

Cocaína: hacia un modelo basado en la autorregulación Nuevas tendencias en la reducción de daños

Grazia Zuffa¹

Más allá de la información de los servicios especializados en adicción a la cocaína, en Europa y otras regiones, existen también muchos otros estudios de usuarios que no están en contacto con estos servicios. Estos estudios muestran una diversidad de patrones y trayectorias de uso que van más allá del mero 'uso adictivo'.

También se han llevado a cabo estudios parecidos sobre personas usuarias de otras drogas, como las anfetaminas y el cannabis, y los resultados han sido análogos.² La explicación para un uso más controlado de las sustancias reside en una amplia serie de normas de autorregulación que los usuarios tienden a aplicar para mantener el consumo a raya y evitar que este perturbe su vida cotidiana. Esta perspectiva es diametralmente opuesta a la visión de los profesionales de la adicción de drogas, que tienden a centrarse en la adicción como una enfermedad, que es el resultado de las propiedades químicas de los estupefacientes combinadas con carencias biológicas, psicológicas y sociales de las personas usuarias. También pone en tela de juicio la representación social de las drogas como sustancias intrínsecamente fuera de control y de las personas que las usan como indefensas por encontrarse bajo el efecto de estas.

Tomando nota de las estrategias de autorregulación de los usuarios, se pueden diseñar modelos operativos innovadores para los servicios y las políticas de drogas, reforzando la reducción de daños como un enfoque alternativo al modelo basado en la enfermedad. El presente informe ilustra este cambio de paradigma –que deja de poner el acento en eliminar el uso de drogas y lo pone en regularlo– con el objetivo de promover los controles informales de usuarios y reducir los daños provocados por leyes y políticas punitivas.

Puntos clave

- La imagen social dominante que se tiene de los usuarios de cocaína que no están en tratamiento es la de que su consumo 'escalará hacia la adicción', mientras que en general la autorregulación es la regla más que la excepción.
- Los programas para la adicción a las drogas disponibles actualmente no son adecuados para muchos de los usuarios, ya que se basan en un modelo basado en la enfermedad.
- Un modelo operativo alternativo de intervención, que implica "desmedicalización", faculta a los usuarios y se basa en sus propias capacidades de autorregulación.
- El modelo de la autorregulación puede contribuir para el relanzamiento de la Reducción de Daños como concepto primordial en las políticas de drogas, superando el ya bien conocido conjunto de medidas de salud pública.

¿Qué se sabe sobre el uso de cocaína y sustancias estimulantes?

El Informe Europeo sobre Drogas,³ publicado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), calcula que 2,5 millones de europeos jóvenes (el 1,9 por ciento de este grupo de edad) consumieron cocaína el último año, aunque en algunos países (Dinamarca, Irlanda, España y el Reino Unido) la prevalencia de uso en el último año es mayor y oscila entre el 2,5 y el 4,2 por ciento.

En lo que respecta al éxtasis, se estima que 1,8 millones de adultos jóvenes consumieron

éxtasis el año anterior, variando las estimaciones nacionales entre menos del 0,1 y el 3,1 por ciento. Si bien se informa que la prevalencia de éxtasis está disminuyendo tras alcanzar su nivel máximo a principios de la década de 2000, el uso de cocaína se mantiene relativamente fijo, con tendencias de consumo estables o en declive en los países de mayor prevalencia (tras alcanzar un máximo en 2008-09), aunque algunos países, como Francia y Polonia, notificaron un incremento en 2010.⁴

Teniendo en cuenta a la población general y no solo a los jóvenes, las cifras del Informe Europeo sobre Drogas 2013 indican que la prevalencia del consumo de estimulantes el último año es aún menor, y oscilaría entre el 1,2 por ciento en Europa occidental y central y el 0,2 por ciento en Europa oriental y el sudeste europeo en el caso de la cocaína; entre el 0,8 por ciento (Europa occidental) y el 0,5 por ciento (Europa oriental) en el caso del éxtasis; y entre el 0,7 y el 0,2 por ciento en el caso de los ETA (estimulantes de tipo anfetamínico, sin contar el éxtasis).⁵

Como demuestran las cifras citadas del informe del OEDT, los datos más recientes se centran en los jóvenes y en la prevalencia del último año, pero no proporcionan respuestas a cuestiones importantes sobre patrones más o menos intensos de uso ni sobre la continuación del consumo en la edad adulta. Para poder examinar el uso de drogas con mayor detalle se ha desarrollado un método más sofisticado; así, utilizando todos los indicadores de prevalencia (consumo a lo largo de la vida, en el último año, y en el último mes), se puede calcular la ‘tasa de continuación en el último mes’, es decir, el porcentaje de usuarios a lo largo de la vida que sigue consumiendo mensualmente. De este modo, podremos saber cuántas personas que han experimentado con determinadas drogas se han convertido en usuarias habituales y desde hace cuánto tiempo.⁶

La tasa de continuación en el caso de la cocaína indica que solo una minoría de jóvenes que experimentan con la sustancia siguen consumiéndola posteriormente con regularidad. La mayoría de ellos deja de usarla en algún momento de su vida. Este patrón es muy parecido para el éxtasis, pero se diferencia de lo que observamos con el alcohol, que podría definirse como una

sustancia ‘de carácter continuo’; la mayoría de las personas que ha probado el alcohol sigue bebiéndolo durante toda la vida.

Pero más importante aún es lo mucho que se ha aprendido sobre el vínculo entre el uso de cocaína y el hábito de salir de fiesta (ir a fiestas, bares, clubes) en la escena de la vida nocturna. Las personas que usan cocaína tienen una vida nocturna mucho más intensa que la población general y mantienen este estilo de vida hasta llegar a la edad adulta. Este hecho pone de relieve la importancia de realizar estudios en el marco de culturas o subculturas específicas de uso de sustancias.⁷

En definitiva: existen buenos motivos para catalogar la cocaína y otros estimulantes de drogas recreativas, cuyo uso se limita, por lo general, a un determinado período en la vida.⁸

Normalmente, se cree que el mayor riesgo de consumir drogas radica en que la experimentación lleva a un consumo crónico y, en última instancia, a un uso intensivo y a la adicción. Las conclusiones de los datos epidemiológicos simples no corroboran este temor. Las consecuencias normativas de estos resultados se analizarán más abajo.

