



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Un estudio comparado entre España y Colombia sobre
programas de rehabilitación de drogas para menores**

Autor/a: Natalia Sanseroni Cócera

Director/a: Alíed Ovalles

Madrid

2020/2021

Índice

	Pág
Resumen	3
Abstract	3
Introducción	5
Metodología	8
Justificación de tema	8
Objetivos	10
Fundamentación teórica	10
Las drogas	10
Tipos de drogas	11
Drogas y menores infractores	12
Drogas y delitos cometidos por los menores	15
Factores de riesgo y delincuencia en menores consumidores españoles	15
Factores de riesgo y delincuencia en menores consumidores colombianos	17
Criminología y drogas	18
Teoría del aprendizaje Social de Albert Bandura	18
Teoría de los vínculos sociales de Travis Hirschi,	19
Programas de rehabilitación de drogas para menores	19
Programas de rehabilitación de drogas para menores en España	21
Programas de rehabilitación de drogas para menores en Colombia	23
Discusión	25
Conclusiones	26
Limitaciones	27
Referencias bibliográficas	28

Un estudio comparado entre España y Colombia sobre programas de rehabilitación de drogas para menores.

Resumen

El presente trabajo pretende realizar una comparación sobre los distintos programas que hay de rehabilitación de drogas en España y en Colombia. Nuestra finalidad es que a raíz de sus análisis se puedan distinguir las diferencias y a su vez, poder comprobar las políticas de intervención que hay en cada país para erradicar el problema del consumo en los menores de edad, especialmente en aquellos adolescentes entre 14 y 17 años, quienes son más vulnerables en cuanto a la conformación de su identidad personal, y la posibilidad de consumo de sustancias estupefacientes o alcohólicas es mayor, específicamente trataremos sobre los efectos del consumo del Cannabis en los adolescentes. Nos centramos en los programas de rehabilitación, porque a través de ellos se implementan modelos de intervención para ayudar al paciente a que deje de consumir la sustancia tóxica. Por España describimos los programas del Proyecto hombre, el de adolescentes y familias del proyecto joven Madrid, los Centros de Atención Integral a Drogodependientes y el Proyecto M.E.R.A, y por Colombia, describiremos el Centro de Rehabilitación para Menores de Edad con Problemas de Drogadicción y la Comunidad Terapéutica de Colombia. En definitiva, intentamos sugerir modificaciones o cambios de estos programas desde la perspectiva criminológica para que cause efectos preventivos y evitar la reincidencia del consumo.

Palabras clave: cannabis, rehabilitación, drogas, programa

A comparative study between Spain and Colombia on drug rehabilitation programs for minors.

Abstract

This work aims to make a comparison of the different drug rehabilitation programs in Spain and Colombia. Our purpose is that as a result of their analyzes, the differences can be distinguished and in turn, to be able to verify the intervention policies that exist in each country to eradicate the problem of consumption in minors, especially in those adolescents between 14 and 17 years old, who are more vulnerable in terms of the conformation of their personal identity, and the possibility of consumption of narcotic or alcoholic substances is greater, specifically we will deal with the effects of cannabis

use in adolescents. We focus on rehabilitation programs, because through them intervention models are implemented to help the patient to stop consuming the toxic substance. For Spain we describe the programs of the Man Project, that of adolescents and families of the Madrid Youth Project, the Comprehensive Care Centers for Drug Addicts and the MERA Project, and for Colombia, we will describe the Rehabilitation Center for Minors with Drug Addiction Problems and the Therapeutic Community of Colombia. Ultimately, we try to suggest modifications or changes to these programs from a criminological perspective so that they cause preventive effects and avoid the recidivism of drug use.

Keywords: cannabis, rehabilitation, drugs, program

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define las drogas como:

Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

Esta tolerancia y dependencia pueden generar distintos trastornos físicos, psicológicos y sociales. En el caso de los jóvenes se observa en su bajo rendimiento escolar, actitud defensiva, cambios de humor repentinos, problemas para dormir y descansar bien y en trastornos del apetito.

Por otro lado, el consumo de drogas se encuentra asociado a ciertos factores de riesgo, en menores consumidores algunos de ellos: tener algún trastorno de conducta o déficit de atención, problemas de interacción social, depresión, ansiedad y/o poca tolerancia a la frustración. Aunque los factores internos del menor son importantes, debemos fijarnos en el entorno familiar, ya que su influencia se puede relacionar con su consumo. Así como debemos de estar atentos a las relaciones sociales del menor, porque la presión grupal podría ser otro elemento relacionado al consumo de drogas.

Además, creemos importante mencionar, que el consumo de drogas es especialmente peligroso en los menores, porque su cerebro aún no ha terminado de desarrollarse. Según un estudio realizado por el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIH, 2020) los efectos de las drogas en los jóvenes, ejerce un papel importante en la toma de decisiones, en especial de las decisiones arriesgadas como mantener relaciones sexuales sin protección, conducir de forma temeraria, etc. Igualmente, de las consecuencias físicas y psicológicas, así como comportamientos delictivos, ya que algunos delitos cometidos están relacionados con los medios para obtener la droga o que se cometan bajo la influencia de la misma. Valenzuela y Lourret (2010), estiman que la probabilidad de cometer un delito es entre 2,8 y 3,8 veces mayor si se han consumido drogas que si no (Bennet, Holloway y Farrington, 2008).

En el mismo orden de ideas, Iniseg (2020), señala que:

Puede darse un efecto de refuerzo mutuo entre la actividad delictiva y el consumo de drogas, de manera que las personas inmersas en una subcultura delictiva transgresora presenten un mayor riesgo de acabar teniendo problemas con las drogas y las personas que tienen problemas con las drogas presenten un mayor riesgo de acabar participando en actividades delictivas.

Visto los anteriores argumentos, el presente trabajo se centra en adolescentes entre 14 y 17 años, debido a que en estas edades hay mayor vulnerabilidad en su identidad personal producto de los procesos de cambios que se corresponden con aquellos de tipo físico, emocional, psicológico y sociológico, lo que podría provocar que sean más propensos al consumo de sustancias estupefacientes o alcohólicas. Según el Proyecto Hombre (2017), la adicción a la marihuana y al hachís comienza muy temprano, la edad media del consumo son los 16 años.

Hemos querido trabajar de forma comparativa entre España y Colombia por cuanto, observamos que en España no se condena el consumo de drogas como tal. El Derecho Penal establece como delito, el cultivo, la elaboración y el tráfico ilícito de drogas tóxicas, pero la Ley Orgánica 4/2015 si establece sanciones administrativas, siempre y cuando se esté consumiendo en lugares públicos. Sin embargo, si el consumidor es menor de edad, la multa podría suspenderse y extinguirse si se someten de forma voluntaria y continuada a tratamiento o actividades de reeducación. Y respecto a Colombia, la ley que regula el uso de drogas es la ley 30 de 1986, que es muy parecida a la vigente en España, señala que no se puede consumir en la vía pública ni facilitar el consumo a los menores. No obstante, una diferencia muy interesante respecto a España es que esta ley regula los programas de concienciación y educación en colegios, medios de comunicación, etc., para que estén coordinados.

