

Plan Nacional sobre Drogas

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS



ACTUAR
ES
POSIBLE

**ACTUAR ES
POSIBLE**

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS

**Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas**

AUTORES

Isabel M. Martínez Higuera. Psicólogo. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. CEPS. Asociación para la Prevención e Investigación en Drogodependencias. APID.

Miguel Angel Nieto González. Periodista. Agencia EFE.

Begoña del Pueyo. Periodista. Coordinadora del espacio "Todos contra la Droga" del programa PROTAGONISTAS. Onda Rambla.

REDACTORA

Isabel M. Martínez Higuera

COMISIÓN TÉCNICA DE DGPNSD

Eugenio González Arévalo
Sonia Moncada Bueno
José Salvador Casanova

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Javier Hernández

EDITA Y DISTRIBUYE



NIPO: 126-00-015-0

Depósito legal: M-4413-2000

PRESENTACIÓN

Desde su creación en 1985, el Plan Nacional sobre Drogas nunca había priorizado la prevención de las drogodependencias como lo ha hecho en estos últimos cuatro años. Impulsar esta acción y adecuar, coordinar y homologar los programas que se desarrollan en las distintas administraciones y ONGs, fue el objetivo básico del Plan de Medidas para luchar contra las drogas de 24 de enero de 1997, que se ha visto reafirmado en el Real Decreto de 17 de diciembre de 1999, referente a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

Con ser importante la priorización de la prevención, lo es aún más los ámbitos de actuación, ya que la aplicación de las ideas es lo que realmente produce beneficio a la sociedad.

La familia, la escuela y los medios de comunicación, constituyen los vértices de un tridente en los que basar las políticas preventivas.

El nuevo ejemplar de la serie Actuar es Posible, que ve la luz después de los dedicados a la familia, la comunidad escolar y los servicios sociales, viene a completar, bajo el título Medios de Comunicación y Drogodependencias, un conjunto de materiales que se pretenden sean de utilidad para los profesionales en los distintos ámbitos de actuación.

No pretendemos enseñar nada a nadie, sino facilitar la labor de los periodistas en su labor diaria, en un tema tan complejo y en aspectos tan diferentes como los estereotipos, ideas preconcebidas, marcos legales, evolución de programas, rehabilitación de drogodependientes, etc.

Nuestra máxima aspiración sería que el manual, al cabo de unos meses, estuviera manchado de tinta, con innumerables anotaciones al margen y ¿por qué no?, que sin respetar una propiedad intelectual que es de todos, se hicieran miles de fotocopias. Esto significaría que podemos devolver en forma de utilidad algo de la gratitud que debemos los que nos dedicamos a las políticas públicas a los medios de comunicación.

Gonzalo Robles Orozco

*Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas*

INTRODUCCIÓN

Las sociedades modernas presentan a menudo, junto a un gran número de avances que hacen de promotores de la civilización humana, una serie de inconvenientes derivados de la complejidad de su propia naturaleza. El uso farmacológico de las drogas, constituye desde la noche de los tiempos un aspecto negativo ligado a la condición humana. Pero sí es cierto que el problema de las drogas y drogodependencias ha existido, existe y existirá, no lo es menos que ha sido al “globalizarse el planeta” cuando ha adquirido la categoría de fenómeno social y a ello han contribuido de manera transcendente los medios de comunicación.

A través de las ondas, los teletipos, las imágenes o los artículos, hoy sabemos los modos de hacer y de pensar de los jóvenes desde la Patagonia a los Alpes. Conocemos inmediatamente las últimas sustancias elaboradas en un garaje de Newcastle o el gran alijo aprehendido en las costas españolas. Además tenemos información de las mafias que se lucran con la salud de los jóvenes, los paraísos fiscales “ad hoc” y las últimas tecnologías empleadas por los narcotraficantes.

En el nuevo milenio que comienza tendremos a diario más información que en décadas de años anteriores. Pero la cantidad no significa necesariamente calidad, y el “fenómeno de las drogodependencias” por su complejidad, necesita criterios de alta cualificación comunicativa, ya que estamos ante un problema de especial transcendencia: La salud como elemento imprescindible del ser humano y especialmente la salud de nuestra juventud que es la parte más vulnerable de la población a la que los servicios públicos deben proteger.

Con “Actuar es posible. Medios de Comunicación y Drogodependencias” hemos tratado de poner en manos de los redactores un material útil que a golpe de vista les sirva para diferenciar una droga sintética de un producto de diseño, para conocer la realidad punitiva del consumo de drogas en España y su entorno, para distinguir un programa terapéutico de otro de reducción de daños... En definitiva un manual que sirva para facilitar a los verdaderos artífices de la información el trabajo en un tema tan amplio y complejo como es el fenómeno de las drogodependencias.

Decía Bismark, que es el más constante el que acaba cumpliendo sus objetivos. Desde las políticas públicas lo que nos mueve es el bienestar social y el de sus ciudadanos. Los medios de comunicación son esenciales en este objetivo. Si facilitándoles su trabajo les ayudamos a trabajar mejor, el bien será para todos.