Cabe destacar que los últimos estudios epidemiológicos se limitan a la ‘prevalencia en el último año’. No solo no ofrecen información alguna sobre los patrones de uso y su evolución con el tiempo, sino que tampoco pueden arrojar ninguna luz sobre qué significa la experiencia del uso de drogas en el contexto de la vida de los usuarios ni sobre las razones que llevan a un cambio en los patrones de uso. Este tipo de información solo se puede obtener con estudios cualitativos que tienen por objetivo analizar a los usuarios de drogas en general –y a los de cocaína en este caso concreto– dentro de su cultura y presentar la visión de los propios usuarios con respecto a su consumo. Estudios de este tipo se han desarrollado durante décadas y actualmente se dispone de un considerable número de investigaciones en muchos países.

A pesar de ello, los estudios en entornos naturales y desde el punto de vista de los mismos usuarios son aún poco habituales, probablemente porque en la cultura prohibicionista los usuarios son considerados

como ‘descarriados’. Por este motivo, el impacto de sus conclusiones en las políticas de drogas y los modelos operativos de los servicios de drogas se subestiman constantemente, cuando no se ignoran por completo.

Una última observación: es difícil llegar a los usuarios de cocaína en sus entornos naturales debido al estatus ilegal de las sustancias. Los usuarios suelen ocultar su hábito para evitar ser descubiertos y mantenerse al margen de las sanciones penales y la estigmatización social. Por lo tanto, la mayor parte de los conocimientos actuales en materia de uso de drogas procede de los profesionales especializados en la adicción de sustancias y de los resultados basados en los subgrupos de usuarios más accesibles y visibles (fundamentalmente grandes consumidores reclutados en programas de tratamiento y/o usuarios en alternativas terapéuticas al encarcelamiento). Esto conlleva el riesgo de generalizar sobre la base de un panorama parcial de los patrones de uso (intensivo).⁹

Principales conclusiones de los estudios sobre el uso de cocaína en entornos naturales

Ni los estudios epidemiológicos ni los estudios cualitativos en profundidad confirman que el mayor riesgo para los usuarios de cocaína esté en desarrollar patrones de uso adictivo. El análisis de las trayectorias de uso de drogas tal como se plantean en algunos estudios recientes resulta claramente revelador: los usuarios que reportan una trayectoria de ‘escalada’ (es decir, un incremento lento pero constante del uso de drogas) son una minoría muy pequeña.

Las trayectorias más habituales son de ‘discontinuidad/intermitencia/oscilación’ (períodos de uso intensivo que se alternan con períodos de uso ocasional o de abstinencia) y de ‘subida-cúspide-bajada’ (escalada hasta llegar a un nivel máximo de uso, seguida de un descenso).¹⁰ En conjunto, las trayectorias prevalentes parecen variables, con una tendencia más a la baja que al alza.

En uno de estos estudios etnográficos, realizado en la ciudad belga de Amberes, más o menos la mitad de los usuarios

alcanzó un alto nivel de uso en su período de mayor consumo de cocaína, pero la inmensa mayoría de estos no mantuvo ese elevado nivel. El estudio de seguimiento demuestra que para la mayoría de los usuarios, entrevistados 12 años después, el uso habitual de cocaína no se tradujo en una ‘pérdida de control’ ni en una alteración de sus compromisos cotidianos.¹¹

Esto no significa que el uso de cocaína no entrañe riesgos significativos; los riesgos existen y, por lo general, los usuarios son muy conscientes de los posibles efectos negativos de la sustancia, especialmente de los físicos y psicológicos. Y es precisamente esa concienciación de los riesgos lo que ayuda a los usuarios a mantener bajo control el uso de cocaína.

El concepto de control

El concepto de control aplicado al uso de cocaína contradice la representación social dominante de que las drogas ilegales son algo intrínsecamente ‘fuera de control’, haciéndolo difícil de entender. En cambio, ese mismo concepto queda totalmente claro cuando se aplica al alcohol. En las sociedades europeas, por ejemplo, la gente es perfectamente consciente de que la gran mayoría de los usuarios de alcohol controlan su consumo para evitar caer en el alcoholismo. Además, tampoco se sorprende si algunas personas atraviesan períodos de consumo más intenso y después ‘bajan’ a un uso más moderado, según cambian las circunstancias de su vida.

Por poner un ejemplo: rebajar el consumo hasta alcanzar un patrón más moderado de uso de alcohol es algo que suele suceder a los jóvenes conforme van creciendo y dejan atrás el estilo de vida nocturna centrado en ir a fiestas con el fin de involucrarse más en su carrera laboral. En otras palabras: es de sentido común que el beber alcohol es una experiencia compleja, en la que influyen factores sociales/ambientales e individuales/psicológicos; las propiedades químicas adictivas de la sustancia también tienen su papel, pero este es limitado.

Los estudios cualitativos ya mencionados resaltan que otros factores, además de los farmacológicos, desempeñan un papel importante, tanto en el caso de las drogas

ilegales como de las legales: la variabilidad de los patrones en el uso de drogas está relacionada con los cambios en las circunstancias y los compromisos vitales. La mayoría de los usuarios parecen ser conscientes de esta relación, tal como ilustran las palabras de estas personas usuarias de cocaína entrevistadas en un estudio realizado en la ciudad italiana de Turín:¹²

“Cuando estaba trabajando, consumía cocaína de forma intensiva; cada sábado durante cuatro o cinco semanas consecutivas. Pero después lo frené. Volví a consumir de forma intensiva cuando empecé a ir a la universidad y volví a bajar a un uso ocasional poco después.”

“Tuve un año de uso intensivo, seguido por un período de bajada. Toqué mi techo de uso cuando tenía 25 años, pero solo duró un año o menos.”

Estas dinámicas trayectorias de uso de la cocaína también están relacionadas con un proceso de aprendizaje a partir de la experiencia, como sucede en muchos otros ámbitos humanos. También en este caso, los usuarios parecen ser conscientes del proceso, como indican las siguientes citas de los estudios en Toscana y Amberes:¹³

“Consumo de manera más consciente, que simplemente viene de la experiencia, como todo en la vida. Funciona así: **sencillamente aprendes a controlar el consumo.**”

“Ahora sé lo que es. Cómo te sientes con ese subidón y tal, para qué es bueno y para qué no, en qué circunstancias prefiero usarlo y eso. Lo que es bueno y lo que es malo.”