En materia sobre los distintos tipos de rehabilitación y tratamientos que hay en ambos países, debemos comprender las distinciones que hacen respecto a ellos. Colombia define en su artículo 20 de la ley 30 de 1986 **el tratamiento** como “los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga” y **la rehabilitación** como: “la actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad”. Por su parte España, habla de **atención integral** que es “el conjunto de actuaciones de carácter biopsicosocial, que se ofrece a los pacientes, a

las familias y a la comunidad” en donde se tiene muy en cuenta la promoción de salud, la prevención, la asistencia, la incorporación social y la evaluación. Son definiciones muy parecidas, pero con ciertos matices que son los que van a producir que los modelos de intervención sean diferentes.

Específicamente, intentaremos abordar en el trabajo, sobre los efectos del consumo del Cannabis en los adolescentes. Según Carolina Campuzano (2017), en Colombia el 32,2% de personas que acuden a centros de rehabilitación lo hacen por consumir marihuana, el 22,4% es por cocaína y el 17,1% por alcohol, por lo que la marihuana es la droga más problemática en este país. Y en España, los datos que presenta el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el informe sobre drogas (2018), son similares a Colombia, es decir, 33% de las admisiones a tratamiento son por adicciones a cannabis, aunque hay más ingresos por cocaína, 37%, consume más cannabis que cocaína, sobre todo entre los jóvenes, ya que el 17,1 de los españoles consume marihuana y sólo un 3% cocaína. A estas dos drogas les sigue la heroína con un 23% de admisiones a centros de rehabilitación como droga principal.

Visto así, nuestro propósito consiste en revisar y comparar las opciones que ofrecen estos dos países en cuanto a programas de tratamiento en rehabilitación de jóvenes consumidores de cannabis, analizar que se está haciendo por ellos y ver si son efectivos esos tratamientos. También pretendemos señalar la relación que podría haber entre el consumo de sustancias y la delincuencia en ambos países.

Además, para entender el comportamiento de los jóvenes consumidores desde el punto de vista criminológico, nos apoyaremos en teorías como la del aprendizaje social de Bandura, que es una de las que mejor explica el comienzo y mantenimiento de las conductas delictivas, donde destacaremos el reforzamiento diferencial ya que es importante para entender los refuerzos que sostienen esta conducta.

Finalmente, la estructura del trabajo consistirá en, una primera parte que nos permitirá definir la problemática, una segunda que abarque aspectos metodológicos para cubrir la problemática y los objetivos de esta temática. Después, describiremos los programas de tratamientos de los tipos de centros de rehabilitación en ambos países. Y luego,

analizaremos los métodos que son más efectivos de acuerdo a la observación de resultados para poder finalmente, realizar unas discusiones y conclusiones.

METODOLOGÍA

Este trabajo, se realiza bajo la fundamentación de una metodología del tipo cualitativa, es decir, aquella que proviene del análisis y revisión documental de fuentes primarias y secundarias. Hemos revisado de los buscadores google scholar, dialnet, publication founder y C17, las palabras clave utilizadas han sido: cannabis, cannabis y menores, adicción, violencia juvenil, delincuencia juvenil, prevención de las drogodependencias, programas de desintoxicación, abuso de drogas y tratamiento de drogodependencia.

Aunque hay muchos artículos y libros que hablan de estos temas, un gran número de ellos han sido descartados al estar dirigidos a la población adulta. Específicamente hemos utilizado 17 artículos para el estudio del consumo y la rehabilitación de los menores. Y de las fuentes de Internet a través de las Webs de Centros de Rehabilitación, hemos descartado también información porque su tratamiento estaba dirigido a los adultos. Este paso ha sido complicado porque no siempre hay información en la página web de los centros, por lo que se ha tenido que hacer contacto vía email con ellos, no siempre recibiendo una respuesta.

Justificación del tema

Según el “Informe 2020, alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”, creado por el Ministerio de Sanidad (2020), el cannabis es la droga ilegal más prevalente en los menores de entre 14 y 18 años, además, según este informe, desde 2016 se observa una tendencia hacia el aumento de su consumo, por lo que es necesario dar visibilidad al problema y sus consecuencias, para educar a estos menores y así poder erradicar su uso.

Por otro lado, según el Observatorio de la infancia en Andalucía (2016), es muy fácil conseguir las drogas, sobre todo las legales, ya tras un estudio en Andalucía, se vio que más de un 85% de menores de entre los 14 y 18 años opinan que es muy fácil la compra de alcohol y tabaco como menores de edad, y en cuanto a las drogas ilegales, este mismo estudio revela que 60% acceden fácilmente al cannabis, 44% acceden a los hiposedantes

(Lorazepan, Bromazepan, Diazepam) y por último, el 25,3% opinan que también es muy fácil conseguir cocaína. En cuanto a la forma de consumir cannabis más habitual, es mediante los “porros”, que aumenta el riesgo de padecer enfermedades pulmonares ya que lo más común es fumar sin filtro (Oteo, 2009) y más adelante explicaremos las razones del por qué los jóvenes consumen drogas.

Es también muy importante conocer los aspectos legales de ambos países respecto al uso de drogas, en España no se condena el consumo de drogas como tal, el Derecho Penal sólo establece como delito el cultivo, la elaboración y el tráfico ilícito de drogas tóxicas, sin embargo, aunque el consumo como tal no sea delito, según la Ley Orgánica 4/2015, sí que puede castigarse, mediante sanciones administrativas, si el consumo se está realizando en lugares públicos. En cuanto a los menores, la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor 8/2006 de 4 de diciembre, el castigo podría suspenderse y extinguirse si se someten de forma voluntaria y continuada a tratamiento o a actividades de reeducación. En Colombia la ley que regula el uso de drogas es la Ley 30 de 1986, muy parecida a la española, ya que, aunque el consumo como tal no está penado, si se castiga el consumo en vía pública, además, castiga la facilitación de consumo a los menores, una diferencia interesante entre los dos países, es que la ley colombiana, regula los programas de concienciación y educación en colegios, medios de comunicación, etc. para que estén coordinados, intentando así mejorar la efectividad.

Este estudio es importante para la criminología por la relación que hay entre las drogas y la delincuencia, y las consecuencias que pueden provocar en la sociedad y en el mismo adolescente. La idea sería poder actuar de forma efectiva, acabando de raíz tanto con la delincuencia provocada por la droga, como el consumo usado para delinquir. Nos hemos centrado en los menores debido a que estas conductas de consumo empiezan antes, y se debe intervenir a tiempo antes que se “cronifique” el consumo.

En cuanto a la comparación entre Colombia y España, tiene importancia para la criminología porque el estudio comparativo, en nuestro caso de programas de rehabilitación, nos ayuda a comprender el fenómeno en otras partes del mundo, y de ellos escoger los resultados que han dado efectos positivos y de ser posible copiar modelos de intervención para tener sistemas de control, prevención e intervención más eficientes.

Objetivos.

El objetivo principal del trabajo consiste en realizar un análisis comparado entre España y Colombia sobre los programas de rehabilitación de drogas para menores.