Javier Hernández González
Director de Comunicación

ÍNDICE

1. COMUNICAR SOBRE EL FENÓMENO DE LAS DROGAS	15
1.1. Notas sobre la práctica de la información y el fenómeno de las drogas	15
1.2. El tema de las drogas no es un suceso	17
1.3. Estereotipos sobre drogas que deforman la realidad	19
1.4. Datos a tener en cuenta para transmitir una información veraz	20
1.5. Ideas preconcebidas que circulan por los medios de comunicación	22
1.6. Errores que reiteradamente se producen al informar	23
1.7. Situaciones informativas comprometidas y formas de afrontarlas	25
1.8. Sugerencias de acciones a realizar desde los medios de comunicación para colaborar con las iniciativas sobre prevención	26
2. PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS	29
2.1 ¿Qué es prevenir el consumo de drogas?	29
2.2 ¿Qué son los programas de prevención de drogodependencias?	31
2.3 ¿Qué tipos de programas de prevención existen?	32
2.4 ¿Cuáles son los programas de prevención que se realizan en España?	37

2.5 ¿En qué consiste la evaluación de programas de prevención?	40
2.6 ¿Cuáles son los recursos que existen para conocer más sobre la prevención?	42
2.7 ¿Son eficaces las intervenciones preventivas?	44
3. REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS	48
3.1. ¿En qué consiste la rehabilitación de drogodependencia?	48
3.2. ¿Qué es asistencia en el ámbito de las drogodependencias?	51
3.3. ¿Qué tipos de centros de atención para drogodependientes existen?	53
3.4. ¿En qué consiste la reinserción o incorporación social?	58
3.5. ¿Son eficaces los tratamientos de drogodependencias?	59
4. FUENTES LEGALES PARA EL PERIODISTA. EL CONTROL DE LA OFERTA Y LA DEMANDA	63
4.1. ¿Qué se entiende por droga en el marco jurídico español?	63
4.2. ¿Por qué interviene el Estado en materia de drogas?	64
4.3. ¿Cómo trata el derecho español el fenómeno de las drogas?	65
4.4. ¿Cuál es la legislación relativa al consumo de drogas ilegales?	67
4.5. ¿Cuál es la legislación relativa a la producción, posesión y tráfico de drogas ilegales?	70
4.6. ¿Se admiten los usos lícitos de las drogas ilegales?	71
4.7. ¿En qué consiste la prevención y represión del blanqueo de capitales?	73

4.8. ¿Cuáles son las características de los procedimientos judiciales sobre tráfico ilícito de drogas?	77
4.9. ¿Qué es el Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilegal de Drogas, la Ley del Fondo?	79
4.10. ¿Cuál es la legislación relativa a las drogas legales?	81
4.11. ¿Existe alguna normativa sobre la prevención, la asistencia y la reinserción?	83
5. EL NARCOTRÁFICO. GEOPOLÍTICA DE LAS DROGAS	85
5.1. ¿Dónde se producen las principales drogas ilegales?	86
5.1.1. Heroína	86
5.1.2. Cocaína	86
5.1.3. Hachís	86
5.1.4. Drogas de síntesis	87
5.2. ¿Cuáles son las principales rutas de distribución?	87
5.2.1. Heroína	87
5.2.2. Cocaína	89
5.2.3. Hachís	91
5.2.4. Drogas de síntesis	93
5.3. ¿Quiénes son los responsables de la lucha contra el narcotráfico y el blanqueo de dinero asociado?	95
6. REFERENTES INFORMATIVOS	103
6.1. Referentes gubernamentales: el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Regionales y Municipales sobre Drogas.	103
6.2. Las organizaciones no gubernamentales que intervienen en drogodependencias	107

6.3. Organismos internacionales con competencias en materia de drogas	108
6.4. Otros referentes informativos	111

<u>7. CONCEPTO CLAVES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN</u>	115
• Actitudes respecto a las drogas	116
• Blanqueo de dinero	116
• Campañas en los medios de comunicación	117
• Centros de Atención a la Drogodependencias	117
• Comunidad Terapéutica	117
• Contextos de prevención	118
• Debate de la legalización	118
• Desintoxicación ultra-cortas	119
• Dependencia psíquica y física de una droga	120
• Drogas duras y drogas blandas	121
• Drogas y discapacidad	121
• Drogodependencia	122
• Drogas y personas mayores	124
• Embarazo y consumo de drogas	125
• Entregas vigiladas	125
• Estrategias de prevención	126
• Evaluación de programas de prevención	127
• Factores de protección para el consumo de drogas	127
• Factores de riesgo para el consumo de drogas	128
• Grupos de autoayuda	128
• Habilidades para la vida	129
• Hijos de alcohólicos	129
• Intervenciones tempranas	129
• Ley del Fondo	130
• Marginación social y consumo de drogas	131

