado al 26% y 23% respectivamente y es una tendencia que va en aumento en los demás países desarrollados. Que se legalice un producto dañino no implica que la gente aumente su consumo, de hecho, cada vez son más los que abandonan. (Hari, 2015).

Danny y Steve plantean separar las drogas según lo fuerte que sean en dos grupos. El grupo de drogas más duras como puede ser la heroína se regularían del siguiente modo del cual ya disponemos las bases. Sólo se suministrarían estas sustancias en ocasiones estrictamente necesarias a través de médicos y farmacéuticos y se buscaría que se combinaran con tratamientos adicionales. Hoy en día todos los países desarrollados cuentan con una amplia red sanitaria que proporciona anfetaminas, opiáceos y demás drogas por razones médicas a través de recetas médicas. Con este tipo de drogas duras se ofrecería el mismo servicio. (Hari, 2015).

Para el grupo de drogas más suaves como la marihuana, se proponen las mismas medidas que para el consumo de alcohol y tabaco y que por lo menos en Europa son las siguientes. Se impondría edad mínima para los consumidores, únicamente podrían ser vendidas en establecimientos para ello y se privaría del permiso de venta si esta se realizara a menores. Estarían prohibidas las campañas de publicidad y el producto se vendería sin logos comerciales y exclusivamente con las advertencias sanitarias. Si se consumieran estas sustancias en público, en el trabajo, conduciendo o realizando cualquier otra acción que requiera concentración la persona sería sancionada con penas económicas que podrían llegar incluso a penas judiciales o de prisión. (Hari, 2015).

Con este modelo las drogas estarían reguladas y se reduciría el impacto de estas del siguiente modo. Aquellos que se dirigen a comprar a un camello de la calle lo harían en establecimientos determinados para ello o a través de médicos, sabiendo en todo momento qué es lo que realmente están consumiendo. Los cárteles y las mafias perderían poder al perder el mercado y del mismo modo se reduciría la violencia entre las bandas y

vendedores de droga; del mismo modo que los camareros no contratan sicarios a día de hoy para acabar con la competencia. Se obtendría una buena fuente de ingresos con los impuestos de estos productos que podrían destinarse a programas que reduzcan realmente las causas de la adicción, así como a proyectos de educación a niños y jóvenes sobre las drogas. (Hari, 2015).

Una de las épocas de mayor cantidad de asesinatos en Estados Unidos se vivió durante los años siguientes a la ley seca entre 1920 y 1933. Esto fue debido a todo el entramado de sicarios, mafiosos y asesinatos que llevaba de la mano el contrabando de alcohol. Cuando se volvió a legalizar el alcohol el índice de asesinatos bajó bruscamente y en Chicago, una de las ciudades más afectadas por bandas como la de Al Capone, volvió a reinar la paz. El índice de asesinatos volvió a aumentar cuando la guerra contra las drogas fue más dura durante el 1970 y 1980. La legalización de las drogas es una búsqueda para reducir las tragedias asociadas a las mismas. Toda la atracción, contaminación y emoción de las drogas está en buena parte en la prohibición, no en la legalización y regulación de su comercio. (Miron, 2004).

En 2014 en Uruguay se legaliza la marihuana y el marco legal es el siguiente. Se permite vender a las farmacias marihuana a mayores de veintiún años presentando una identificación. Está permitida el cultivo de una pequeña cantidad de marihuana para el consumo personal. El cultivo de plantas se legaliza y es una actividad que se grava con impuestos. Se suprimen las penas de prisión por el uso de esta sustancia. Desde entonces los adultos son libres de escoger alcohol o marihuana para sus celebraciones sin riesgo ninguno. Mujica dice: “puede que esta política falle, pero lo que estamos haciendo ahora con el prohibicionismo es un fracaso todos los días”. También opina que resulta difícil creer que la nueva política pueda ser peor que la anterior. (Hari, 2015).

En lo referente a las consecuencias reales sobre la legalización de Uruguay nos faltan datos debido a la reciente llegada de estas políticas. Aun así, en Uruguay, la Junta Nacional de Drogas estima que el primer año de la implementación de la ley fue buena y el consumo no mostró aumentos considerables. Por otro lado, las personas parecen estar interesadas en el autocultivo y las farmacéuticas muestran un gran interés sobre conocer mejor la distribución del cannabis, seguramente con el fin de aumentar sus ingresos. (Hari,2015)

Otra buena noticia ha sido que el turismo se ha incrementado permitiendo aumentar los ingresos que sirven para seguir con políticas centradas en la salud de los consumidores. Se destacan las advertencias constantes del estado sobre el riesgo que puede tener el consumo de cannabis y se realizan campañas educativas en los colegios y escuelas para proteger a los más jóvenes. Del mismo modo se espera que los índices de violencia bajen debido a la falta de mercado para las bandas encargadas de distribuir y vender de manera ilegal este producto. (Hari,2015)

8.4 Programa de prescripción de heroína en Suiza y salas de venopunción.

Ruth Dreifuss se puso al frente de la política sanitaria en Suiza en 1993, cuando se encontró que su país tenía la peor epidemia de VIH de toda Europa y sin vistas a mejorar. La infección por VIH y su mortalidad asociada a principios de la década de los 1990 fueron los principales factores que motivaron la revisión de las políticas de drogas emprendidas hasta la fecha. La enfermedad estaba asociada al problema de drogas y fue una de las cuestiones más reclamadas por el público como principal problema de la sociedad suiza. En 1990 un 22% de los usuarios de los servicios de salud en Platzspitz (parque en Zúrich donde mayor cantidad de consumidores de heroína se reunían) eran VIH positivos, llegando a una prevalencia de más del 40% entre quienes habían consumido drogas durante los últimos 10 años. El país estaba en una situación crítica y los dirigentes políticos optaron por una medida innovadora y arriesgada, realizar programas de preinscripción de heroína. (Csete, 2010).