Y entre los objetivos específicos, tenemos:

1. Describir el perfil de los menores consumidores de cannabis en ambos países.
2. Referir la relación de delitos cometidos por menores y su consumo de drogas.
3. Señalar los programas de rehabilitación y tratamiento que hay en ambos países.
4. Sugerir algunos cambios o modificaciones desde el aspecto criminológico en estos programas

Por último, los resultados o discusiones sobre los objetivos propuestos serán detallados en la sesión de discusión del trabajo o conclusiones.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define las drogas como:

Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, que es capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

El uso de drogas genera consecuencias, entre ellas tenemos **las sociales**, es especial cuando la persona ya tiene un problema de adicción, ya que suelen recurrir a la delincuencia, además se suelen abandonar las relaciones de amistad y familiares si estas nos están relacionadas con las drogas y también suelen abandonarse las metas y planes personales. En cuanto a las **consecuencias económicas**, el consumo de drogas produce un gran gasto para los países, ya que tienen que destinar mucho dinero y recursos para acabar con el problema, así como para los consumidores, dado el alto precio de las drogas, pueden recurrir a delitos graves para poder pagarla. Finalmente, las **consecuencias legales** se dan por el hecho de que la tenencia de drogas es ilegal en ambos países, y aunque el consumo de drogas en el ámbito privado no esté penado como tal, tenerlas

encima si estás en la vía pública sí lo es, ya que en ciertos casos las autoridades pueden considerar que el fin de la tenencia es la venta, además, el consumo tiende a la delincuencia, ya sean todos los tipos de delitos que pueden realizarse para conseguir dinero (robo, intimidación, etc.), como aquellos delitos que pueden darse por haber consumido una droga que vuelve violentas a las personas o por conducir en un estado de intoxicación (Sagñay, 2012).

Tipos de drogas

Existen tres tipos de drogas, las depresoras, que son todas aquellas que deprimen la actividad del sistema nervioso central; los estimulantes, que, al contrario que las anteriores, estimulan el sistema nervioso central y los alucinógenos, que son aquellas que distorsionan nuestra percepción de la realidad. (Elvira-Antonio, 2004)

Esta autora, también explica que dentro de estos tres tipos encontramos distintos subtipos, en las drogas depresoras está el cannabis, de la que hablaremos más extensamente a continuación, y la heroína, esta droga es muy adictiva ya que administra una gran sensación de euforia que acaba convirtiéndose en somnolencia, esto causa una muy fuerte tolerancia porque llegado el momento de la somnolencia la persona vuelve a consumir la droga buscando la euforia del principio.

En las drogas estimulantes encontramos la metilendioximentafetamina, más conocido como MDMA o éxtasis, que en dosis bajas tiene un efecto relajante, pero en dosis altas es todo lo contrario, aumenta la energía; también encontramos las anfetaminas y la cocaína, que ambas tienen efectos muy parecidos ya que aumentan la seguridad, la atención y quitan la sensación de cansancio, y por la misma razón que la heroína, son drogas muy adictivas.

Finalmente, en los alucinógenos encontramos el ácido lisérgico, conocido como LSD, esta droga causa alucinaciones tanto auditivas como visuales, alterando nuestra conciencia y puede llegar a causar ideas paranoides.

El cannabis es la planta de donde se sustraen la marihuana, el hachís y el aceite de hachís y tiene numerosos componentes, uno de los más importantes, y más conocidos, es el tetrahidrocannabinol (THC) ya que es el componente con más psicoactividad y sobre todo se encuentra en las flores de las plantas hembra (InfoDrogas, 2021)

Centrándonos más específicamente en las tres drogas que se sustraen de esta planta, el **hachís** se extrae de la resina segregada, que se cree que se debe al mecanismo de defensa de la planta cuando se encuentra en lugares húmedos siendo por lo tanto, el lugar idóneo para cultivarlo, o bien hirviendo la planta; **el aceite de hachís**, se prepara por medio de un proceso de destilación en disolventes orgánicos, este formato de la droga, aunque no es el más consumido, es el que más concentración de THC contiene llegando a tener hasta un 65%, frente a un 15-30% del hachís; y la **marihuana**, que es la mezcla de las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta y es la forma de la droga más comúnmente consumida junto al hachís.

La persona que consume marihuana tiene la sensación de estar “dopado”, tiene sus percepciones alteradas, sobre todo la percepción temporal, además, tienen notables cambios de humor, les cuesta mantener la coordinación motriz y causa problemas con la memoria, esto como efectos a corto plazo. El problema de esta droga es que se ha ido normalizando su utilización hasta el punto de que muchas personas piensan que es inofensiva, sin embargo, los problemas más graves son los que se generan a largo plazo, en primer lugar, afecta de manera grave al desarrollo del cerebro de los adolescentes ya que no lo tienen completamente formado afectando a la memoria, pensamiento y aprendizaje, además, crea problemas de respiración, eleva la frecuencia cardíaca incluso tres horas después de haber finalizado el consumo, en el caso de embarazadas causa problemas en el desarrollo del bebé durante y después del embarazo, y genera problemas como ansiedad, depresión e ideación suicida.

Drogas y menores infractores.

Otero (1994), planteó tres hipótesis que relacionaban la delincuencia y las drogas, la primera hipótesis, consiste en que la droga es la causante principal de la delincuencia, es decir, se cometen delitos para poder conseguir droga, siendo estos delitos sobretodo patrimoniales, sin embargo, Herrero (1997), afirmó que esta hipótesis, de acuerdo con la

gran variedad de trabajos existentes, no puede ser afirmada con generalidad. Todo depende del tipo de sustancia a la que se es adicto y la población estudiada.

La segunda hipótesis señala que, es la delincuencia la que induce el consumo, siendo la pertenencia a grupos delictivos la que inicia el consumo de sustancias tóxicas, el problema de esta segunda hipótesis, es que, aunque cuenta con mucho apoyo empírico, no determina el causante de las variables, es decir, no se sabe si una variable causa la otra, solo que una ocurre antes (Herrero, 1997). Y, por último, la tercera hipótesis, es que no hay ninguna relación entre la delincuencia y el consumo de drogas, esta última hipótesis es la que más se comparte y es la más aceptada en la actualidad. Estas tres hipótesis han sido parcialmente confirmadas, y el autor Otero (1994), concluyó que sí se relaciona la delincuencia y las drogas, sin embargo, no de forma universal.

En el mismo orden de ideas, Elzo (1999), amplía las hipótesis anteriores, y añade cuatro modalidades delictivas en las que se encuentran relacionadas la delincuencia y las drogas. Estas modalidades son: **delincuencia inducida**, que son los delitos cometidos a raíz del consumo de drogas. **Delincuencia funcional**, delitos contra el patrimonio para la adquisición de droga. **Delincuencia relacional**, el delito de comprar los objetos que los anteriores han robado para poder comprar la droga y, por último, el **tráfico por no consumidor**, que como su nombre indica supone el delito por vender sustancias tóxicas.

En el caso de los menores infractores, Nieto (2012), realizó un perfil de aquellos que cometen actos delictivos. Según esta autora, la delincuencia juvenil está asociada con la sociedad y que los cambios en ésta generan brechas generacionales provocando un cambio en la educación y en las formas de vida, que finalmente se ven reflejados en la crianza de los hijos, y cuando esta brecha generacional es muy grande, es cuando comienzan los problemas.