La mayoría de las personas que usan cocaína aprenden a controlar la droga estableciendo un amplio abanico de reglas autoimpuestas con respecto a la sustancia en sí (por ejemplo, eligen la calidad, la cantidad y la frecuencia de uso), la serie de condiciones físicas o psicológicas para el uso (por ejemplo, solo la usan cuando se sienten bien y evitan usarla cuando están de mal humor) y el entorno, es decir, el contexto (por ejemplo, la usan con determinadas personas, solo en los fines de semana, pero no con personas desconocidas, no en el trabajo).

Peter Cohen, investigador especializado en drogas, ofrece una definición clara y exhaustiva de ‘control’: “los controles sobre el uso de drogas se definen como conductas o reglas autoimpuestas que regulan la selección de los lugares de consumo de drogas y la compañía del consumidor, determinan a nivel normativo la cantidad de droga usadas y los estados de ánimo adecuados (o inadecuados) para el uso”.

Estos controles buscan estructurar el uso de drogas dentro del extenso campo de los compromisos de la vida cotidiana y “uno podría entender la complejidad de estas vidas como el principal motor de control del uso de drogas y alcohol”.¹⁴ Estas reglas autoimpuestas procuran identificar el uso de drogas ‘funcional’ frente al ‘no funcional’. Cuando el uso empieza a ser no funcional –o totalmente disfuncional– dentro de la complejidad de la vida, éste se modera o incluso se abandona.

Estas conclusiones contrastan con la imagen social predominante sobre las drogas ilegales. En las sociedades occidentales, el concepto de ‘uso funcional’ es evidente cuando se aplica al alcohol, ya que se trata de una sustancia muy ritualizada. Así, en la cultura dominante existe una amplia gama de reglas sociales que indican qué conducta con respecto al consumo de alcohol es apropiada y ‘funcional’. Esto significa de forma implícita que el alcohol es visto socialmente como una sustancia con ‘ventajas’ (así como con desventajas).

La misma idea es menos aceptable –o incluso inaceptable– cuando se trata de drogas ilegales, que se supone que son intrínsecamente ‘disfuncionales’ y ‘desventajosas’. Sin embargo, los conocimientos que proceden de las percepciones de los usuarios se ignoran. Los usuarios reportan muchas ventajas relacionadas con el uso de cocaína, especialmente la sensación de euforia, la inyección de energía, el sentimiento de relajación y la facilitación de la comunicación.¹⁵

La negativa a tener en cuenta esta parte del uso ilegal de las drogas supone un obstáculo importante para poder entender dicho uso. Si las drogas no tienen ventajas, la gente no tiene motivo alguno para optar por consumirlas. Si lo hacen, es solo

porque se encuentran bajo los efectos de las propiedades adictivas de las drogas. Esta perspectiva negativa sobre las drogas –inspirada, en última instancia, por una actitud ‘moral’ frente a las sustancias psicoactivas– lleva a que el uso de drogas se considere como algo patológico y que los usuarios de drogas se vean como personas pasivas e indefensas. Siguiendo este razonamiento viciado, la ‘patologización’ del uso de drogas genera expectativas sociales de ‘pérdida de control’ con respecto a las drogas. Estas expectativas pueden correr el riesgo de funcionar como una profecía autocumplida, lo cual debilita las capacidades de autorregulación de los usuarios en lugar de reforzarlas.

Una de las principales consecuencias del enfoque patológico es que se espera que los usuarios no sean capaces de ‘bajar’ a patrones de uso más moderado cuando hayan alcanzado un nivel máximo de uso intensivo (adictivo). Esta idea no encaja con la gran diversidad de trayectorias de uso de drogas, tal como se concluye en los estudios realizados en entornos naturales.

A pesar de ello, las expectativas de carácter patológico surgen de las actitudes moralistas ante el uso intensivo de drogas que impera en la cultura dominante. Como señaló Norman Zinberg, profesor de *Psiquiatría* de la Universidad de Harvard y experto en drogas: “La insistencia cultural en el decoro extremo sobredimensiona los factores que determinan la droga y el conjunto de condiciones de uso al implicar que las normas sociales se rompen debido al poder de la droga o a algún trastorno de personalidad del usuario. [Esto ignora la conclusión de que] *el uso de estupefacientes tiende a cambiar según el momento de la vida, el estatus e incluso la ubicación geográfica*”.¹⁶

El modelo basado en la enfermedad

La visión patológica del uso de drogas es aún preponderante, al menos en la cultura oficial dominante, y desempeña un papel crucial en las políticas de drogas, una cuestión que trataremos más adelante. Por otro lado, el ‘modelo basado en la enfermedad’ es el principal enfoque que se utiliza en los tratamientos que ofrecen los servicios especializados en la adicción a drogas.

El término ‘enfermedad’ se usó por primera vez en referencia al alcoholismo, a principios del siglo XIX, pero los fundamentos teóricos del modelo basado en la enfermedad fueron desarrollados por E. Morton Jellinek. En este, la adicción se considera una enfermedad primaria, caracterizada por una pérdida de control y la negación de la gravedad de la propia enfermedad.

La teoría de la adicción se ha extendido del alcohol a otras sustancias psicoactivas. Así, la adicción se deriva de las propiedades farmacológicas de las drogas y de la propensión individual a desarrollar la enfermedad. La recuperación es un proceso de contención que dura toda la vida y que solo puede lograrse mediante la abstinencia permanente de todas las sustancias. Una vez más, existe una influencia mutua entre las actitudes moralistas frente a las drogas y la teoría de la adicción: el objetivo último de ambas es eliminar las drogas en lugar de regular su uso.¹⁷

Uno de los principios elementales del modelo basado en la enfermedad es su lógica dicotómica: bebido o sobrio, abstinentes o adicto, uso controlado (adoptando patrones moderados de uso de forma permanente) o uso incontrolado (con una pérdida de control permanente).