El programa de la heroína gira alrededor de la idea de que hay que ayudar al adicto a reconstruir su vida: debe tener una casa, un puesto de trabajo y acudir a su terapia. La prescripción de drogas se presentaba no como una alternativa para estas sino como el inicio de un camino para su abandono. Para llevar a cabo estos programas se abrieron clínicas y salas por todo el país. Se derrumbó la norma establecida de que si un adicto dispone de droga ilimitada este irá aumentando sus dosis a necesidad propia de la adicción. Si fuera así los adictos tan sólo tendrían que ir a estos centros y pedir un aumento de sus dosis, pero la tendencia era estabilizar un consumo y en la mayoría de casos ir reduciéndolo. (Csete, 2010).

Este programa da la oportunidad a los adictos de recuperar el control que han perdido. Para hacernos una idea del proceso que se lleva a cabo en estas clínicas vamos a explicarlo de manera más gráfica. Los adictos, en su gran mayoría, llegan al centro con un recipiente

vacío en su interior que se llena cuando toman heroína, pero al poco tiempo se vuelve a vaciar. El objetivo del programa es que el drogodependiente reconstruya su vida: consiga un puesto de trabajo, tenga una casa estable, construya relaciones y vínculos personales...; de manera que el recipiente nunca esté vacío. Si logra hacerlo poco a poco el recipiente se irá llenando de manera que quedará menos espacio para sus dosis de heroína. La idea es que a medida que su vida sea más completa ese recipiente estará lo suficientemente lleno como para no sentir la necesidad de acudir a la heroína. Los pacientes permanecen en el programa todo el tiempo necesario y que deseen, aunque la media para dejarlo suelen ser tres años y ya para entonces solo el 15% sigue consumiendo a diario. (Hari, 2015).

Los suizos notaron muchos cambios en sus ciudades. Los adictos que abarrotaban calles y parques se habían esfumado y los niños volvían a las mismas. Las calles eran más seguras. Los robos y hurtos relacionados con el consumo descendieron un 80% y el robo de vehículos en un 55%. Este descenso de violencia se registró prácticamente al momento de lanzar estos programas. La epidemia del VIH entre consumidores se detuvo y pasaron de un 68% de nuevos casos en 1985 a cerca de un 5% en 2009 de personas infectadas por VIH por consumo de drogas intravenosas. (Hari, 2015).

La mortalidad entre adictos sufrió un descenso extraordinario y la proporción de ellos que disponían de un hogar llegaba al 100%. Del mismo modo se triplicó la cantidad de adictos que contaban con un trabajo fijo y un tercio de quienes solicitaban prestaciones dejaron de hacerlo. La pirámide de venta y tráfico de drogas se desplomó y un 94.7% de las personas adscritas al programa manifestaban estar menos dispuestas a vender drogas que con anterioridad a este. (Hari, 2015).

Cuando los suizos preguntaban que por qué tenían que sufragar este gasto, los dirigentes políticos referían que era lo contrario, se estaban ahorrando dinero. Para el contribuyente suponía un coste de 44 francos suizos diarios lo destinado a juicios, arrestos y condenas de adictos a las drogas. Por el contrario, el programa de prescripción de heroína tiene un valor de 35 francos suizos por usuario y día. El ahorro de dinero fue notable, así como la seguridad en las calles y un tratamiento más humano para los adictos que sí tiene grandes opciones de hacerles recuperar sus vidas. (Hari, 2015).

Políticas como el programa de prescripción de heroína en Suiza impulsaron que se empezaran a abrir centros y salas de este tipo por todo el mundo, las llamadas salas de

venopunción. El esquema y funcionamiento de estas salas es muy parecido en todos los países y es más o menos, el siguiente. Según entras se muestra a cada adicto su cabina donde procederá a inyectarse mientras se proporcionan jeringuillas nuevas. Mientras cada persona se inyecta sola; al fondo, un médico o enfermero que ha recibido formación especializada aguarda modestamente. Las cabinas son pequeñas, con mucha luz y están perfectamente limpias. Cuando el adicto termina de inyectarse, puede pasar a otra sala si lo desea donde simplemente habla de sus problemas o recibe tratamiento médico y psicológico. Si manifiesta un deseo de abandonar las drogas, inmediatamente se le deriva a un centro de desintoxicación u otros servicios médicos y psicológicos destinados para tal. (Hari, 2015).