• Materiales de prevención	132
• Negocio de las drogas (EI)	132
• Niños y jóvenes ante las drogas	132
• Padres y prevención	134
• Planes Regionales/Autonómicos sobre Drogas	135
• Patología dual	135
• Precursores	135
• Prevención de drogas	136
• Programas de tratamiento con metadona	136
• Programa de intercambio de jeringuillas	137
• Programas libres de droga	137
• Reducción de daños	137
• Rehabilitación de drogodependencias	138
• Reinserción en drogodependencias	138
• Sustancias psicoactivas	139
• Toxicidad	140
• Uso y abuso de las drogas	140
• Unidades de desintoxicación	142
8. ANEXOS	143
8.1. Listas de drogas ilegales sometidas a fiscalización internacional	143
8.2. Relación básica de normas estatales en vigor	165
8.3. Direcciones útiles.	169
9. BIBLIOGRAFÍA	176

Capítulo 1

COMUNICAR SOBRE EL FENÓMENO DE LAS DROGAS

1.1. Notas sobre la práctica de la información y el fenómeno de las drogas

La información y la responsabilidad son cuestiones compatibles que se hacen verdaderamente necesarias al tratar temas relacionados con el fenómeno de las drogas. Y ello debido a la complejidad del fenómeno y las importantes repercusiones humanas, económicas y sociales que produce.

La preocupación que hoy existe entre los profesionales de la lucha y prevención contra las drogas por el “divorcio”, en ocasiones, entre ellos y los comunicadores, puede tener su base, aunque resulte paradójico, en una falta de comunicación entre ambos colectivos. Las posibles causas pueden encontrarse en ambas partes: por un lado, las fuentes que se le ofrecen al comunicador no son suficientemente claras o, al menos, concretas y, por otro lado, el comunicador puede carecer, por su parte, de la especial sensibilidad y conocimientos necesarios para abordar informativamente el fenómeno de las drogas.

Mientras en las redacciones encontramos especialistas en deportes, economía, sucesos, tribunales, cultura etc., no encontramos especialistas en drogas, periodistas que conozcan en profundidad el fenómeno y los muchos problemas que de él se derivan. Además, las fuentes a las que puede acudir un

periodista no están lo suficientemente coordinadas como para dar visiones globales sobre el tema.

El conocimiento personal, directo y frecuente entre el periodista y sus fuentes es altamente recomendable, siempre ha dado unos resultados excelentes, lo que redundo, sin lugar a dudas, en la calidad de la información desde cualquier punto de vista. Sin embargo, sabemos que hoy, por la estructura de las redacciones, los periodistas no disponen del tiempo necesario para cultivar sus fuentes. Sabemos también que hay entre las fuentes y los comunicadores cierta desconfianza mutua y que esto determina que se produzcan actuaciones informativas poco adecuadas para contribuir a un tratamiento informativo responsable del problema de las drogas.

Hoy en día, el conocimiento de la realidad se realiza cada vez menos a través de la experiencia directa y más a través de los medios de comunicación. Por eso, hemos de asumir que el profesional de la comunicación es intérprete de la realidad social y, en muchos casos, conforma las imágenes que adquiere la sociedad sobre la mayoría de los temas. El impacto que esto supone sobre la percepción social de los diferentes aspectos relacionados con el problema de las drogas es de gran importancia.

1.2. El tema de las drogas no es un suceso

Cuando muchos autores que se han dedicado a estudiar la relación “información-drogas” llegan a la conclusión de que los periodistas solo atienden, o al menos en una gran mayoría, al aspecto criminal del fenómeno, no están exentos de razón, aunque sí de perspectiva. Si cualquiera de nosotros hace un análisis del contenido de uno o varios medios de comunicación, descubriremos que se habla mucho más de las drogas en las secciones de tribunales o sucesos que en las de sociedad; es decir, que hay un volumen superior de información sobre las actividades de represión que sobre las de prevención o de asistencia.

Algunas explicaciones de este hecho están en que las fuentes de información son mucho más ágiles en el campo de la represión que en el de la prevención; consecuentemente, el volumen de noticias que se producen en el primer campo es mucho más grande que en el segundo. Los actos relacionados con la represión se ajustan muy bien a la inmediatez e impacto que requieren las crónicas de sucesos. Sin embargo, los actos relacionados con la prevención y la asistencia al problema de las drogas son, por naturaleza, lentos y sin el aparente brillo que tienen las noticias sobre drogas centradas en alijos o muertes.

Desde luego, esto no quiere decir que haya más noticias sobre el aspecto criminal de las drogas que sobre la vertiente preventiva y asistencial, lo que ocurre es que las primeras, quizá porque se producen de una manera inesperada, captan más la atención del informador, y las segundas requieren de un conocimiento global del fenómeno de las drogas, que abarque los muchos frentes que lo componen, y también hay que tener ‘ojos’ para ver estas noticias. La prevención y la atención socio-sanitaria del fenómeno de las drogas es lenta, pero continua, cada segundo produce una noticia y su desarrollo global debe convertirse en noticia, porque lo es. El seguimiento de campañas de prevención, la atención continua al desarrollo de programas, los avances médicos, los resultados positivos y las personas que trabajan en todos estos campos, deben merecer la atención del informador porque todo ello también forma parte de lo que ocurre en el complejo y vasto campo que representan las drogas.