El acento unilateral en las características bio-psicológicas individuales ignora el papel de las condiciones ambientales (como las circunstancias de la vida o el cambio de los compromisos cotidianos), aunque estas son de vital importancia para comprender que el control es un proceso dinámico que afecta a todos los usuarios (aunque sea a distintos niveles) y no es propiedad exclusiva de un grupo concreto de usuarios. La lógica dicotómica queda clara en las palabras del farmacólogo Gian Luigi Gessa, que divide a los usuarios de cocaína en dos categorías distintas: usuarios de cocaína ‘dependientes’ (que consumen de forma regular y moderada) y usuarios de cocaína ‘adictos’, que han escalado a un uso intensivo y que, por tanto, se presupone que se encuentran bajo los efectos de las drogas en todo momento.¹⁸ Sin embargo, todo uso ilegal de drogas está predestinado a ser visto desde la perspectiva de la enfermedad. En consecuencia, incluso el uso moderado se convierte en ‘patológico’ y los usuarios moderados son tildados de

‘dependientes’, tal como dejan bien claro las categorías mencionadas. (Esta es la principal diferencia con respecto al alcohol: a los bebedores moderados no se les suele ‘patologizar’.)

En la misma línea, el uso ilegal habitual de drogas suele ser calificado de ‘crónico’, independientemente de los patrones de consumo. Y lo que es aún más importante: el acento en la ‘pérdida de control’ lleva a subestimar las capacidades de autorregulación de los usuarios (sobre todo de los intensivos) para mejorar ‘bajando’ a patrones de uso más moderado. Esto sucede a pesar de las pruebas resultantes de estudios epidemiológicos y otras investigaciones. En lo que se refiere al alcohol, por ejemplo, los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol de los Estados Unidos con respecto a las personas alcohólicas tratadas y no tratadas seguidas durante un año fueron examinados por Stanton Peele, que subraya que la mayoría de los usuarios dependientes del alcohol, en tratamiento o no, constan como “en remisión”, ya que estaban “mejorando aunque seguían bebiendo”.¹⁹

A pesar de todo, para poder ajustarse al modelo, la mayoría de los profesionales que trabajan en el campo de la adicción de drogas fijan la abstinencia como único objetivo válido del tratamiento, a menudo en contra de la voluntad del propio usuario. La consecuencia es que los objetivos que impulsan los terapeutas generan resistencias en las personas que se someten a tratamiento, limitando las probabilidades de un resultado positivo. Por el contrario, los mejores resultados en un tratamiento se dan cuando los objetivos son elegidos por la persona que lo sigue. Sin embargo, es bastante común que se presione a los usuarios para que firmen un plan de tratamiento con el que no están de acuerdo.²⁰

Discrepancias entre el punto de vista de los profesionales y el de los usuarios

Aunque muchos usuarios de cocaína son capaces de mantener un control constante sobre su consumo de drogas, muchos otros pasan por períodos de menor control, como lo demuestran las diversas trayectorias descritas arriba. Sin embargo, la mayoría de

ellos no están dispuestos a solicitar ayuda en los servicios de drogas, incluso en la fase de uso más intensivo. En primer lugar y ante todo, desean evitar la etiqueta de ‘adicto’ y son reacios a inscribirse en programas de tratamiento intensivo a largo plazo (el tipo de tratamiento más común que se ofrece en los servicios de adicción a las drogas).

En segundo lugar, aparentemente no están de acuerdo con uno de los principios básicos del modelo basado en la enfermedad, que sostiene que esa ayuda es necesaria porque los usuarios de drogas se encuentran indefensos ante ellas. Esa supuesta ‘indefensión’ no solo no se ajusta a la percepción de los usuarios, también socava su autoeficacia, con lo que, paradójicamente, se limitan en lugar de fomentarse sus capacidades de adaptación a nuevas situaciones. Este punto se analizará con mayor detalle más adelante.

La principal discrepancia entre profesionales y usuarios se da con respecto a la consideración de las estrategias de reducción del consumo y del uso controlado como objetivos válidos y viables en el tratamiento. En opinión de muchos profesionales que trabajan en el campo de la adicción a las drogas, el uso controlado es solo un paso temporal en la escalada hacia el uso crónico, a no ser que los usuarios pasen a la abstinencia. Reducir el consumo a un uso más controlado puede considerarse como un objetivo aceptable solo para los denominados usuarios crónicos que no se han beneficiado de tratamientos orientados a la abstinencia.

Desde esta perspectiva, el uso controlado es la segunda opción, mientras que la abstinencia se ve confirmada como ‘la misión’ de los servicios. La discrepancia más acusada se observa en la valoración de la abstinencia temporal, que es una de las estrategias de control más frecuentes y eficientes que adoptan los usuarios cuando se dan cuenta de que están sobrepasando sus límites y el uso de drogas corre el riesgo de convertirse en una prioridad por encima de otras actividades y compromisos cotidianos (como el trabajo o la vida familiar, por ejemplo). Al mantener esta perspectiva de enfermedad, muchos profesionales se centran en la ‘recaída’ y no en la capacidad de los usuarios de cocaína para pasar a la abstinencia y sostenerla durante un período de tiempo (a veces largo).

Hacia la 'normalización' de las drogas ilegales y las intervenciones en materia de drogas

Desarrollar una alternativa al modelo basado en la enfermedad tiene muchas ventajas. En primer lugar, permite ampliar la gama de intervenciones disponibles e incrementar el número de usuarios en contacto con servicios de drogas. Para muchos de ellos, sería útil recibir más información o asesoramiento para mantener o recuperar un patrón de uso controlado. Los usuarios más problemáticos, ya inscritos en el tratamiento, pero con escasos resultados y un bajo grado de cumplimiento, también podrían beneficiarse de un enfoque distinto.

Elevar el objetivo de número de usuarios en contacto con servicios de drogas no significa una (mayor) medicalización del uso de drogas. Al contrario: esto podría contribuir a la 'desmedicalización' de los modelos operativos en los servicios de drogas, siguiendo un proceso de 'normalización' de esos mismos servicios en el contexto del sistema de atención de la salud.

El concepto de normalización tiene muchos significados. Por lo general, evoca la adecuación social y cultural de una determinada conducta (en este caso, el uso de drogas), que conduce a una mayor aceptación social de algo que antes se veía como fuera de la norma.²¹ En el campo de las drogas ilegales, la normalización también puede suponer 'alinearse' las drogas ilegales con las legales (el alcohol), utilizando un paradigma parecido para explicar el consumo de sustancias psicoactivas.