En 1990 se ponen en marcha en España políticas de reducción de daños para hacer frente a las sobredosis, infecciones de VIH, hepatitis y altos índices de muerte relacionados por el consumo de drogas por vía parental. Existían programas de intercambio de jeringuillas o de metadona, pero, aunque demostraban su eficacia, seguían existiendo consumos con graves consecuencias para la salud. Es por ello por lo que se toma la medida de implantar salas de consumo higiénico (SCH) tomando como ejemplo las salas de venopunción y las experiencias europeas. Desde las SCH se garantiza el material y espacio pertinente para un consumo higiénico supervisado siempre por un profesional para prevenir complicaciones y atender los casos de sobredosis. (Clua García, 2015).

El objetivo fundamental de estas salas aparte de prevenir el consumo peligroso es que se acerquen los servicios sociosanitarios a los adictos para que estos puedan buscar alternativas y enfrentarse a su adicción a través de tratamientos médicos y psicológicos. En mayo de 2002 en el barrio de Las Barranquillas de Madrid se implementa el primer dispositivo asistencial de venopunción. Desde entonces y hasta 2012 han existido un total de 10 SCH en cinco ciudades diferentes pertenecientes a las comunidades autónomas de Cataluña, País Vasco y Madrid. Aunque los resultados fueron valorados positivamente, el proyecto no pasó a más fases por falta de apoyo de las instituciones responsables. (Clua García, 2015).

9. EDUCACIÓN SOCIAL Y SU PAPEL EN EL CONTEXTO DEL CONSUMO DE DROGAS

Dentro de la definición de Educación Social, lo nuclear de la misma llevado a su campo de actuación es la práctica socioeducativa. Esta se corresponde con campos de responsabilidad que dan cuenta de nuestras formas de llevar a cabo la práctica y son sistematizadas y planificadas bajo criterios que permiten diseñar, planificar, llevar a cabo y evaluar proyectos educativos. Las funciones están caracterizadas por responsabilidades acogedoras y delimitadoras. (ASEDES, 2007).

Acogedoras porque están orientadas a incluir en nuestro espacio de interacción a personas y/o colectivos con pleno reconocimiento como sujetos de la educación, para promover procesos de cambio que posibiliten su desarrollo cultural y/o colectivo. Delimitadoras porque están orientadas a establecer acuerdos, compromisos y límites con colectivos y/o personas que enmarquen la acción educativa en una finalidad socializadora. (ASEDES, 2007).

El Educador y la Educadora Social contribuyen a la socialización de los sujetos de la acción socioeducativa, es decir, a la incorporación crítica del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales y a la promoción cultural y social. Haciendo referencia a esta acción socioeducativa cabe señalar que son necesarias capacidades en estos profesionales relativas a la comunicación y las relaciones interpersonales que tienen como meta favorecer procesos de interacción social y cooperación. (ASEDES, 2007).

Alguna de las funciones y competencias que se recogen en los documentos profesionalizadores de la Educación Social y más relevantes son para llevar a cabo la acción socioeducativa y en especial en el contexto del consumo de drogas, tanto para su prevención como para su abordaje cuando ya existe una problemática con estas, son las siguientes:

-Generación de redes sociales, contextos, procesos y recursos educativos y sociales.

Este campo hace referencia a las acciones y actividades intencionadas que favorecen la aparición y consolidación de espacios educativos, dicho de otro modo, favorecer situaciones para individuos o colectivos que faciliten posibilidades de mejora personal o social en los diferentes contextos sociales. Con este objetivo, son necesarias competencias como: identificar lugares que generan y posibilitan la promoción social; destreza para crear redes entre individuos, colectivos e instituciones; capacidad para potenciar las

relaciones interpersonales y de los grupos sociales; ser capaz de crear y establecer marcos y planes educativos particularizados... (ASEDES, 2007).

-Conocimiento, análisis e investigación de los contextos sociales y educativos. Este campo hace referencia a la investigación y conocimiento de las dinámicas institucionales y en especial de los contextos sociales en sus diferentes dimensiones (macro, meso y micro) relacionados con el desarrollo de los individuos/colectivos a los que va dirigida la actuación. Algunas de las competencias de los profesionales de la Educación Social para lograrlo son: capacidad para detectar las necesidades educativas de un contexto determinado; dominar los planes de desarrollo de la comunidad y desarrollo local; dominar métodos, estrategias y técnicas de análisis de contextos socioeducativos; capacidad de análisis y evaluación del medio social y educativo (análisis de la realidad)... (ASEDES, 2007).

-Diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos educativos. Campo de actuación que hace referencia a las acciones, actividades y tareas a llevar a cabo tanto en instituciones como con programas, proyectos y actividades que se dirigen al individuo o colectivo que es receptor de la acción socioeducativa. Las competencias necesarias son: capacidad para formalizar los documentos básicos que regulan la acción socioeducativa (proyecto de centro, reglamento de régimen interno, plan de trabajo, proyecto educativo individualizado y otros informes socioeducativos); dominio de técnicas de planificación, programación y diseño de programas y/o acciones docentes; capacidad de poner en marcha planes, programas, y/o proyectos educativos y acciones docentes; y por último, conocer las diversas técnicas y métodos de evaluación. (ASEDES, 2007).