Así, por ejemplo, Nieto (2012), encontró que: la edad media es de 16 años y medio, en cuanto al tipo de delincuencia no hay consenso en si con los años se mantiene o se reduce, pero si se sabe que esta se agrava con la falta de expectativas personales, laborales, sociales y falta de oportunidades que perciben los jóvenes por lo que es más probable que la cantidad de delincuencia existente cometida por estas personas tienda a subir. Respecto al sexo, el índice de delincuencia femenina es muy bajo (8,4%) comparado con el

masculino (91,6%), además, gran parte de las chicas infractoras pertenecen a clases sociales bajas y existe algún tipo de consumo de droga.

Respecto al contexto familiar, 67% de los menores infractores pertenecen a familias multiproblemáticas, donde no están bien definidos los límites y donde el aprendizaje de las normas no ha sido efectivo.

Por su parte, Contreras, Molina y Cano (2011), investigaron también la relación entre la delincuencia y las drogas, para ello utilizaron los expedientes de Reforma de Menores finalizados y archivados en el Servicio de Justicia Juvenil, 1046 en total, centrándose en tres variables importantes, las variables demográficas (género y edad), variable psicosociales (si existía consumo de drogas, qué drogas, tipo de grupo de iguales, existencia de conductas violentas, si la persona tiene tolerancia a la frustración, si tiene autocontrol y el tipo de locus de control), y por última variable el tipo de delito, tras su investigación concluyeron que sí que existe relación entre la delincuencia y el consumo de drogas. Encontraron que los grupos de edades entre los 16 y los 17 es cuando más consumo hay coincidiendo con Nieto, también observaron que, la mayoría de menores infractores se relacionaba con un grupo de iguales desviados, y afirman que esta es la variable que más predice el consumo de drogas por lo que concluyen que el consumo de drogas, la delincuencia y la relación con un grupo de iguales desviado está fuertemente relacionado, argumentando que la mayoría de menores infractores y consumidores tienen problemas para la tolerancia a la frustración y el autocontrol y que además, la mayoría tiene el locus de control externo sobre todo aquellos menores que consumen cannabis ya sea por si sólo o junto con tabaco. Finalmente, aconsejan que se debería tener en cuenta las edades a las que más se consume para diseñar programas de prevención y/o intervención más adecuados, el objetivo principal de estos programas debería ser la deshabituación del cannabis ya que la mayoría de los menores son consumidores de esta droga.

Si queremos señalar la responsabilidad penal del menor infractor, en España surgió esta figura a finales del Siglo XIX, con la Real Orden de 29 de diciembre de 1875 creando un centro penitenciario exclusivamente para menores y que se ha ido modificando hasta la última reforma de la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor 8/2006 de 4 de diciembre. Estas leyes exigen responsabilidad penal para aquellos menores de edad

comprendidos entre los catorce y los dieciocho años que cometan actos tipificados como delictivos en el Derecho Penal.

Por su parte, en Colombia la ley impuesta a los menores infractores entró en el Código Penal en 1936, actualmente la ley que regula estos hechos es la Ley 1098 de 2006 o Código de la Infancia y la Adolescencia. En su artículo 177 al igual que en España expresa que son responsables penalmente los menores de entre catorce y dieciocho años.

Drogas y delitos cometidos por los menores

Según el análisis llevado a cabo por la revista Huelva Información en 2021 sobre las Memorias 2020, publicadas por la Fiscalía de Menores de Huelva, en donde analizan los comportamientos delictivos de los menores infractores y consumidores, explican que las acciones más comunes en este grupo de personas es la violencia doméstica, es decir, la violencia hacia sus progenitores o descendientes y los delitos sexuales, esto último sobretodo se ve en las fiestas en las que suelen estar presentes el alcohol y las drogas ilegales. El problema que existe a la hora de juzgar a los menores es que muchas veces son inimputables, en 2019 se archivaron, de 1.068, 909 casos por desistimiento fiscal, y 183 porque los autores de los delitos eran menores de 14 años.

Para el caso de Colombia, según la información de la Subdirección de Responsabilidad Penal para Adolescentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2007-2014), entre los años 2007 y 2014 ingresaron en el Sistema de Responsabilidad Penal 172.530 menores, de ellos 88,4% chicos, y 11,6% chicas, la mayoría de ellos (37,2%) con 17 años, siendo muy parecido el rango de edad con España. Los delitos cometidos por este grupo de jóvenes más frecuentes fueron delitos de tráfico, fabricación o tenencia de drogas, seguido por hurto, lesiones, tenencia de arma de fuego o munición y violencia intrafamiliar, por lo que podemos ver que al igual que en España, la mayor problemática con los menores infractores está relacionada con las drogas. (Observatorio del Bienestar de la Niñez, 2015)

Factores de riesgo y delincuencia en menores consumidores españoles

En un trabajo de investigación realizado por San Juan, Ocáriz y Germán (2009), encontraron variables jurídicas, penales y psicosociales, entre las más de 24.000

detenciones realizadas en menores, de los cuales 1.277 casos tenían un serio consumo de drogas, 29% detenidos por consumo de cannabis, y 65% por consumo de alcohol. De 198 expedientes de menores sancionados, con edades de entre 14 y 18 años, 108 consumían algún tipo de droga. Las variables para definir el perfil fueron, el control familiar, la situación económica familiar y la presencia de amigos “de riesgo” (explicado como contacto estable con personas que llevaban a cabo actividades delictivas) y concluyeron que, el 80% mantenían algún tipo de relación de amistad con otros menores de riesgo y el 67% procedían de familias en situación de vulnerabilidad social.

También, estudiaron a los menores que llaman “niños de la calle” que son aquellos menores no acompañados que suelen acabar en la calle. Específicamente, observaron el consumo de drogas relacionado con la delincuencia, y con ello concluyeron que, son un grupo de riesgo para el consumo por varias razones, la primera, es la pertenencia a una subcultura legítima, es decir, al socializar la mayor parte de su vida en la calle se relacionan con grupos de iguales, que consumen como elemento de identidad y al no tener otros modelos o referentes familiares, siguen a estos grupos consumidores. La segunda, es la ausencia de percepción de riesgo, por las condiciones que han tenido la mayoría de su vida llegan a banalizar la muerte, no teniendo conciencia por la vida, por lo que no les importa jugársela. La tercera razón, es el uso de drogas para intentar evadirse de la realidad y finalmente, la última razón, es el intento de desinhibirse de forma que no sientan miedo y así tener más facilidad para cometer delitos. Muchos de estos menores ven la delincuencia como única opción de salir adelante, por lo que ven como incentivo el consumo de sustancias tóxicas para poder realizarlas.

En cuanto al por qué existe tanto consumo de drogas entre los menores infractores, existen varios motivos, algunos lo hacen como forma de introducirse en un grupo de gente o en un ambiente determinado, por lo que usan la droga con un fin (Calafat et al., 2008), hay otro grupo de jóvenes que lo hacen sin ninguna intención, que si continúan con este formato y empiezan a abusar más frecuentemente, podrían acabar en el siguiente grupo (Robles 2009), es decir, de jóvenes que consumen por dependencia, ya se puede decir que tienen una adicción y esta acaba afectando a sus actividades del día a día (Ruiz-Olivares et al., 2010).

Sobre todo, se consume el tabaco, alcohol y cannabis porque de alguna manera se ha llegado a normalizar usándose con frecuencia en el ocio de los jóvenes, ya no es como anteriormente, que los consumidores se les consideraba un grupo pequeño y marginal, sino que ahora se ve con total normalidad.