Las funciones sociales del uso de alcohol son claras, especialmente en los países del sur de Europa, donde las bebidas alcohólicas están integradas en la vida familiar y los contextos sociales. Este nivel de integración implica que, en la cultura europea, el alcohol no puede reducirse a un 'agente psicotrópico' y su uso tampoco puede explicarse únicamente por los efectos de sus propiedades farmacológicas. Desde esta perspectiva, 'normalizar' las drogas ilegales entraña reconocer el papel del entorno y del contexto social en la conformación del uso, del mismo modo que sucede con el alcohol.

Existe también otro ámbito más importante

de normalización: el de las intervenciones de drogas. Las lecciones aprendidas de una larga tradición de investigación psicológica se deben aplicar en el campo del uso de drogas, de acuerdo con la práctica clínica habitual en otras áreas problemáticas. Por ejemplo, a diferencia de lo que propone el modelo basado en la enfermedad, apoyar las capacidades de autorregulación de los usuarios está en consonancia con los resultados de los estudios psicológicos que han demostrado el valor de las creencias y de los tratamientos que promueven la autoeficacia y permiten a las personas que los siguen ejercer un mayor poder y autodominio.²²

Siguiendo esta vía, se pueden adoptar las propuestas de los últimos enfoques en la atención de la salud para diseñar nuevas prácticas en los servicios de drogas. Estos enfoques confirman los principios del modelo basado en la autorregulación. En concreto, la hipótesis de que la persona que sigue el tratamiento es capaz de practicar la autogestión cuenta con una amplia aceptación tanto en la psicología como en la medicina, incluso en el caso de pacientes con graves problemas de salud.

Por ejemplo, el modelo de promoción de la salud, formulado en la psicología del desarrollo, tiene por objetivo fomentar identidades positivas, centrándose en las partes positivas de la experiencia humana. En consecuencia, las personas en tratamiento son vistas como 'expertas', que se basan en los conocimientos que han adquirido de su propia experiencia vital.²³ Los programas de autogestión están integrados en esta base teórica. Aunque este enfoque se aplica de forma generalizada en varios tipos de programas de salud, rara vez se acepta en el ámbito del uso ilegal de drogas o solo de manera parcial, únicamente en el caso de personas que siguen programas orientados a la abstinencia.

No existe ningún motivo aparente para esta limitación, aparte del sesgo moralista en torno al uso ilegal de drogas. Por lo tanto, en el marco de un enfoque 'normalizador' frente a las intervenciones de drogas la autogestión se debería aplicar a todos los usuarios. Igualmente, contar con una amplia gama de distintos objetivos de la intervención (de la abstinencia a la reducción), siguiendo

la hipótesis que plantea el modelo de autorregulación, es coherente con la experiencia de los usuarios y con el concepto de cambio como un proceso gradual y a largo plazo, de acuerdo con las últimas teorías y estudios en el campo de la psicología.²⁴

Más allá del paradigma de la enfermedad: puntos clave para un modelo basado en la autorregulación

El modelo basado en la autorregulación se fundamenta en una revisión crítica del modelo basado en la enfermedad y en una visión de conjunto de los enfoques más innovadores en los programas de salud. En el marco del proyecto NADPI, ya se ha publicado un informe en el que se presenta una exposición detallada del nuevo modelo operativo (solo disponible en inglés).²⁵ En estas páginas, nos limitaremos a ofrecer un resumen de sus puntos clave: el acento puesto en 1) las *capacidades de los usuarios*, de acuerdo con el enfoque proactivo y la promoción de las competencias y el bienestar; y 2) el *contexto social y el entorno de uso*.

El primer punto lleva a numerosas innovaciones en las intervenciones de drogas, entre las cuales la oferta de varios programas de autogestión e intervenciones de corto plazo con el fin de ‘apoyar’ las competencias de los usuarios (en lugar de ‘ayudar’ a clientes que, de otro modo, estarían indefensos); la ampliación de los objetivos de los usuarios con respecto a distintos niveles de control sobre las drogas; una relación entre usuarios y profesionales más equilibrada para poder construir una alianza con los conocimientos de unos y otros; y la ampliación de los objetivos de la intervención para tener en cuenta cualquier paso positivo durante todas las etapas del uso de drogas, pero también cualquier cambio positivo en el conjunto de la experiencia vital de los usuarios.

La importancia del contexto social y del entorno de uso tienen muchas consecuencias a la hora de entender el uso de drogas y en la práctica de los servicios. Los usuarios no viven en un vacío social; puede que las características individuales de la personalidad sean importantes, pero también lo son las subculturas del uso de drogas, las tasas de desempleo, las políticas relativas al alcohol y las drogas, y la estigmatización

y la discriminación de los usuarios. Por lo tanto, se necesita un giro que deje atrás la perspectiva clínica individual y se centre en un enfoque comunitario.²⁶ Por ejemplo, las actividades de incidencia deberían ser una pieza clave del nuevo modelo, ya que la sensibilización de los usuarios sobre sus propios derechos constituye una forma de control sobre sus vidas.

Una vez más, se debe enfatizar la importancia de una ‘estructura vital’ (es decir, las actividades y compromisos habituales que estructuran la vida cotidiana) sólida a la hora de aprender a ejercer control sobre el uso de drogas. Como señalan Tom Decorte y Marjolein Muys, resumiendo las conclusiones de su estudio de seguimiento: “Uno de los fenómenos más importantes que impide que los usuarios se conviertan en dependientes crónicos es la implicación en la red social y en actividades e intereses incompatibles... como los usuarios están anclados en sus vidas e identidades y tienen un interés en la vida convencional, son capaces de limitar su uso de cocaína”.²⁷

El papel clave del contexto social en la conformación del uso de drogas se ve corroborado por las investigaciones en diversos campos, como los estudios y las revisiones sobre el vínculo entre los problemas de drogas y las privaciones socio-económicas. Aunque el uso recreativo de drogas no es más prevalente entre grupos socialmente excluidos que entre grupos más acomodados, los patrones más dañinos de consumo y sus peores consecuencias se concentran en los barrios marginales.²⁸

Estas conclusiones conllevan importantes implicaciones normativas: las políticas sociales amplias son fundamentales para las personas usuarias de drogas y pueden ser más eficaces a la hora de fortalecer la estructura vital de estas. En la mayoría de los países europeos, predomina un enfoque ‘hiperespecializado’ ante los problemas de salud de los usuarios de drogas debido a uno de los principios básicos del modelo basado en la enfermedad: “lo primero que se debe abordar es el problema de drogas”. Teniendo en cuenta la relevancia del contexto social, se debería limitar el énfasis en la ‘hiperespecialización’. En lugar de ello, el acceso a las prestaciones sociales para los usuarios de drogas debería ser el mismo

que para cualquier otro ciudadano. Sin embargo, actualmente en muchos países esas prestaciones no se ponen a disposición de los usuarios de drogas, excepto en el caso de que dejen de consumirlas. Así, un factor clave para innovar en las políticas de drogas pasaría por vincularlas con las políticas de bienestar social.