Debemos abordar el problema de la drogadicción y el contacto de la sociedad con las drogas desde dos perspectivas: la comunitaria y la personal. La comunitaria en cuanto a que es un problema que afecta a un número considerable de personas que comparten ciertos patrones de conducta, por lo general desadaptadas para la comunidad, y que necesita respuestas de desarrollo comunitario e inclusión social; así como las medidas de educación, prevención y reducción de daños que tendrán como destino principal grupos, especialmente los más vulnerables. La personal en cuanto a la necesidad de estudiar el caso concreto que ha llevado a la persona a generar un problema con las drogas, diseñando una solución personalizada para el mismo con el fin de lograr el máximo desarrollo

personal, recuperando las riendas de su vida y pudiendo lograr una reinserción plena. (Colom & colaboradores, 1987).

Observemos por tanto las funciones del educador social en relación con el trabajo personal y en relación con el trabajo social y comunitario. (Valls Herrero, 2009).

Funciones en el ámbito de trabajo personal. Este campo de trabajo hace alusión a los individuos y a sus familias para resolver sus necesidades sociales, personales y/o familiares en los contextos que se desarrollan. Las principales funciones que debe desarrollar el educador social dentro de este ámbito son las siguientes:

a) Primordialmente desde la intervención en el medio abierto (entendido este como un medio no institucional, que se da en la comunidad y espacios públicos) detectar y prevenir situaciones de riesgo o exclusión social de los usuarios y sus familias.

b) Recibir y analizar las demandas, desde el medio abierto y a través de instituciones, entidades y otros servicios, de personas y familias en situaciones de dificultad, riesgo o exclusión social.

c) Elaborar, seguir y evaluar el plan de trabajo socioeducativo personalizado para el individuo, si fuera necesario en coordinación con servicios del primer nivel u otros profesionales.

d) Orientar e informar al usuario y a su familia de los recursos sociales del territorio, así como de las prestaciones que puedan facilitar la intervención educativa.

e) Elaborar informes socioeducativos acerca de los individuos para finalidades preventivas, protectoras, terapéuticas y eventualmente asistenciales.

f) Tramitar propuestas de derivación a servicios de atención especializada, acorde al resto de miembros del equipo o profesionales si los hubiere, así como realizar su seguimiento en los mismos y desempeñar una figura de apoyo a los procesos de reinserción social.

El bloque de trabajo a llevar a cabo dentro del ámbito personal se divide en un proceso de tres pasos o factores a seguir que contienen las funciones anteriormente explicadas y que serían los siguientes:

1. Información y orientación: al individuo y a sus familias acerca de recursos y prestaciones, así como la derivación a otros servicios junto a un seguimiento en el proceso de reinserción social.

2. Análisis y evaluación de necesidades: recibir y analizar las demandas. Desarrollar el plan de trabajo educativo individual (elaboración, seguimiento y planificación). Tratamientos de apoyo.
3. Intervención en procesos de riesgo o exclusión social: detener y prevenir situaciones exclusión y riesgo social. Realzar un apoyo a la familia y a otros profesionales si los hubiera.

Funciones en el ámbito de trabajo socio comunitario. Campo de trabajo dirigido a la población en su conjunto con el fin de resolver las necesidades sociales a escala colectiva. Para ello es necesaria la participación conjunta de todos los profesionales y miembros que forman el equipo básico de atención social primaria. Las principales funciones que debe desarrollar el educador social dentro de este ámbito son las siguientes:

- a) Detectar y prevenir situaciones de exclusión o riesgo social de grupos con necesidades de intervención social. Una vez realizado esto, concretar proyectos de sensibilización, dinamización y prospección.
- b) Recibir y analizar las demandas provenientes de asociaciones vecinales u otras entidades o colectivos de la comunidad.
- c) Promocionar, elaborar y seguir proyectos de intervención social y comunitaria con colectivos de personas a las que les afectan las mismas problemáticas sociales.
- d) Intervenir en situaciones conflictivas con finalidades educativas, a través de una función mediadora, siempre que las condiciones lo requieran y sean adecuadas.
- e) Contactar y coordinar grupos y entidades que intervengan en situaciones de exclusión y riesgo social con el fin hacerlas más eficientes y optimizar sus actuaciones.

El bloque de trabajo a llevar a cabo dentro del ámbito de trabajo social y comunitario se divide en un proceso de dos pasos o factores a seguir que contienen las funciones anteriormente explicadas y que serían los siguientes:

1. Prevención, mediación e intervención: desarrollar proyectos de dinamización, sensibilización y prospección. Recibir y analizar las demandas para seleccionar los destinatarios de cada proyecto. Llevar a la práctica la función mediadora.
2. Gestión y análisis de recursos: recoger datos y elaborar propuestas y planificaciones del sector. Examinar datos a nivel individual y de proyectos.