El fenómeno de las drogas no debe ser un capítulo más de la crónica de sucesos. Detrás de cada historia donde aparece alguna o varias de las drogas hay

un drama personal, familiar, y social, una compleja trama de actuaciones multi-profesionales, terapéuticas o institucionales. El fenómeno –ya lo hemos dicho- no es simple, así que su tratamiento informativo tampoco puede serlo. Una muerte por sobredosis, el atraco realizado por un toxicómano, las aprehensiones de alijos, las detenciones de narcotraficantes, sus juicios o sus condenas, deberían ocupar, al menos, el mismo espacio informativo que los métodos de prevención o los descubrimientos médicos para una mejor asistencia sanitaria de los afectados.

La credibilidad que la sociedad deposita en los medios de comunicación hace de ellos un instrumento idóneo para difundir mensajes de interés público, encaminados a modificar actitudes y comportamiento en torno a un problema, como es el de las drogas. De ahí la gran responsabilidad de los medios de transmitir una información ajustada a la realidad, con toda su complejidad, evitando las simplificaciones y reduccionismos del fenómeno.

1.3. Estereotipos sobre drogas que deforman la realidad

En la creación de estereotipos, que son fácilmente asimilados por el conjunto de la sociedad, tiene una responsabilidad fundamental los profesionales de la comunicación.

Hay unos cuantos estereotipos en el ámbito de las drogas que con frecuencia se utilizan en los medios de comunicación, queremos destacar en este apartado los dos más relevantes:

- **Utilizar ‘la droga’ en lugar de ‘las drogas’ cuando se quiere referir genéricamente al problema que ocasiona el consumo de estas sustancias.** Con un poquito de reflexión, nos damos cuenta que el fenómeno no es de la droga, si no de las drogas, es decir, de las muchas sustancias químicas que por su toxicidad y su potencialidad adictiva suponen un grave riesgo para la salud de la población. Al hablar de la droga, en singular, estamos lanzando un mensaje codificado que el lector u oyente interpreta como la “heroína” y todo lo que ésta conlleva: marginalidad, delincuencia, inseguridad ciudadana, etc. Utilizando este estereotipo se está dando una información limitada del verdadero fenómeno, lo que contribuye poco, o nada, a crear una actitud adecuada a la dimensión real del tema. La heroína, que sigue estando presente en nuestra sociedad, no es ya, ni el único ni el mayor problema con que se enfrentan quienes se dedican a la represión, prevención o asistencia de los problemas relacionados con las drogas. Y, desde luego, no va a ser en absoluto el máximo problema del futuro.
- **Identificar al consumidor de drogas con la imagen del toxicómano marginal o delincuente.** Esta es otra simplificación, tal vez relacionada con la anterior, que no se corresponde con la realidad. Hoy en día, la mayoría de las personas que consumen drogas no pertenecen a grupos marginales, sino que están perfectamente integrados en la sociedad, la familia, el trabajo o los centros docentes. Muchas de las sustancias adictivas que se consumen no producen un síndrome de abstinencia tan compulsivo que obliguen a robar o a atracar para conseguirlas; además, algu-

nas suelen ser económicamente accesibles para los bolsillos de las personas que las toman, por lo que no se ven impelidos a buscar dinero ajeno para mantener su adicción.

1.4. Datos a tener en cuenta para transmitir una información veraz

El primer impulso es el que se graba con mayor fuerza. Cuando en España se comenzó a hablar de drogas y toxicómanos se creó una imagen que en estos momentos no se corresponde con el perfil de un drogodependiente. Este es el origen de este estereotipo que también hemos mencionado antes; la actitud que genera respecto a este colectivo no corresponde a la realidad actual.

Ejemplo: Se ha identificado el mundo de las drogas con los 'yonkis' de tal forma que, incluso cuando se hable de drogas de síntesis, se acude a la jeringuilla tachada para ilustrar una información.

En el periodismo, **los acontecimientos que más resaltan son los acontecimientos inhabituales.** Esto puede deformar la realidad, magnificando lo inusual.

Ejemplo: Un fenómeno – el del consumo de éxtasis - que afecta a un colectivo muy pequeño puede parecer que está repercutiendo en toda la sociedad, cuando según la Encuesta Escolar de 1996, sólo un 4% de escolares de 14 a 18 años han probado alguna vez drogas de síntesis.

Las limitaciones de tiempo en los medios audiovisuales, o de espacio en los escritos, predisponen a generalizar.

Ejemplo: Se emplea a menudo el genérico DROGA, cuando los efectos de las distintas sustancias son completamente diferentes, así como las razones para su consumo y el tratamiento que requieren.

Las noticias negativas priman sobre las positivas en los medios de comunicación, como ya hemos mencionado más arriba. Esto puede distorsionar la realidad, al no existir un equilibrio entre la cantidad de información policial sobre incautaciones y delincuencia y las que muestran logros en el campo de la preven-

ción y la rehabilitación.

Recomendación: Se puede contrarrestar este efecto, aprovechando la noticia de la incautación de un alijo para tratar temas de los afectados por esa droga que están siguiendo programas de recuperación, o algún logro en el tratamiento de la adicción, o incluso de las medidas de prevención que se están realizando en esos momentos.