El replanteamiento de la reducción de daños desde la perspectiva de la autorregulación

El modelo basado en la autorregulación está integrado en la reducción de daños, además de extender algunos de sus puntos básicos hacia nuevas direcciones. En la actualidad, la reducción de daños se entiende fundamentalmente como un conjunto de programas de salud pública, entre los cuales el intercambio de agujas para los usuarios de drogas inyectables, la prevención de sobredosis y la terapia de mantenimiento con metadona.

Sin embargo, la reducción de daños no se reduce únicamente a la aplicación de principios de salud pública en el campo del uso de drogas. Es también de un *enfoque* – frente al uso y las políticas de drogas– que persigue reducir las consecuencias negativas del consumo de estupefacientes sin rebajar necesariamente dicho consumo. Se trata de un enfoque alternativo a las políticas centradas en reducir la prevalencia del uso de drogas con el objetivo último de eliminarlo.

Y aún más importante: la reducción de daños surgió de la incidencia de base entre los propios usuarios de drogas, impulsada por iniciativas de autoayuda que perseguían proteger la salud de los mismos usuarios. Por lo tanto, el acento que pone el modelo basado en la autorregulación en las capacidades de los usuarios de drogas responde a los principios fundamentales de la reducción de daños: reconocer las capacidades de los usuarios de drogas para controlar los riesgos del consumo, luchar contra la imagen social de ‘adictos indefensos y desvalidos’ y minimizar las condiciones (ambientales) negativas que inhiben esas capacidades.

Si bien la reducción de daños como conjunto de programas de salud pública se ha desarrollado ampliamente en Europa

y a escala global desde la década de 1990, hasta la fecha, la reducción de daños como enfoque ha permanecido en un segundo plano. Paradójicamente, el establecimiento de la reducción de daños como el cuarto pilar de las políticas de drogas –junto con los tres pilares tradicionales de la prevención, el tratamiento y la aplicación de la ley– ha socavado la reducción de daños como enfoque y como concepto primordial de las políticas de drogas que se suponía que debía tener un impacto sistemático en los otros pilares, con el fin de modificar los objetivos y las estrategias del control de drogas.

Sin duda, el establecimiento del cuarto pilar se ha traducido en importantes beneficios: ha extendido medidas de prevención como el intercambio de agujas e introducido centros de umbral bajo en el sistema de servicios de drogas; y ha promovido un enfoque científico que tiene en cuenta la relación entre coste y eficacia en las intervenciones de drogas limitando a la vez la hostilidad moralista contra los programas no orientados a la abstinencia. No obstante, en muchos países el cuarto pilar de la reducción de daños se ha convertido en una especie de socio auxiliar del pilar del tratamiento, sin ningún impacto en los servicios formales de drogas, que siguen estando dominados por el modelo de enfermedad de la adicción. En resumen, la reducción de daños es considerada como un último recurso para los usuarios crónicos que se supone que son *incapaces* de iniciar un tratamiento o de cumplir con los tratamientos tradicionales. Esto representa un paso atrás hacia una forma *desempoderadora* de ver a los usuarios de drogas, en lo que supone un vuelco completo de perspectiva.

El modelo basado en el control y la autorregulación puede reimpulsar la reducción de daños como el principal enfoque en toda la red de intervenciones, programas más estructurados y una psicoterapia específica.

El acento en el *control* es clave para clarificar el contexto teórico de la reducción de daños, que pasa de las propiedades *negativas* (de riesgo/nocivas) de las sustancias a centrarse en los recursos *positivos* individuales y –cabe destacar– ambientales que permiten a una persona situarse ‘por encima de la influencia’ de las drogas. Además, puede contribuir

a superar otra de las limitaciones de que la reducción de daños quede confinada a un 'pilar' concreto: el acento excesivo que se pone en el daño de las sustancias y la poca atención que se presta a los daños de las políticas (y de las leyes punitivas en particular). En lugar de ello, y en palabras del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas: "Los enfoques de reducción de daños también persiguen identificar y propugnar cambios en las leyes, normativas y políticas que aumentan los daños, o que bloquean la introducción o la eficacia de intervenciones para reducirlos".²⁹ A esto se podría aún añadir políticas que dificultan –o incluso destruyen– los mecanismos de autorregulación de los usuarios.

La investigación sobre el control ofrece una pista para una evaluación más clara de los daños provocados por las políticas de drogas. Los sistemas de control de drogas basados en la prohibición actúan para dismantelar las condiciones para el control individual del consumo de drogas encarcelando, marginando y discriminando a los usuarios. La estigmatización y el castigo del uso de drogas socava la estructura vital de los usuarios y su anclaje en los compromisos cotidianos, privándolos de esos "intereses en la vida y la identidad convencional" que les permiten limitar su consumo de drogas.³⁰ Además, "las estructuras comunicativas de los usuarios de drogas se ven amenazadas constantemente, reduciendo su eficiencia como vehículos de conocimientos sobre un uso seguro".³¹

Para reiterar la idea: la reducción de daños es un enfoque alternativo a las políticas centradas en reducir la prevalencia del uso de drogas para acabar con dicho uso. La investigación sobre el control del uso ha demostrado la importancia de las culturas que promueven un uso más sano y seguro a la hora de regular –en lugar de reducir y eliminar– el uso de drogas en sí.