9.1 Cultura y desarrollo comunitario: el educador de calle en el contexto de consumo de drogas.

Desde el comienzo se ha tratado el problema de la drogodependencia como casos aislados, ya que el grupo de adictos era reducido y no generaba problemas sociales, a los que se buscaba dar respuesta a través de un enfoque de “medicalización” del tratamiento de rehabilitación del drogodependiente. El aumento del número de estos, sumado a políticas y medidas que se centraban en el castigo y la persecución de los mismos, han sido las respuestas que se han generado cuando han surgido problemas sociales derivados de la adicción como: inseguridad ciudadana, delincuencia, miedo a que afecte a algún miembro cercano... Tanto los enfoques médicos y psiquiátricos como las medidas de represión hacia los adictos no han solucionado el problema con las drogas, de hecho, seguramente lo han acrecentado, por lo que se hace necesario abordar el problema desde otras perspectivas. De ahí surge la necesidad de intervención pedagógico-social y las acciones socioeducativas para encarar los problemas derivados del consumo de drogas. (Colom & colaboradores, 1987).

En la década de los setenta del siglo XX se produjeron procesos de desinstitucionalización (por ejemplo, pisos de acogida) y surge la pedagogía de lo cotidiano, apareciendo los primeros educadores de calle. Este movimiento puso el punto de mira en analizar la comunidad para dar una respuesta educativa a la misma. Se descubrían por tanto sus problemas sociales: niños y jóvenes en dificultad, familias desestructuradas, adultos con altas carencias de alfabetización, aumento de los problemas de drogadicción (principalmente entre jóvenes); y a partir de una dimensión implicativa se busca dar respuesta a estos problemas sociales en la medida de sus posibilidades. (Valls Herrero, 2009).

Los procesos de desarrollo comunitario son “procesos en los que una comunidad toma conciencia de su propia situación, la analiza y busca soluciones a sus propios problemas”. Es una corriente implicativa o reivindicativa en la transformación social y centra su trabajo en las instituciones culturales y sociales. Partía del punto de vista de la animación comunitaria, pero ha encontrado la necesidad y el punto de confluencia en respuestas educativas a problemas comunitarios. De ahí empiezan a aparecer figuras como el educador familiar, el promotor de iniciativas comunitarias, el promotor de empleo, el educador sociolaboral, el educador de prevención de drogas, el educador de comunidad

terapéutica... Se buscan intervenciones efectivas y se promueven equipos de intervención comunitaria. (Valls Herrero, 2009).

Los aspectos pedagógicos propios de la educación impartida en el medio abierto o en la calle son principalmente estos cuatro: (Colom & colaboradores, 1987).

1. Educación como sinónimo de esperanza (son experiencias a largo plazo)

2. Educación centrada en la afectividad, fundamentalmente en la amistad, y en general, en vínculos, o sea, en una sana relación humana auténticamente sentida.

3. Educación crítica centrada en: la lucha (triunfo sobre los problemas o frustraciones del individuo o sociales, superación personal); la descodificación, término típico de la pedagogía de Freire que hace referencia a la descripción de la situación, análisis de esta y creatividad como capacidad constructiva de la nueva realidad que se pretende y la interpretación propia de la existencia.

4. Educación como proceso ético que se entiende como donación de libertad y camino hacia las aspiraciones sociales e individuales.

Tomando como referencia estos aspectos pedagógicos se afirma que el educador de calle es “un trabajador social, cuyo marco de trabajo es fundamentalmente la calle, por ser éste un ámbito esencial de socialización al que no llegan las instituciones. Su acción educadora va dirigida a los niños y jóvenes con problemas de inadaptación social con los que lleva un tratamiento a la vez personal y grupal. Es un adulto que sirve de referencia e identificación y es testigo de la realidad del individuo. Su función es facilitarle los medios necesarios para que pueda tomar conciencia de sí mismo y de su situación en el entorno para atender sus demandas más urgentes a todos los niveles, utilizando para ello todos los recursos existentes en la comunidad. Es un punto de conexión entre las personas inadaptadas en la comunidad”. (Colom & colaboradores, 1987).

Uno de los objetivos más determinantes y principios de la Educación Social es responder a las necesidades que surgen de la sociedad, buscando la prevención y recuperación social de los individuos, por lo que ya desde sus bases se enfrenta directamente a la existencia de sujetos drogodependientes. Si durante años, enfoques diferentes no han logrado resolver o minimizar las consecuencias negativas del consumo de sustancias, debemos analizar este fenómeno desde el papel educativo y socializador que ofrece la Educación Social. Los educadores sociales deben entrar dentro de los equipos multidisciplinares para

abordar la relación entre consumo de drogas y sociedad, analizando sus consecuencias e intentando mostrar las mejores soluciones con el fin de reducir sus daños y que las personas afectadas por este fenómeno social puedan superarse personalmente y reintegrarse en la sociedad. (Colom & colaboradores, 1987).

9.2. Experiencias comunitarias: madres contra la droga en España

Durante la década de 1980 España sufre un aumento en el número de personas que caen en la adicción de las drogas, especialmente por el impacto de la heroína a escala mundial. El Estado español apenas ofrecía prestaciones ni servicios para los drogodependientes. Los toxicómanos solucionaban sus problemas con el médico de cabecera y en casos más graves acudían a las secciones de urgencia de los hospitales. Las consultas psiquiátricas en busca de tratamientos eran una opción muy poco frecuentada y por lo general, los profesionales sanitarios sabían poco acerca del consumo de sustancias adictivas. Ciertas asociaciones no gubernamentales comenzaban entonces a desarrollar algunos tratamientos de desintoxicación, con el fin de que los usuarios pudieran abandonar totalmente el consumo. (Valiente Fernández, 2001).