No siempre es necesario mencionar las drogas para conseguir un mensaje positivo. Es importante hacerse eco de alternativas saludables que gozan de menor difusión en los medios de comunicación.

Ejemplo: La apertura de una piscina con horario nocturno en el verano es una información útil para la sociedad y que puede ser analizada desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud.

Los mensajes llegan a un público muy heterogéneo, lo que puede restarles efectividad. En ocasiones, también puede provocar una doble interpretación.

Ejemplo: una noticia sobre consumo de inhalantes en niños y jóvenes puede provocar alarma en los padres y curiosidad en los hijos.

Emplear una sola fuente para informar sobre drogas limita la comprensión de un fenómeno tan complejo como éste. Si los equipos que tratan las drogodependencias son multidisciplinarios, es porque necesitan de profesionales diversos para abarcar los distintos aspectos del problema; así que sondear en varios puntos informativos parece razonable y conveniente dadas las características de este tema.

Ejemplo: El incremento del consumo de drogas de síntesis tiene una explicación policial, pero también pueden aportar información relevante expertos sobre drogas tales como farmacólogos, sociólogos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales o pedagogos.

1.5. Ideas preconcebidas que circulan por los medios de comunicación

“El problema de las drogas ha empeorado”. Muchas veces no se trata del resultado de una situación real, sino de la aparición de mensajes en los medios de comunicación, en los que no se ha acotado el colectivo al que afecta el problema.

Ejemplo: La aparición de una nueva sustancia multiplica los mensajes en torno a ésta, distorsionando la idea sobre su importancia en el conjunto de la sociedad, y creando alarma social.

“Esto es un negocio y todos intentan sacar partido”. Actitudes fatalistas como ésta resultan especialmente contraproducentes. Otro tanto sucede cuando se simplifica el tráfico de drogas en términos de oferta y demanda.

Ejemplo: Comparar la legislación actual sobre drogas con la Ley Seca en Estados Unidos.

“El síndrome de abstinencia (mono) es el momento de mayor crisis y dolor que vive un toxicómano”. A menudo, los mensajes de los medios desenfocan el problema principal, cuando se centran en la noticia del ‘mono’, obviando que la solución de la drogodependencia es un proceso lento e irregular en el que el abordaje del síndrome de abstinencia es sólo la primera etapa de la recuperación y que, además, requiere ciertas condiciones para llevarla a cabo con garantías.

“Todas las muertes de drogodependientes se pueden atribuir a una sobredosis”. Una adulteración o la crisis aguda de un toxicómano, cuyo organismo se encuentra muy deteriorado por enfermedades “oportunistas”, pueden ser la causa de algunas muertes. De igual manera no es correcto asociar invariablemente SIDA con drogodependencia.

También se debe tener en cuenta que:

- La dificultad de encontrar testimonios en las clases medias y altas deforma la percepción sobre el colectivo afectado por la drogodependencia. El

pudor que tienen las familias con suficientes medios, adecuadamente integradas en su entorno, para mostrar la drogodependencia de uno de sus miembros, que viven como un fracaso propio, contrasta con la facilidad con que algunas familias pertenecientes a un medio de mayor desestructuración se brindan a contar su historia, contribuyendo a crear una imagen de que el problema sólo afecta a este tipo de familias.

- Recoger directamente el testimonio de un drogodependiente resulta peligroso, si no se matiza. El testimonio del drogodependiente podría entenderse como “de la droga se puede salir. ¿por qué no probar?”. También puede reflejar la imagen de un sujeto pasivo, sin responsabilidad sobre su adicción. . Una mala interpretación puede evitarse mediante la intervención de un terapeuta que introduzca el mensaje.
- La denuncia de un foco de droga en un punto muy concreto de la ciudad puede provocar la creación de barrios “escenario”. Mensajes muy reiterativos, que generalizan el “trapicheo” u otros comportamiento relacionado con las drogas, y que se focalizan en un punto concreto de la comunidad, puede estigmatizar a todos los habitantes de la misma y contribuir a una mayor marginación social.

1.6. Errores que reiteradamente se producen al informar

Los siguientes puntos muestran un conjunto de situaciones o estilos frecuentes en los medios de comunicación que producen distorsión, incluso efectos contraproducentes:

- Ilustrar un artículo sobre fiestas culturales con la imagen de un camarero sirviendo bebidas alcohólicas y con jóvenes alrededor. La imagen que se está transfiriendo al receptor es que ALCOHOL= FIESTA= JÓVENES.
- Derivado del estereotipo anterior, algunas informaciones generalizan de tal manera que parece que todos los jóvenes, los fines de semana, hacen

lo mismo: consumir alcohol y emborracharse, produciendo una imagen incorrecta de todo un colectivo. La realidad es que se ha incrementado peligrosamente el consumo de alcohol, pero también hay que resaltar que cada vez hay un mayor número de jóvenes abstemios.