La comparación con el alcohol permite apreciar cómo el anclaje de su uso en la vida cotidiana de la familia y en los rituales sociales funciona para apoyar los patrones de uso moderado. Históricamente, en las llamadas culturas 'húmedas' (en los países mediterráneos, por ejemplo), los patrones de consumo de alcohol de alto riesgo son menos frecuentes que en las culturas 'secas'

(del norte), a pesar de que la prevalencia del uso de alcohol sea mucho mayor. Desde una perspectiva de salud pública, la prioridad debe ser amparar la adecuación cultural de las drogas ilegales, mediante el desarrollo de normas sobre uso, dosis y entornos más seguros de uso, y la difusión de estas normas entre las personas usuarias. Las políticas de drogas deben fomentar –o al menos permitir– esta difusión, en lugar de prohibirla por razones 'morales'. Tal como señaló Zinberg: "Irónicamente, las medidas para eliminar todo tipo de uso actúan en contra del desarrollo del control por parte de quienes deciden usar drogas de todos modos".³²

Conclusión

El modelo basado en la autorregulación puede reimpulsar el potencial de la reducción de daños, tanto en los servicios de drogas como en las políticas en la materia. En cuanto a los primeros, facilitar el desarrollo de controles y ayudar a difundirlos ampliamente entre los usuarios debería ser 'la misión' primordial de los servicios de drogas y los programas de prevención de sustancias. El papel de los servicios a la hora de mantener las estructuras comunicativas de los usuarios puede ser crucial, ya que las reglas para un uso seguro de drogas ilegales están confinadas en las subculturas de los usuarios, precisamente debido a su ilegalidad.

Esto es especialmente importante en el caso de los estimulantes y de la cocaína en concreto. Esta sustancia no solo tiene una larga historia, con distintas imágenes sociales, diversos patrones de uso y modos de uso en diferentes niveles de riesgo, sino que también ha sido muy estudiada desde el punto de vista del usuario. Este conocimiento debería ser asimismo un recurso importante para las políticas de drogas.

El desafío para la reducción de daños desde una perspectiva de la autorregulación radica en facilitar las condiciones ambientales para minimizar los riesgos y daños, potenciar las competencias y habilidades de los usuarios, y poner en práctica políticas sociales amplias que persigan ayudar a los usuarios a gozar de oportunidades para una vida convencional.

Notes

1. Grazia Zuffa es doctora en Psicología y trabaja en el ámbito de la investigación sobre políticas de drogas, además de ser socia fundadora de la ONG italiana Forum Droghe. Este informe se ha elaborado en el marco de la línea de trabajo sobre programas innovadores de prevención del abuso de cocaína y de múltiples drogas del proyecto Nuevos Enfoques en materia de Intervenciones y Políticas de Drogas (NADPI por su sigla en inglés), que cuenta con el apoyo financiero del programa 'Información y prevención en materia de drogas' de la Unión Europea y de La Società della Ragione. En él, se resumen los principales resultados del seminario de expertos que el proyecto organizó en Florencia del 20 al 22 de junio de 2013.
2. En 1976, Norman Zinberg efectuó un estudio pionero sobre el uso controlado de drogas, reclutando a personas usuarias de cannabis, sustancias psicodélicas y opiáceos; véase: N. Zinberg (1984), *Drug, set, setting*, Yale University Press, New Haven y Londres. En el ámbito del cannabis, véase también: Cohen, Peter y Arjan Sas (1998), *Cannabis use in Amsterdam*. Amsterdam, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam; Reinarman, Craig, Peter D.A. Cohen y Hendrien L. Kaal (2004), *The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco*. *American Journal of Public Health*, 2004; 94:836–842. En el ámbito de las anfetaminas, véase: Uitermark, Justus y Peter Cohen (2004), *Amphetamine users in Amsterdam. Patterns of use and modes of self-regulation*, <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html>
3. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_ES_TDAT13001ESN1.pdf
4. Informe Europeo sobre Drogas, p. 34-37.
5. Informe Europeo sobre Drogas, anexo 1, V).
6. Véase Cohen, P. (1999). Shifting the main purpose of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *The International Journal of Drug Policy*, 10, 223-234.
7. Por ejemplo, el abandono (parcial) de la tradicional 'cultura húmeda' de consumo de alcohol entre los jóvenes del sur de Europa solo se puede comprender plenamente en relación con el cambio en los estilos de vida entre esta población (donde los estilos de 'vida nocturna' y 'salir de fiesta' ocupan un lugar destacado). Véase Beccaria, F. (Ed.) (2010). *Alcol e generazioni*. Roma: Carocci Editore.
8. Véase Cohen, P. (2004). Le droghe ricreative. En F. Corleone y G. Zuffa (Eds.), *La ragione e la retorica*. (pp. 57-65) Ortona: Edizioni Menabò. (Datos del Estudio de Prevalencia Nacional de Cedro, 1997 y 2001 - Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam).
9. Para una discusión más exhaustiva sobre las investigaciones entre usuarios de drogas ilegales, véase: T. Decorte (2010), *Come si diventa un consumatore controllato*, en G. Zuffa (ed.), *Cocaina, il consumo controllato*, Turín, Edizioni Gruppo Abele, 191-217.
10. En un estudio de 111 usuarios experimentados de cocaína en la ciudad belga de Amberes, solo el 3,6 por ciento reportó la trayectoria de 'escalada'; véase: Decorte, T. (2001). Drug users' perceptions of controlled and uncontrolled use. *International Journal of Drug Policy*, 12, 297-320. Sobre ese mismo estudio, véase también: Decorte, T. (2000). *The taming of cocaine*. Bruselas: VUB University Press. En un estudio italiano de 115 usuarios de cocaína en la región de Toscana, el índice de la trayectoria de escalada se estableció en un 13 por ciento; véase: Bertoletti, S. y Meringolo, P. (2010). Viaggio fra I giovani consumatori invisibili di cocaina. En G. Zuffa (Ed.), *Cocaina, il consumo controllato*, cit. En el estudio de Amberes, el patrón de cambio más común era el de 'subida-cúspide-bajada' (26,1 por ciento), mientras que en el de Toscana era el de 'intermitencia' (25,2 por ciento), inmediatamente seguido por el de 'subida-cúspide-bajada' (20,9 por ciento). Para un estudio fundamental sobre los avances teóricos, véase: Cohen, P. y Sas, A. (1994), *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. Amsterdam: CEDRO. Para una visión general de los estudios sobre controles véase: Zuffa, G., Grund, J.P. y Meringolo, P. *Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs*. *Repertoire of Scientific Literature*.
11. Decorte, T. y Muys, M. (2010). Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of cocaine use. En T. Decorte y J. Fountain (Eds.), *Pleasure, Pain and Profit*. (pp. 35-54). Lengerich: Pabst, Wolfgang Science.
12. Ronconi, S. (2010). Non solo molecole. Evidenze biografiche e stereotipi chimici. En G. Zuffa, *op. cit.*, pp. 109-158.
13. La primera cita es de una persona usuaria de cocaína en Toscana; la segunda, en Amberes. Véase: Bertoletti, S. y Meringolo, P. (2010); Decorte, T. (2001).
14. Cohen, P. (1999), p. 230.
15. Véase, en particular: Decorte, T. y Muys, M. (2010), p. 42.
16. Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven y Londres: Yale University Press (p. 8).
17. Para más información sobre los vínculos entre el modelo moralista y el basado en la enfermedad, véase: Marlatt G.A. (1996), *Harm Reduction: come as you are*, *Addictive Behaviours*, 21, 6, 779-788.
18. G.L. Gessa (2008), *Cocaina*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, 61".
19. Peele, S. (2007). Addiction as Disease. Policy, Epidemiology, and Treatment Consequences of a Bad Idea. En J. Henningfield, P. Santora y W. Bickel (Eds.), *Addiction Treatment. Science and Policy for the Twenty-First Century*. (pp. 153-165). Baltimore: Johns Hopkins University Press. En el Estudio Epidemiológico Nacional sobre Alcohol y Afecciones Relacionadas (NESARC) de 2005 citado por Stanton Peele, se siguieron durante un año los resultados de 4.422 personas alcohólicas. De ellas, solo 1.205 se sometieron a tratamiento. Para aplicar la definición de 'en remisión', se consideraron dos resultados posibles: 'abstinencia' o 'bebiendo sin dependencia'. El índice de personas 'en remisión' era más alto para los bebedores sin tratamiento (76 por ciento frente a 71 por ciento), aunque el índice de 'abstinencia' era más alto para las personas tratadas. En cualquier caso, incluso entre las personas que habían seguido un tratamiento, el resultado prevalente era el de 'bebiendo sin dependencia'.
20. Esta es una práctica que suelen denunciar los profesionales de la reducción de daños cuando intentan derivar a personas usuarias de cocaína a servicios