El movimiento de madres contra la droga surge en barrios de clase trabajadora y clase media-baja de algunas ciudades. Sus miembros eran casi siempre mujeres, contando con una reducidísima parte de hombres. La mayoría eran madres de drogodependientes, aunque también se contaba con otros parientes de estos (por ejemplo, tías) y una parte minoritaria de personas que no tenían familiares adictos a las drogas. Quienes protagonizaron las actuaciones originarias vivían en el mismo barrio. Después de estos primeros pasos colectivos, aparecieron las organizaciones formales. (Valiente Fernández, 2001).

Las madres contra la droga se organizaron para reivindicar la redistribución y el reconocimiento a favor de sus hijos drogodependientes y de los toxicómanos en general, dirigiendo sus demandas no sólo hacia el Estado, sino también hacia la sociedad. En su inicio las madres proporcionaban, ellas mismas, numerosos servicios a los drogodependientes: por ejemplo, intentaban conseguirles plaza en los escasos centros que ofrecían tratamientos de desintoxicación o los acompañaban a los más diversos lugares. (Valiente Fernández, 2001).

Se dirigían a la sociedad con peticiones de redistribución equitativa de ciertos recursos entre personas que consumen y que no consumen. Por ejemplo, las madres entendían que un trabajo remunerado constituía uno de los mejores recursos para reinsertar socialmente a los toxicómanos, sin embargo, resulta muy difícil para las personas adictas o exadictas acceder a un empleo. Algunas de las demandas que planteaban eran: servicios sanitarios para atender las necesidades específicas de los toxicómanos, programas de desintoxicación y rehabilitación, políticas para facilitar su incorporación en el mercado de trabajo, acciones preventivas (educación en centros educativos, entre otros) para que los jóvenes no se iniciaran en el consumo de drogas y medidas para mejorar las condiciones de vida de los toxicómanos que no querían o podían abandonar de inmediato su adicción (por ejemplo, suministro de metadona). (Valiente Fernández, 2001).

El movimiento de las “Madres Contra la Droga” es todavía uno de los principales portavoces de los toxicómanos antes el Estado y la sociedad, constituyendo una iniciativa de acción colectiva y comunitaria que persigue sobre todo objetivos que benefician directamente a otras personas, en vez de a sus propios miembros. Cabe destacar lo que las madres han conseguido en términos de redistribución y reconocimiento para los drogodependientes. Por lo que respecta a reivindicaciones materiales (esa “distribución”), el sector público proporciona en la actualidad muchos más servicios para las personas adictas a las drogas como: programas de tratamientos de desintoxicación y rehabilitación, ayuda psicológica, prestaciones sanitarias, medidas de inserción laboral, dispensa de metadona y pensiones no contributivas para algunos drogodependientes incapacitados. Estas medidas y programas estatales en parte existen, porque las madres se han movilizado reivindicándolos, del mismo modo que la sociedad ha cambiado su visión acerca de las personas toxicómanas o consumidoras de sustancias gracias a movimientos colectivos como el de “Madres Contra la Droga”. (Valiente Fernández, 2001).

10.CONCLUSIONES.

Desde épocas donde los seres humanos solamente vivían en tribus o de forma nómada, pasando por civilizaciones anteriores al año 4000 a.C y llegando hasta la actualidad, todas las sociedades que han existido han tomado drogas. Asociado su consumo principalmente a patrones culturales, de autoconocimiento, de contacto con la naturaleza o como motivo de fiesta o disfrute, estas sustancias forman un componente más de las sociedades. Del mismo modo se ha encontrado que otras especies animales también consumen plantas alucinógenas sin motivos prácticos aparentes, simplemente por el efecto tóxico que producen alguno de sus componentes.

No existe debate entre la existencia y el consumo de estas sustancias en los seres humanos, así que no debemos realizar preguntas acerca de a favor o en contra de consumir drogas. Las drogas existen y se consumen, así que debemos aprender a vivir con ellas. Al igual que por la existencia de accidentes de tráfico no prohibimos el uso de automóviles, por la existencia de efectos perjudiciales en ciertas personas que consumen drogas, no debemos prohibir su uso, constatando, además, que hasta en las civilizaciones más antiguas estas se han utilizado. Lo que sí debemos hacer es mitigar todos los posibles efectos adversos de las drogas, así como adoptar todas las medidas posibles para que las personas afectadas por las mismas puedan establecer de nuevo unas conductas o condiciones de vida considerables.

La aparente principal causa de la adicción a las drogas, el supuesto enganche químico, no es tan fuerte como nos han hecho creer y el número de personas que cae preso de las drogas por este, es mucho inferior del que pensamos. Discursos que avalan la fuerza de la química para caer en las adicciones se ven desbaratados cuando vemos las estadísticas en torno a las personas que consumen sustancias de una manera responsable o no problemática frente a aquellos que generan una problemática, por lo general la drogadicción. Esta proporción se sitúa aproximadamente entre un 90 y un 10% respectivamente.