- “Según un estudio sobre el consumo de drogas, tabaco y alcohol” es una frase muy común y especialmente inadecuada ya que contribuye a mantener la idea inexacta sobre que el alcohol y el tabaco no son drogas, sustancias capaces de producir una adicción. Lo correcto sería decir ‘según un estudio sobre el consumo de tabaco, alcohol y otros drogas’.
- Cuando se trata del narcotráfico y los delitos relacionados con las drogas la información, con frecuencia, presenta las siguientes características que contribuyen a una imagen incorrecta del problema:
 - a) Se ofrece el valor en el mercado de la mercancía decomisada, destacando con ello el aspecto lucrativo de este negocio ilícito y, posiblemente, induciendo a cometer nuevos delitos.
 - b) En la información sobre alijos se emplean unidades de medida heterogéneas, confundiendo al receptor: se habla de toneladas cuando se refiere al hachís, de kilos si se trata de cocaína y de miles de dosis si son papelinas de heroína. Parece que incrementando la cantidad, reduciendo las unidades de medida, se hace más importante la noticia.
 - c) Se confunden mafias con cárteles y otras bandas armadas. Se habla de extranjeros cuando no es imprescindible para clarificar una información y, muchas veces, se busca la vinculación con un clan colombiano.
 - d) Se abusa de la desarticulación de bandas en la información, provocando la doble impresión de que existe un control policial, que a su vez se puede interpretar como un crecimiento ilimitado de nuevos grupos delictivos.

1.7. Situaciones informativas comprometidas y formas de afrontarlas

En ocasiones, los profesionales de los medios de comunicación tienen que realizar su trabajo en situaciones ambivalentes, confusas, ciertamente comprometidas, ya que tienen entre manos una información que representa solamente una parte de una realidad mucho más compleja y con múltiples matices; tal vez, la parte más crispada de esa realidad. A continuación exponemos algunos ejemplos que hemos experimentado como profesionales y alguna sugerencia al respecto. La idea fundamental es que ante cualquier noticia conviene buscar su marco global, la información del otro lado de la realidad y ofrecer una panorámica del acontecimiento lo más amplia posible:

- Es habitual que los vecinos de los barrios se opongan a la instalación de un equipamiento para drogodependientes. Ocurre cuando se trata de centros de día, de “narcosalas”, o de campañas de “intercambio de jeringuillas”.

Sugerencia: Tan contraproducente resulta dejar que los vecinos planteen libremente sus airadas protestas, como silenciar su rechazo. Hay que buscar espacios en los que ambas partes puedan expresarse, a ser posible, con opiniones de terceras personas no implicadas en la discusión, pero con autoridad moral en la comunidad. En radio y televisión es mejor no convocar simultáneamente a las partes en litigio, si eso origina crispación.

- En ocasiones, llegan a los periodistas denuncias interesadas sobre la aparición de un eslogan o un folleto que, con el apoyo de organismos públicos, fomentan – aparentemente - el consumo de drogas, en lugar de evitarlo.

Sugerencia: Antes de hacerse eco de este contrasentido, averiguar la procedencia de la denuncia, en muchos casos interesada o llena de una gran ignorancia, y advertir la posibilidad de que la información “gazapo” esté sacada de contexto.

- La oferta y la demanda de tratamiento no siempre es pareja. Las administraciones y ONGs divulgan las ventajas de sus métodos de rehabilitación, pero no acostumbran a hablar de las listas de espera para quienes quieren seguirlos. ¿Estamos alentando los periodistas falsas esperanzas?

¿Tenemos la obligación de denunciar la falta de recursos?

Sugerencia: Es obligación de los medios hacerse eco de noticias positivas, y la puesta en marcha de nuevos tratamientos lo es. Pero cuando la falta de recursos es una realidad, no hay más remedio que llamar la atención sobre esta situación. Procurar, en ese caso, no echar por tierra la tarea de los que trabajan para sacar adelante los servicios de atención.

1.8. Sugerencia de acciones a realizar desde los medios de comunicación para colaborar con las iniciativas sobre prevención

Las siguientes sugerencias son las recomendaciones a los medios de comunicación del servicio de información del departamento norteamericano sobre drogas *Substance Abuse and Mental Health Service Administration*, a través de su centro de documentación denominado *National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information*.

- Establecer en el entorno de trabajo una política clara contra el consumo del alcohol, el tabaco y las otras drogas.
- Conocer los riesgos potenciales que el alcohol, el tabaco y las otras drogas plantean a cualquier actividad laboral: absentismo, pérdida de productividad, inseguridad, errores y enfermedad.
- Tener conciencia de la relación entre consumo de alcohol y otras drogas con las enfermedades de transmisión sexual, incluido el Sida. El consumo de alcohol y otras drogas puede llevar a actividades sexuales no planificadas y sin la protección adecuada.
- Transmitir al público información útil e historias de éxito para influir en las actitudes adecuadas a la prevención y a la rehabilitación, y con ello posibilitar que los líderes de la comunidad, los profesores y los padres se consideren parte implicada en las acciones a realizar frente al fenómeno de las drogas.