de tratamiento, como se menciona en el estudio de usuarios de cocaína en Toscana. Para una revisión crítica del modelo basado en la enfermedad, véase: Denning, P., Little, J. y Glickman, A. (2004). *Over the Influence. The Harm Reduction Guide for Managing Drugs and Alcohol*. Nueva York y Londres: The Guilford Press; Denning, P. y Little, J. (2012). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An Alternative Approach to Addictions*. Nueva York y Londres: The Guilford Press.

21. Sobre el concepto de normalización, véase: Parker, H., Aldridge, J. y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure. The normalization of adolescent drug use*. Londres: Routledge.
22. Bandura A (1977), Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol Rev*, Mar,84(2),191-215. Para una visión general de las terapias contra la adicción, véase: Rotgers F., Morgenstern J., Walters S.T. (eds) (2003), *Treating Substance Abuse, Theory and Technique*, The Guilford Press, Nueva York y Londres; Peele S. (2004), *Seven tools to beat addiction*, Three Rivers Press, Nueva York.
23. McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. y Knickman, J.R. (2001). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
24. Di Clemente, C.C. (1999). Prevention and Harm Reduction for chemical dependency: a process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19 (4), junio, 473-486.
25. Grund, J.P., Ronconi, S. y Zuffa, G. (2013). *Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self-regulation and control model - Operating Guidelines*. NADPI, Innovative cocaine and polydrug abuse prevention programme.
26. Para una visión general de la psicología comunitaria frente a la basada en la salud clínica, véase: Orford, J. (2008). *Community Psychology: Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. Chichester: John Wiley & Sons.
27. Decorte, T. y Muys, M. (2010), p. 52.
28. Stevens, A. (2011). *Drugs, Crime and Public Health. The political economy of drug policy*. Londres: Routledge. Véase, en particular, el capítulo 2: "Afflictions of inequality? The social distribution of drug use, dependence and related harms".
29. IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/system-wide-coherence/harm-reduction>
30. Véase Waldorf, D., Reinerman, C. y Murphy, S. (1991). *Cocaine changes. The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
31. La cita es de Cohen, P. (1999), p. 232.
32. Zinberg, N. and Harding, W. (1982). Control and intoxicant use: a theoretical and practical overview. Introduction, en N. Zinberg y W. Harding (Eds.), *Control over intoxicant use: pharmacological, psychological and social considerations*. (pp. 13-35). Nueva York: Human Sciences Press.

forum movimento per i diritti
droghe
Associazione Non Profit

Transnational Institute

Desde 1996, el programa Drogas y Democracia de TNI viene analizando las tendencias mundiales del mercado y las políticas de drogas ilícitas. El programa se ha hecho un nombre internacional como uno de los principales institutos de investigación sobre políticas de drogas y como observatorio crítico de las instituciones de control de drogas, especialmente la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

TNI promueve políticas basadas en pruebas contrastadas y guiadas por los principios de reducción del daño, derechos humanos para los usuarios y los productores, y usos culturales y tradicionales de sustancias. El proyecto persigue la reforma de las convenciones sobre drogas de la ONU, que se caracterizan por su incoherencia, y se han vuelto obsoletas, sobrepasadas por nuevas aportaciones científicas y nuevas políticas pragmáticas que han resultado fructíferas.

Durante la última década, el programa se ha centrado en el desarrollo de las políticas sobre drogas y sus repercusiones para los países del Sur. El objetivo estratégico consiste en contribuir a una política más integrada y coherente, en que las drogas ilícitas sean vistas como una cuestión transversal en el marco más amplio de los objetivos de desarrollo, de reducción de la pobreza, fomento de la salud pública, protección de los derechos humanos, construcción de la paz y buena gobernanza.

Con el apoyo de subvenciones de



Programa de actuación «Información y prevención en materia de drogas» de la Unión Europea



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

El contenido de esta publicación es de responsabilidad exclusiva del autor(es) y en ningún caso debe considerarse que refleja la opinión de la Unión Europea o del Open Society Institute

Transnational Institute (TNI)
De Wittenstraat 25
1052 AK Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31-20-6626608
Fax: +31-20-6757176
E-mail: drugs@tni.org
www.tni.org/drogas