El uso de las drogas con fines positivos o beneficiosos para sus consumidores como: tratamientos con fines médicos y prescritos por un profesional, transitar por ciertos estados mentales a los que parece difícil llegar sin las sustancias, alcanzar interesantes momentos de introspección o reflexión, aguantar todo un día despierto para trabajar o toda una noche de fiesta, conseguir dormir 8 horas de un tirón, permitirnos empezar el

día con energía o consumir en entornos social y culturales; constituyen la mayor parte del consumo de drogas general. Por ende y como es deductivo, los consumos que llevan a la adicción, desestructuraciones en la vida cotidiana o un deterioro en cualquier parte del desarrollo personal, social o profesional de la persona son los mínimos.

Entendidos los usos generales que se dan a las drogas y visto que el enganche químico no demuestra, por lo general, que una persona caiga en la adicción, se han estudiado diferentes causas que conllevan a ciertas personas a caer en la misma mientras el conjunto global de la población consume sin consecuencias tan trascendentes. Numerosas investigaciones revelan que las causas principales de caer en esta patología se relacionan en su mayoría con casos de abusos, violencia o experiencias traumáticas vividas durante la infancia o adolescencia.

Aunque debido a la magnitud del fenómeno de la adicción, es imposible reducir sus causas a una sola, estas condiciones traumáticas se consolidan como el principal factor de riesgo para caer en una adicción. Otros patrones de riesgo se ven asociados a la inestabilidad de los individuos, entendida como casos de: ausencia de relaciones o vínculos interpersonales, carencia de un puesto de trabajo decente, falta de una vivienda, etc. Esto da la vuelta a las concepciones entendidas hasta hoy en día como las causantes de la adicción, por lo que, el enfoque y tratamiento para resolver esta problemática debe ser diferente.

Las políticas adoptadas durante los últimos cien años a lo largo de todo el mundo en lo referente al asunto de las drogas han sido, por lo general, políticas prohibicionistas de persecución e intento de abolición de estas sustancias. Tras tanto tiempo de demonización y hostigamiento tanto de las drogas como de las personas consumidoras, y en especial, de aquellas que generan problemas mayores como la adicción, se constata que ni el consumo, ni las consecuencias perjudiciales del consumo se han reducido. Por el contrario, han aumentado los casos de violencia, los cárteles y bandas criminales relacionadas con el mercado y las personas que desarrollan patologías como la drogodependencia u otras consecuencias nocivas del consumo de drogas.

Igualmente se ha imposibilitado en gran manera las oportunidades que tienen los adictos de reinsertarse en la sociedad y volver a tomar las riendas de su vida. Todo ello a consecuencia de políticas represivas que derivan en actuaciones policiales y jurídicas persecutorias, que incapacitan un correcto tratamiento para los adictos y que sólo empujan

a estas personas a la cárcel, a posiciones marginales o a situaciones que agraven y hagan que continúen con el consumo problemático de drogas. Ante el fracaso de estas medidas frente a la reinserción y el trato de los toxicómanos y observando el incremento de las problemáticas sociales que se agravan de sus políticas, surgen por diversas partes del mundo alternativas para abordar la cuestión del consumo de drogas y sus consecuencias derivadas.

Opciones como la despenalización de las drogas aprobada en Portugal, la legalización de la marihuana en Holanda y Uruguay o tratamientos y medidas alternativas como programas de prescripción de drogas y salas de venopunción, aportan resultados preferibles. Estas políticas muestran un trato más humano con este colectivo que tanto sufre y además muestran resultados con tasas de reinserción más elevadas, disminución del número de personas afectadas por la adicción y reducción notoria de los casos de sobredosis. También disminuyen de manera considerable las principales consecuencias derivadas de las políticas prohibicionistas: bandas criminales, contrabando, crimen organizado, violencia, asesinatos o inseguridad ciudadana.

Los resultados nos muestran que la intervención personal con las personas drogadictas y el fenómeno del consumo de drogas en la sociedad (en especial en los jóvenes) no se ha analizado correctamente y se ha dirigido desde regímenes más que cuestionables que han demostrado un incremento de sus efectos perjudiciales. Diferentes perspectivas colectivas, como el movimiento “Madres Contra la Droga”, resaltan las necesidades del colectivo acercándolas a intervenciones sociocomunitarias. Las pedagogías sociales y en particular, la Educación Social, han demostrado a través de diversos campos, como el desarrollo comunitario, que las acciones socioeducativas son fundamentales dentro de la reinserción de los drogadictos y deben entrar dentro de los equipos multidisciplinares que se encargan de su tratamiento.

Actuaciones pedagógicas y socioeducativas de mano de profesionales como los educadores sociales evidencian una mayor rehabilitación y reinserción social de las personas que padecen las consecuencias de la adicción a la vez que previenen el consumo de drogas de los grupos más vulnerables, destacando los jóvenes. Esto es debido a que actúan y satisfacen las principales causas de la adicción: creación de vínculos seguros, constitución de espacios sólidos y saludables, acompañamiento a la hora de conseguir una vivienda o un empleo estable, facilitación de recursos y competencias para su desarrollo

personal, social y profesional, alternativas socioeducativas al consumo de drogas en jóvenes...