Factores de riesgo y delincuencia en menores consumidores colombianos

En Colombia la delincuencia de menores llega a generar el miedo de los ciudadanos por las peligrosas bandas que existen formadas por niños y adolescentes. Específicamente, Rodríguez (2012), señaló sobre la situación de Bogotá y los municipios de Cundinamarca (Bosa, Ciudad Bolívar, los Mártires, la Candelaria y Kennedy), donde los delitos cometidos por grupos de menores son homicidio, lesiones personales, extorsión, amenaza, hurto, robo, asaltos sexuales y micro-tráfico (Rodríguez Cely y Leonardo Alberto, 2012)

Para García (2006); y Márquez, (2007) la principal razón de que haya tantos menores cometiendo estos delitos se debe a la delincuencia organizada y las guerrillas que hay en Colombia, que se aprovechan de los menores ya que por la Ley tienen beneficios e impunidad frente a las sentencias, estas bandas y militantes de las guerrillas ofrecen grandes sumas de dinero y protección familiar para convencer a los menores a unirse a ellos.

Los menores que son captados viven en condiciones de vulnerabilidad, sobre todo por problemas de desnutrición, mendicidad y abandono escolar. Otro problema es la desintegración familiar y la farmacodependencia, que también son factores que facilita que los niños acudan a estas bandas criminales.

En cuanto al consumo de drogas y la violencia, Chavarriaga-Ríos y Segura-Cardona (2015), señalaron que, en una muestra de 646 estudiantes, 53,4% de los jóvenes consumían algún tipo de sustancia tóxica, el 10,1% consumía marihuana, aunque, igual que en España el consumo más prevalente era el del alcohol (49,0%). Y que, relacionado con los delitos, 79% de estos jóvenes habían cometido algún tipo de delito con agresión, y 10,1% los cometieron bajo el efecto de alguna droga.

Criminología y drogas

Madoz y Baca (2013) definen la criminología como:

La criminología tiene como objetivo no solo el delito y la desviación social, sino también la delincuencia y el control y la respuesta social a la misma; y la conducta peligrosa individual y social, así como su análisis y el estudio de su causalidad. En este sentido, es fácil comprender que las drogas son una de las áreas que más genuinamente implican a la criminología. (p.16)

A la hora de analizar criminológicamente el problema de las drogas, nos encontramos con un elevado número de cifra negra, que son los delitos que han sido cometidos de los que la justicia no ha conocido, por lo tanto, las cifras de la relación entre delincuencia y drogas solo pueden ser aproximadas (Madoz y Baca, 2013)

Por otro lado, algunas de las teorías criminológicas que nos permitan entender la relación de consumo de drogas en los adolescentes y el delito, la podemos encontrar en:

- **Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura (1974)**

Este autor decía que lo que vemos y lo que pensamos está basado en lo que aprendemos, por lo que centró su teoría en explicar los factores internos y externos que influyen en el aprendizaje. Esta teoría sostiene que la conducta aprendida puede modificarse observando las conductas de otras personas y aprendiendo de ellas. Desde que somos niños, observamos todo lo que hay a nuestro alrededor, todo lo que vemos sirve como modelos de influencia (los padres, la televisión, amigos) y estos modelos son los que nos sirven como ejemplo para formar nuestro comportamiento. Mediante el refuerzo-castigo, vamos a ir integrando esas conductas como buenas o malas y las vamos acomodando a nuestra personalidad según nuestras necesidades, creando así nuestra forma de ser. Esto igual que pasa a los niños nos puede pasar en cualquier etapa de nuestra vida, como se ha dicho antes, las conductas pueden modificarse cuando integramos nuevos aprendizajes.

De la teoría de Bandura vamos a centrarnos en el modelo de determinación recíproca para relacionarlo con nuestro trabajo, en este modelo explica que el ambiente, la conducta y los factores personales están relacionados entre sí a la hora de aprender, cuando hablamos de menores consumidores de drogas, la mayoría de las veces podemos ver un patrón de aprendizaje, normalmente el ambiente del menor no suele ser el más adecuado o

educativo, regularmente suele haber un grupo de iguales consumidores o que presionan de alguna manera al menor para que consuma, esto según Otero (1994) y Elzo (1999)

Esto se relaciona con los factores personales, que en muchos de los casos son los potenciadores de que a su vez la conducta del menor se transforme, llegando a cambiar por completo su forma de actuar y de proyectarse hacia los demás.

- **Teoría de los vínculos sociales de Travis Hirschi, 1969**

Esta teoría expone que los vínculos sociales con los que contamos las personas de una manera estable, pueden desaparecer, en el momento en el que estos faltan hay una mayor predisposición a la violencia, ya que el autor explica que un bloqueo fuerte de la conducta violenta o delictiva son los ambientes facilitadores y favorecedores, como pueden ser la familia, el grupo de amigos, la escuela, y todos aquellos que sirven de apoyo a las personas. (Schulman, 2014)

Esta teoría se puede relacionar con los menores consumidores, porque tienen factores muy parecidos, la desaparición de los vínculos sociales que se consideran importantes pueden provocar que se intente compensar consumiendo drogas, también se puede relacionar con la teoría de los niños de la calle de San Juan, Ocáriz y Germán (2009), que consumen, entre otras razones, porque no tienen un modelo al que seguir o como un elemento de identidad, intentado sentir que pertenecen a algún lado, ya que son niños que se han quedado solos, sin familiares ni amigos.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE DROGAS PARA MENORES

El objetivo de estos programas consiste en ayudar al paciente a que deje de consumir sustancias tóxicas, o según la definición del Group for the Alcoholism and the Addictions (1991, p. 1291) “es el proceso o procesos por los cuales un paciente drogodependiente, deja de consumir la sustancia motivo de dependencia, sin experimentar los efectos del síndrome de abstinencia correspondiente”

En este sentido, Carreño, Campos y Bobes (2005), señalan los cambios que se han dado en los programas de rehabilitación de drogas y los distintos modelos que existen. En la época de los 80 y 90, se esperaba conseguir una mejora del bienestar social, entonces se

administraban sustancias agonistas que reducía la necesidad de consumir la droga a la que se estaba adicto, sin embargo, esto era temporal, ya que no pueden suministrarse para siempre. Con el avance de los conocimientos de neurobiología se ha intentado intervenir de una manera en la que los sistemas cerebrales que han sido alterados durante el período de consumo puedan ser reparados de la máxima forma posible para así conseguir un estado libre de drogas. Además la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras toxicomanías hace hincapié al beneficio de acompañar estos programas con uno de desintoxicación física, que incorpora a la intervención (ya sea con sustancias agonistas o interviniendo con neurobiología), de esta forma se consigue que la abstinencia sea tolerable, por lo que hay más probabilidades de que el programa sea exitoso, ya que a la hora de pensar en la desintoxicación hay un miedo al “mono”, que es uno de los factores más limitadores a la hora de acceder a la desintoxicación.

En cuanto a los modelos más utilizados son: el **modelo de supresión brusca**, libres de fármacos, que ven el “sufrimiento” del síndrome de abstinencia como una liberación de la dependencia, plantean que esta forma de desintoxicación produce menos recaídas, ya que tras haber sufrido tanto para pasar el “mono” va a ser menos probable que el cliente vuelva a consumir, porque tendría que pasar por ello otra vez. Sin embargo, estas terapias sólo se llevan a cabo en ciertas Comunidades Terapéuticas (generalmente no profesionales), por la falta de ética que conlleva, ya que, para cualquier profesional, es muy importante no generar sufrimiento a los pacientes.