- Cuando se aborden los temas relacionados con el alcohol, el tabaco y otras drogas, evitar ponerlos junto a espacios donde se anuncien productos de alcohol y tabaco; se evitará así dar mensajes ambivalentes y poco coherentes.
- Al tratar los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas dirigiéndose a los jóvenes, no utilizar personas alcohólicas o adictas recuperadas como modelos, más aún si son famosos. Aunque el mensaje de estas personas hacia los jóvenes sea ‘no hagas esto, yo lo pasé así de mal...’, en realidad lo que los jóvenes ‘oyen’ es: ‘yo hice esto, y ahora estoy bien. Tomar drogas es parte de la vida del famoso’.
- Facilitar espacios de emisión para los mensajes y las informaciones que apoyen las actividades de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Sería muy positivo que los responsables de los medios consideraran que la prevención del consumo de drogas debe tener una prioridad máxima en el marco de sus actividades informativas.
- Equilibrar la información sobre noticias relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con las relacionadas con aspectos positivos de jóvenes y adultos no consumidores de drogas. Reflejar que la abstinencia de productos como el alcohol, el tabaco y otras drogas es una opción ‘normal’ para muchas personas.
- Asegurarse que los mensajes de prevención que se lancen desde un medio de comunicación determinado sean sensibles a las necesidades y a las peculiaridades culturales del público a los que van dirigidos.
- Promover días, semanas o meses de concienciación sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, o promocionar actividades deportivas que consigan fondos para destinar al tratamiento de personas con problemas por el consumo de alcohol y otras drogas.
- Reservar espacios para que los responsables locales de la prevención sobre drogas presenten en los medios temas relacionados con los problemas del alcohol, tabaco y otras drogas.

- Colaborar con los grupos de prevención locales, regionales o nacionales ofreciéndoles apoyo en sus actividades de información y relaciones con los medios.
- Evitar participar en la ‘glamorización’ o glorificación de los profesionales de los medios y del mundo del espectáculo como grandes fumadores o bebedores, destacando en su lugar aquellos que no realizan estas prácticas e informando de la pérdidas de salud y laborales que estos consumos de drogas pueden producir.

Capítulo 2

PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

2.1. ¿Qué es prevenir el consumo de drogas?

En nuestra vida cotidiana realizamos tantas acciones preventivas que puede que no seamos conscientes de lo intrínseco de la prevención en el comportamiento humano. **Tratan de evitar que algo ocurra o, en todo caso, de reducir los problemas si la situación ocurriera a pesar de todo.**

Ejemplos de actividades corrientes de naturaleza preventiva:

- Mirar al cielo o escuchar las noticias de la radio o de la televisión para saber si debemos coger el impermeable o el paraguas antes de salir de casa.
- Llevar a nuestros hijos al centro de salud, siguiendo un calendario reglado, para inmunizarlos de enfermedades que pueden evitarse con las correspondientes vacunas.

Aunque el concepto de prevención en el ámbito del uso y abuso de las drogas no tiene una definición única, sí existe actualmente un cierto consenso entre los

distintos profesionales y grupos que se interesan por este campo. La mayoría de ellos están de acuerdo en que las intervenciones dirigidas a prevenir el consumo de drogas pretenden alguna o varias de estas acciones:

1. Disminuir la prevalencia del consumo de todas las drogas.
2. Retrasar la edad de inicio en el uso de estas sustancias.
3. Reducir los usos problemáticos de las drogas.
4. Prevenir o disminuir los daños asociados al consumo de drogas.

La prevención del consumo de drogas consiste en una tecnología específica destinada a uno, o ambos, de estos dos tipos de objetivos:

- Reducir la demanda de estas sustancias.
- Reducir los daños asociados a este consumo, sean éstos personales o sociales.

2.2. ¿Qué son los programas de prevención de drogodependencias?

Las acciones aisladas que pretenden sensibilizar o informar no constituyen un programa de prevención sobre drogas, a no ser que estén estructuradas dentro de una estrategia general de intervención que disponga como mínimo de los siguientes elementos:

- Unos objetivos generales y operativos en relación con el consumo de drogas y otras variables mediadores: actitudes, creencias, habilidades, etc
- La concreción del tipo de personas a las que va dirigida: familias, jóvenes de determinada edad, población general, etc
- Una metodología específica: tipo de actividades que desarrolla y número de ellas, en qué forma las llevan a cabo, etc
- Una evaluación de resultados que permita comprobar que se han cumplido, o no, los objetivos previstos en la intervención.

Ejemplos de actividades que no son programas de prevención:

- Una competición deportiva organizada contra las drogas.
- La puesta en circulación de folletos sobre el tema de las drogas.

Los programas de prevención de drogas no son actuaciones aisladas o puntuales en el tiempo, sino un conjunto más o menos complejo de actividades coordinadas entre sí, una serie de recursos adecuados y unos objetivos generales y específicos relacionados con la prevención del consumo de drogas en una población determinada.

2.3. ¿Qué tipos de programas de prevención existen?