Los educadores sociales se establecen como figuras de referencia y apoyo para los ámbitos de la vida que el adicto ha visto afectados por su consumo, desarrollando juntas medidas y conductas eficaces que posibiliten su recuperación para alcanzar una vida preferible. Del mismo modo, actuando en la comunidad, influyen en los jóvenes para prevenir su consumo de drogas o, si este ya se ha dado, controlan que no se produzca un abuso, planteando alternativas más saludables y provechosas que el consumo de sustancias.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D. M., & Rees, D. I. (sin fecha). The legalization of recreational marijuana: How likely is the worst-case scenario?. Montana State University, University of Colorado Denver, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Asedes, J. (2007). Documentos profesionalizadores educación social.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., revisión de texto). Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Canadian Medical Association Journal (CMAJ). (2017, 8 de mayo). CMAJ podcasts: Author interview. SoundCloud. <https://soundcloud.com/cmajpodcasts/170363-guide>
- Clua García, R. (2015). Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). Drug consumption rooms in Spain (2000-2013).
- CNN. (2013, 2 de septiembre). Mexico's drug war: A fast facts profile. CNN. <https://edition.cnn.com/2013/09/02/world/americas/mexico-drug-war-fast-facts/>
- Colom, A. J., & colaboradores. (1987). Modelos de intervención socioeducativa.
- CRS (Congressional Research Service). (2020, 28 de julio). Mexico: Organized Crime and Drug Trafficking Organizations (R41576). CRS Reports. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R41576>
- Csete, J. (2010). Desde las cumbres de las montañas: Lo que el mundo puede aprender del cambio en las políticas sobre drogas en Suiza. Programa de Políticas Globales sobre Drogas.
- Cuerda Riezu, A. (1994). Despenalización de las drogas, una propuesta. Diario El Mundo.
- Cuerno Clavel, L. (2012). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. Recibido el 17 de diciembre de 2012.
- Díaz, L., Botta, V., Arza, M., Moráquez, G. y Ferrer, S. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. MEDISAN, 12 (2)
- Domosławski, A. (Ed.). (2012). Políticas sobre drogas en Portugal: Beneficios de la descriminalización del consumo de drogas (Arturo Marcano, Ed. en español). Programa de Políticas Globales sobre Drogas.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). Statistical bulletin 2010. EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). Drug policy profiles: Portugal (p. 20). EMCDDA.
- Hari, J. (2015). Tras el grito. Paidós Contextos.

- Jay, M. (s.f.). High society. Sustancias psicodélicas en la historia y la cultura [Fragmento]. Revista de la Universidad, Recuperado de <https://www.revistadelauniversidad.mx/download/47be0181-5a66-42ed-b846-632b3f71974a>
- MacCoun, R. J., & Reuter, P. (2001). Drug war heresies: Learning from other vices, times, and places (pp. 238-264). Cambridge University Press.
- Martínez-González, R. A. (2022). Intervención psicológica en la pandemia por COVID-19: Experiencias y lecciones aprendidas. Papeles del Psicólogo, 43(1), 1-12. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1950.pdf>
- Maté, G. (2010). In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Miron, J. A. (2004). Drug war crimes: The consequences of prohibition. Independent Institute. Archive.org. <https://archive.org/details/drugwarcrimescon0000miro/mode/1up>
- Molina, M. M. (2008). El cannabis en la historia: pasado y presente. Revista de la Universidad, Recibido el 12 de marzo de 2008, Aprobado el 15 de mayo de 2008.
- New Yorker. (2011, 17 de octubre). Getting a fix. The New Yorker. <https://www.newyorker.com/magazine/2011/10/17/getting-a-fix>
- NORML. (1999, 7 de enero). Dutch marijuana use half that of America, study reveals. NORML. <https://norml.org/news/1999/01/07/dutch-marijuana-use-half-that-of-america-study-reveals>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). Informe mundial sobre las drogas 2022: Panorama general. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, 42, 157-186
- Revista Salud Mental. (s.f.). Trastornos mentales en adultos mayores en México [Versión HTML]. Revista Salud Mental. Recuperado el 16 de junio de 2024, de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/494
- Russoniello, K. (s.f.). The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico.
- Siegel, R. K. (2005). Intoxication: Life in pursuit of artificial paradise (p. 14). Inner Traditions.

The Guardian. (2012, 19 de junio). David Nutt: Alcohol, cannabis cafes would reduce harm. The Guardian. <https://www.theguardian.com/science/2012/jun/19/david-nutt-alcohol-cannabis-cafes>

UNODC. (2015). Estudio sobre el consumo de drogas ilícitas en situaciones de encarcelamiento. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Hacer que el control de drogas sea "adecuado para su propósito": Construyendo sobre la década de UNGASS. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_S.pdf

Valiente Fernández, C. (2001). ¿Movilizándose por otros?: El caso de las "Madres contra la droga" en España. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 96, 153-183. <https://www.jstor.org/stable/40184387>

Valls Herrero, J. (2009). *Manual del educador social: Intervenciones en servicios sociales*. Editorial.