El otro es el **modelo con agonistas opiáceos y agonistas parciales**, que como ya se ha explicado anteriormente, se sustituye la sustancia a la que se es adicto con un medicamento agonista, normalmente se utiliza metadona, buprenorfina, desxpropoxifeno o codeína. El inconveniente de este modelo es, como se ha dicho antes, que son de corta duración, lo que aumenta el riesgo de recaída. Otro inconveniente es que antes del tratamiento es necesario un tiempo libre de consumo, que a veces es complicado para los pacientes, sin embargo, es uno de los modelos más utilizados porque también tiene numerosas ventajas como que es un método muy fisiológico, que tiene una gran aceptación por parte de los pacientes y porque puede realizarse en la mayor parte de ellos.

Lo ideal es que este último modelo se combine con terapia psicológica para que, aunque la administración de la sustancia agonista deba administrarse sólo durante una corta temporada, se evite el riesgo de recaída mediante la ayuda psicológica.

Programa de rehabilitación para menores en España

Aunque en España es complicado encontrar centros de desintoxicación de drogas de manera gratuita, si que existen algunos centros dentro del sistema sanitario, sin embargo, para acceder a ellos el médico de cabecera deberá enviarte a un experto en adicciones que valorará la situación y decidirá que tipo de tratamiento es necesario, el problema de este sistema es que normalmente hay largas listas de espera y la inmediatez del tratamiento es esencial para que este funcione, ya que si el paciente tiene que esperar mucho tiempo puede cambiar de opinión o puede perder la motivación, que son los dos factores más importantes para el éxito.

También existe la fundación de Proyecto Hombre, que, aunque en algunas Comunidades Autónomas no sea gratuito, es más asequible. Dentro de esta fundación existe proyecto joven, que está centrado en la intervención con menores.

En una entrevista en la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid) en enero de 2018 a Pablo Llama Sierra, psicólogo del programa de adolescentes y familias de proyecto joven Madrid, contó que este proyecto surgió porque al principio se trataba a los jóvenes de la misma manera que a los adultos, y las necesidades de los menores no son las mismas. Explicó también, que la mayoría de los jóvenes que entran al programa es por problemas leves y graves de consumo de cannabis, sin embargo, la mayoría de esas adicciones no son insaturadas, es decir, aún no se ha cronificado, pero si no se previene a tiempo supondría un grave problema en el futuro de estos jóvenes.

En la página web de Proyecto Hombre hay unas pautas de prevención del consumo en adolescentes, como que puedan acceder a alternativas de ocio saludables como la música, el deporte, y que dentro del núcleo familiar haya una buena disciplina, con comunicación, supervisión de las actividades y relaciones sociales y sobretodo un trato afectuoso.

Otra opción de tratamiento en España, concretamente en la Comunidad de Madrid, son los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), en los que se tratan tanto a personas adultas como a menores. Aquí se informa y se orienta en materia de drogodependencias, y además del tratamiento de las adicciones, tienen programas de prevención dirigidos al ámbito educativo, al familiar y al comunitario. En cuanto al ámbito educativo, el objetivo del programa es la prevención y la educación fomentando así factores de protección y disminuyendo los factores de riesgo, este programa no sólo está dirigido a los alumnos, también es importante para los profesores y educadores, además de las familias, para que haya una mayor efectividad a la hora de educar a los menores. En el ámbito familiar, se centran en asesorar a las familias ya que son ellos los que van a transmitir a sus hijos las normas, valores, información y experiencia con la que van a desarrollarse, este programa quiere ayudar a hacerles comprender por lo que están pasando sus hijos para afrontar la problemática mejor. Finalmente, los programas en el ámbito comunitario intentan informar a todas aquellas personas que serán las que transmitan los mensajes preventivos, por lo tanto, se intenta formar a todos los profesionales, voluntarios y asociaciones sobre los problemas y las causas del consumo para que puedan reproducir mejor el mensaje de prevención (Centro Integral de Salud de Colmenar Viejo).

También en la Comunidad de Madrid, en el municipio de Parla está el Proyecto Menores Escolarizados en Riesgo de Adicción (M.E.R.A), que son talleres de prevención de acciones en centros educativos de educación secundaria. Este proyecto forma parte del CAID, y consiste en la presentación de talleres en grupos de 2º y 3º de la ESO sobre como cuidar su salud frente a las drogas y en grados medios y superiores, FPB y ACE sobre los riesgos asociados al consumo en el ámbito laboral (CAID Parla, 2019-2020).

Otro proyecto interesante es el proyecto “¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en adolescentes” creado por Azorín en 2014, esta autora ve la prevención como la educación para que los jóvenes tengan una experiencia vital bien definida, lo que implica tener desarrollados hábitos, actitudes y valores positivos. Los objetivos que persigue este programa son, mejorar los planes de prevención en los centros educativos y diseñar un proyecto que esté dirigido a los alumnos de 3º de la ESO. Es una propuesta para informar y formar sobre los tipos de drogas, las consecuencias y causas,

como evitar el consumo, y alternativas, que sirvan para los menores como un aprendizaje para la vida y esto lo hace mediante la tecnología, atendiendo a que los jóvenes de hoy en día van a prestar más atención y lo van a ver de una manera más positiva

Programas de rehabilitación de drogas para menores en Colombia

Como ya se ha explicado anteriormente, hay una gran problemática respecto a las drogas en Colombia, en especial con la marihuana, sobretodo en las grandes ciudades del país. Así un poco para afrontar esta problemática, aportamos información al respecto.

El informe realizado por Rodríguez (2020) sobre el “Centro de Rehabilitación para menores de edad con problemas de drogadicción” señaló que la ciudad de Medellín es la que tiene los indicadores más altos de todo el país, con una cifra de 8.2% de menores con problemas de drogadicción, frente al porcentaje total del país que es de 3,6%. El problema está presente en todo tipo de menores, sean de clase social alta o baja, en concreto, aquellos jóvenes pertenecientes a las clases altas presentan un mayor porcentaje con adicción a alguna sustancia psicoactiva peligrosa y los pertenecientes a las clases bajas consumen drogas artesanales también muy peligrosas.

Debido al alto porcentaje de menores con problemas de adicción, y tras el reporte de drogas Colombia 2016, se decidió que era necesario buscar una solución que resultó en la propuesta de un gran centro de desintoxicación para todos estos menores en el que se espera pudiese atender a 120 jóvenes, llegando a alojar a 780 menores al año.

Este proyecto aborda la rehabilitación bajo la educación, el ambiente y la cultura, generando un espacio en el que los jóvenes puedan sentirse seguros y a la vez conscientes de su problema. Antes de que este proyecto se pusiese en marcha, no había apenas recursos para ayudar a estos menores, aún siendo vital intervenir lo antes posible cuando hay un posible abuso de drogas, por lo que este centro es una gran ayuda a acabar con el problema tan arraigado que tiene este país, como son los menores consumidores.

Otro gran programa de rehabilitación existente en Colombia es el formado por la comunidad religiosa capuchina, que creó la Comunidad Terapéutica de Colombia

(COTECOL) en 1982. En esta comunidad se plantea una desintoxicación grupal, es decir, se realizan terapias de grupo en los que cada persona puede hablar de su experiencia y entre todos buscan soluciones y alternativas a la utilización de las drogas, también dan mucha importancia a la familia del sujeto, una norma esencial es que la persona que desee desintoxicarse venga acompañada de sus familiares amigos para que le sirvan como un apoyo positivo, y así conseguir una más rápida recuperación. Este programa toma en cuenta las circunstancias de todas las personas que a causa de su problema de drogas, dejaron los estudios o el trabajo, por lo que piensan que la mejor forma de solucionar esto es mediante la autogestión, todo lo que se hace en el centro lo hacen los mismos internos, la cocina, el mantenimiento, el jardín, además, la comunidad organiza microempresas, dándoles así una oportunidad para crear una amplia experiencia profesional, facilitando que cuando acaben su tratamiento, puedan aspirar a un trabajo digno y no recurrir a la delincuencia.

Esta comunidad terapéutica separa a los menores y a los adultos, estando en centros distintos, ya que piensan que el tratamiento de cada uno debe ser distinto porque depende de la edad se tienen necesidades distintas y que deben prestar especial atención a la recuperación temprana de los menores, esta concretamente se encuentra en la ciudad de Bogotá.

La Universidad Libre de Colombia en 2015 propuso una idea interesante para la realización de un proyecto tras haber analizado el consumo en el instituto Costa Rica I.E.D, para ello realizaron una investigación cualitativa en la que pasaron una encuesta a los alumnos y a los profesionales del instituto sobre los patrones de consumo, con los resultados de esta encuesta plantearon un proyecto que plantea actividades prácticas que lleven a disminuir los factores de riesgo y aumentando los de protección. Es un buen proyecto que está bien pensado, ya que primero observan los problemas y las necesidades de los sujetos a los que van a dirigir su problema, y con esta información lo hacen, provocando así que exista una mayor probabilidad de éxito (Buitrago, 2015)

DISCUSIÓN

Tras el análisis expuesto, podríamos decir que, hay un grave problema de drogas, tanto en nuestro país como en Colombia y que es necesario una rápida actuación a nivel gubernamental y a nivel social para acabar con él, sobre todo porque, como se ha visto, el consumo cada vez es más temprano y cada vez está más normalizado, en especial con drogas como la marihuana y el hachís. Creemos vital, una educación más reforzada para que aquellos jóvenes que empiezan a consumir o que se lo están planteando sepan las consecuencias detalladas que esto supone y de esta forma intentar reducir el problema.

Respecto al cambio social necesario, es también importante educar en las relaciones sociales, como se ha visto, en la gran mayoría de los casos, los jóvenes empiezan a consumir porque es lo que ven a su alrededor, especialmente en sus amigos, si éstos fuman el menor lo va a ver como algo normal, o incluso como algo necesario para encajar, por lo que hay que educarles para que no “sigan al rebaño”, ya que según el perfil realizado por Nieto y reforzado por varios estudios, la conducta delictiva se aprende, estos menores han observado las conductas realizadas por las personas que tienen a su alrededor mediante los elementos castigo-recompensa, aprendiendo que esa es la forma de actuar. También lo aprenden de sus amigos, si éstos están en situación de riesgo, aumentan las posibilidades de problemáticas sociales, como es la delincuencia y el consumo de sustancias tóxicas.

Tampoco nos podemos olvidar de la educación de las emociones, una persona que sabe gestionar adecuadamente sus emociones tiene menos probabilidades de consumir drogas, que, si no puede gestionarlas, ya que, entre otros, las drogas son una de las principales vías de escape.

Tras haber analizado distintos programas de rehabilitación tanto de España como de Colombia, podemos decir que, aunque no haya muchas diferencias entre ellos, cada uno tiene puntos fuertes que podemos aprovechar y puntos débiles que debemos evitar, para que en ambos países se creen programas más reforzados. Particularmente creemos que, la mayor ventaja que tienen los programas colombianos es que hay un gran número de ellos a los que se puede acceder de manera gratuita, ya que en España la mayoría de ellos son privados, y los públicos tienen una muy larga lista de espera, muy perjudicial para la persona que ha decidido rehabilitarse.

También, respecto a los programas españoles, más específicamente al CAID, sería importante que estuviese disponible en otras comunidades autónomas españolas, ya que es un servicio muy importante, que presta mucha atención a la prevención y educación para parar el problema de raíz, pero que además aporta servicios e información también a aquellas personas que ya son dependientes, este tipo de ayudas serían muy positivas en Colombia, y en general en todo el mundo, ya que no siempre es necesario el internamiento pero aún así, se necesita cierto control y ayuda para acabar con el problema. Por lo demás, los programas y centros de ambos países son prácticamente iguales, sería interesante hacer la comparación también con otros países ya que, aunque no son malos los programas con los que se cuentan en Colombia y España, siempre pueden mejorarse.

Para probar los resultados de este trabajo sería necesario un experimento longitudinal, que consistiría en, después de haber estudiado las mejores intervenciones en la deshabituación de drogas, ponerlas en práctica, teniendo un grupo haciendo tratamiento con los nuevos programas y un grupo control, tratado como se ha venido tratando las adicciones estos últimos años, finalmente se observaría las mejorías de cada grupo mediante un profundo seguimiento durante al menos dos años para ver también como avanzan los pacientes después de haber terminado el tratamiento. Sin embargo, los recursos humanos y financieros no están disponibles por el Estado u organización para abarcar por largos períodos.

En general es importante que se hagan más trabajos así, explorando otras partes del mundo y observando las comparaciones, mirando cada ventaja y desventaja que tienen los demás modelos de desintoxicación usándolo a nuestro favor y mejorando los nuestros.

CONCLUSIONES

1º Hemos descrito los programas de rehabilitación que hay tanto en España como en Colombia, del análisis comparativo concluimos que no hay mucha diferencia entre estos dos países, ya que se utilizan prácticamente las mismas vías de trabajo en los dos porque tienen la misma idea respecto de lo que significa el consumo y del como está provocado,

esto tiene mucho que ver que en ambos países haya estadísticas muy parecidas de consumo.

2° Sobre el perfil de los menores consumidores señalamos que en los dos países rondan las edades de 16-17 años, que la droga más utilizada es el cannabis y que el consumo se produce por la interacción con grupos de riesgo intentando encajar en los ambientes en los que se relacionan los grupos.

3° Sobre la relación delitos cometidos por menores y drogas, encontramos que no se ha podido explicar de forma unánime esta relación ya que hay muchas diferencias entre autores, que viene dado también de la dificultad de asegurar que ciertas conductas delictivas están causadas exclusivamente a las drogas o viceversa, aunque si que hay ciertas acciones muy claras, como los robos para conseguir dinero para drogas o el consumo para conseguir la desinhibición y así facilitar la comisión de un delito.

4° Finalmente, sobre los aportes que da la criminología para la intervención en estos programas concluimos que es muy importante tenerlos en cuenta a la hora de elaborar los proyectos ya que dan pautas sobre las razones de consumo, los métodos de aprendizaje, los apoyos que necesita la persona, etc. que pueden beneficiar y resultar claves para que sean más efectivos. Es importante tener en cuenta al profesional de la criminología, aunque esta profesión no existe como tal en nuestro país, se ha comprobado que las teorías criminológicas son esenciales para realizar programas relacionados con actos delictivos y drogas, la visión de los criminólogos en este trabajo y trabajos parecidos es necesaria.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, la principal es que no se ha podido hacer un estudio experimental que afirme los datos, toda la información proviene de otros artículos u otros estudios anteriores.

Otra limitación ha sido que ambos países son muy parecidos, respecto a las leyes, la forma de intervenir cuando existe consumo, los perfiles de los menores consumidores y las estadísticas de consumo. Sería interesante realizar un trabajo comparativo entre estos

países y aquellos países donde tengas distintas leyes y el cannabis sea legal, para ver si los datos son también parecidos o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2006). Ley Orgánica de Responsabilidad del Menor 8/2006, de 4 de diciembre. (290) 42700-42712.

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2015). Ley Orgánica de protección de la seguridad ciudadana (77) 2015-3442.

Asociación Proyecto Hombre (2017). Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. *Informe 2017*

Azorín, M^o. (2016). ¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas e adolescentes *Revista Complutense de Educación*. 27(1), 141-159.

Buitrago, G. (2015). Estrategia de gestión escolar para la prevención del consumo de drogas en adolescentes de la básica y la media del colegio Costa Rica IED Bogotá D.C *Universidad Libre, Facultad de Ciencias de la Educación*.

Bandura, A. (1974). Behavior theory and the models of a man. *American Psychologist*, 29(12), 859-869.

Bennett, T; Holloway, K; Farrington D (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. (13), 107-118. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178908000037?casa_token=pPrPDOQJF3YAAAAA:U3iL3cK5P8djMu_-03eDmIj_fuFbLh1V7GCmKxt3FIjBw72FKf2CNXQ72YKZEdinEiNVeiaB1r4

Calafat, A; Montserrat, J; Elisardo, B; Alejandro, M. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos *Adicciones* 20(1), 37-47.

Campuzano, C (2017). ¿A dónde ir si necesitas ayuda? 8 centros de rehabilitación en Colombia. *Revista VICE*. <https://www.vice.com/es/article/bmkwa8/a-dnde-ir-si-necesitas-ayuda-8-centros-de-rehabilitacin-en-colombia>

Carreño, J, Campos, R., y Bobes, J. (2005). Situación actual de los Programas de Desintoxicación. ¿Cuándo y cómo desintoxicar? *Revista adicciones* 17(2), 205-222.

Chavarriga-Rios, M. C; Segura-Cardona, A. M (2013) Consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos de estudiantes de 11 a 18 años. Itagüí, Colombia *Revista Salud Pública*, 17(5), 655-666.

Congreso de Colombia (1986). Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. *Ministerio de Salud y Protección Social*

Congreso de Colombia (2006). Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. *Fiscalía General de la Nación*.

Contreras, L., Molina, V., y Cano. M^o. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas Departamento de Psicología, Universidad de Jaén. 24(1).

Elvira-Antonio, N. (2004). Tipos de drogas y efectos sobre el ser humano *Acalán Revista de la Universidad Autónoma del Carmen*. (30), 23-27.

Elzo, J (1999) Ensayo de una tipología de los jóvenes españoles basado en sus sistemas de valores. *jóvenes españoles 99*. 13-52.

Rendón, R (2021). La fiscalía de Menores de Huelva alerta: las drogas están detrás de los delitos más graves. *Revista Huelva Información*

García, V (2006). Justicia, mercado y democracia: Un examen crítico de las teorías económicas sobre el (in)cumplimiento del derecho y su relación con el desarrollo, la justicia y la democracia. En R. Uprimmy, C. Rodríguez y M. García (Eds.) *¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*, 49-107. Bogotá: Norma.

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (2020). Informe 2020, Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España” *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones*.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Plan de Acción Sobre Adicciones. *Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024*.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019-2020) Proyecto M.E.R.A (Menores escolarizados en riesgo de adicción). Talleres prevención adicciones en centros educativos de educación secundaria *CAID Parla*.

<https://transparencia.ayuntamientoparla.es/wp-content/uploads/2020/07/CAID-INFORME-DE-EVALUACION-PROYECTO-MERA-.-PREVENCION-DE-ADICCIONES-2020.pdf>

Gobierno de la Rioja (2021). Cannabis. *InfoDrogas*.
<https://www.infodrogas.org/drogas/cannabis?showall=1>

Hirschi, T. (1969-1995). Teoría del control del Hirschi.

Iniseg (2020). Drogas y Crimen: ¿una relación de dependencia mutua? *Instituto Internacional de Estudios en Seguridad Global*.

National Institute on Drug abuse (2020). Las Drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. El uso indebido de drogas y la adicción. *National Institutes of Health*.
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

Madoz, A., y Baca, E. (2013). *Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales* Universidad Oberta de Catalunya.
http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/70025/4/Drogas%20y%20delincuencia_M%C3%B3dulo%202_Criminolog%C3%ADa%20y%20drogodependencia%3Bcuestiones%20actuales.pdf

Márquez, A (2007). La justicia restaurativa versus la justicia retributiva en el contexto del sistema procesal de tendencia acusatoria. *Revista prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 10(20), 201-212.
<http://www.umng.edu.co/docs/revderecho/rev2de2007/13.JusticiaRestaurativa.pdf>

Naciones Unidas (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación, guía práctica de planificación y aplicación.

Nieto, C. (2012). Perfil de los menores en conflicto con la ley. *T.Snova, Trabajo Social y Servicios Sociales* 6(2).

Observatorio del Bienestar de la Niñez (2015). *Adolescentes, jóvenes y delitos: elementos para la comprensión de la delincuencia juvenil en Colombia*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Observatorio de la Infancia en Andalucía (2017). El consumo de drogas entre la población adolescente. *Cifras y datos* (17)

Organización Mundial de la Salud (2004)

Oteo, A. (2009). Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. Fundación Gaspara Casal. *Instituto Bongger de Criminología*.

Otero-Lopez, J. M (1994). Delincuencia y droga: concepto, medida y estado actual del conocimiento. *Madrid: Eudema*

Rodríguez, C; Leonardo, A (2012). Análisis de la Justicia Restaurativa en Materia de Responsabilidad Penal para Adolescentes en Colombia *Anuario de Psicología Jurídica* (22), 25-35.

Rodríguez, F. J; Paíno, S; Herrero, F. J; González, L. M (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*. 3(9) 587-598.

Rodríguez, L., y Salas, A. (2020). *Centro de rehabilitación para menores de edad con problemas de drogadicción*. Universidad Santo Tomás Tunja.

Robles, G (2009). Cambios y tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo hacia la exclusión social” *Zerbitzuan*. (45), 123-134.

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

Sagñay, J (2012) ¿qué son las drogas? Las consecuencias de su uso. *Instituto de Neurociencias, Junta de Beneficencia de Guayaquil*.

San Juan, C., Ocariz, E., y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: perfil psicosocial y delictivo. *Revista Criminalidad Policía Nacional – DIJIN*. 51(1), 147-162.

Schulman, D (2014). Drogas y criminalidad. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*. 2(3)

Valencuela, E; Larroulet, P (2010). La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible. *Estudios públicos*, 119.