Los programas de prevención son intervenciones complejas que ponen en marcha distintos tipos de acciones, van dirigidos a distintos grupos, se desarrollan en contextos muy variados, etc. ... por lo que, para su comprensión y análisis, pueden considerarse según distintos criterios que, a su vez, suelen utilizarse para realizar clasificaciones o tipologías de los programas de prevención.

Los criterios para analizar los distintos tipos de programas de prevención que existen son los siguientes:

- Estrategias de intervención o tipo de acciones que desarrollan.
- Contexto o ambiente donde se aplican.
- Población o grupo al que se dirigen.
- Riesgo que soporta la población a la que se dirigen.

Las ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN o acciones que desarrollan los programas de prevención, suelen ser de alguno de los tipos siguientes:

- Estrategias de influencia

El objetivo central de estos programas es incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de los individuos respecto a las drogas. Incluyen, entre otras, intervenciones centradas en la difusión de información y sensibilización. Implican la utilización de sistemas de comunicación en un solo sentido: de un emisor a una audiencia. Las campañas preventivas en los medios de comunicación pueden ser un ejemplo de este tipo de programas.

- Estrategias de desarrollo de competencias

Los programas que utilizan estas estrategias pretenden mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones diarias de la vida de las personas que se benefician del programa.

Incluyen acciones para mejorar la autoestima, la confianza en uno mismo, las capacidades cognitivas y afectivas, las habilidades sociales, las habilidades para la toma de decisiones, etc. Incluyen la identificación de disfunciones y su adecuada corrección. Implican la utilización de sistemas activos de comunicación en dos sentidos: del emisor a los participantes y viceversa. Muchos programas de prevención actuales, desarrollados en el marco escolar, son ejemplos de este tipo de programas.

- Estrategias de control/protección

Se trata de intervenciones capaces de modificar las normas comunitarias escritas o tácitas, los códigos, las actitudes y los comportamientos públicos en relación con las drogas. Incluyen la aplicación de medidas legislativas, económicas, de control de las sustancias, de control de la distribución o comercialización. Son medidas de protección que van encaminadas a reducir sensiblemente la demanda de drogas, afectando por tanto a la disponibilidad y la accesibilidad de estas sustancias, así como a regular su uso público. Las actuaciones que limitan el consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol en lugares públicos son ejemplos de este tipo de intervenciones.

- Estrategias de diseño ambiental

Su desarrollo pretende promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos. Estas intervenciones pretenden modificar los entornos inmediatos en los cuales los individuos viven: el centro escolar, el lugar de trabajo, el barrio, la comunidad, los espacios y oportunidades de un uso alternativo del tiempo libre, etc. Su objetivo es tratar de mejorar el entorno y reducir el estrés que determinadas condiciones, situaciones y actividades cotidianas conllevan.

Los CONTEXTOS DE APLICACIÓN de los programas de prevención se refieren a los distintos entornos social y físico donde éstos se desarrollan. Los contextos más frecuentes en los que se ponen en marcha la mayoría de las intervenciones en prevención son:

- **Escolar**, cuando el programa va dirigido a alumnos de los distintos niveles de enseñanza reglada y se ejecuta en cualquier espacio del sistema educativo;
- **Familiar**, cuando se destina a padres, a hijos o a ambos, aunque no se desarrollen en el entorno físico del hogar familiar;
- **Comunitario**, cuando implica la participación de una o varias organizaciones de la comunidad, por ejemplo asociaciones, clubs juveniles, etc, y se ejecuta en alguno de esos espacios.

Recientemente están apareciendo programas de prevención para ser aplicados en contextos más novedosos como el laboral, el deportivo, el del ejército o de los cuerpos de seguridad, el de la educación vial y el de los medios de comunicación.

Con respecto a la clasificación de los programas de prevención en base al RIESGO que soporta la población a la que van dirigidos, se parte de la constatación de que no todas las personas se hallan sometidas al mismo nivel de riesgo en relación a las drogas y sus usos problemáticos. Teniendo en cuenta esta realidad se definen tres opciones de intervención que intentan adaptarse, de la forma más eficaz posible, a las necesidades del grupo de individuos que, de esta manera, podrá beneficiarse más eficientemente de la intervención. Así, los programas de prevención pueden ser clasificados como:

- Universales

Este tipo de programas está dirigido a toda la población, o a un grupo amplio de personas que no están identificados en base a ningún factor de riesgo individual. El objetivo de estas intervenciones es evitar o retrasar el consumo de sustancias psicoactivas entre amplios grupos poblacionales. Se trata de intervenciones especialmente eficaces para reducir globalmente problemas socio-sanitarios que afectan a la población general.

- Selectivos

Este tipo de programas está dirigido a un segmento de población concreto que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación) se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. Existe evidencia de que la efectividad de estos programas se incrementa cuanto más tempranamente se ofrecen a los grupos de población beneficiarios. Un ejemplo podría ser algún programa dirigido a hijos de padres alcohólicos o con otro tipo de drogodependencia.

- Indicados

Este tipo de programas está dirigido a personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas y otros problemas de conducta asociados, por ejemplo bajo rendimiento escolar, ausencias de clase, agresividad, etc., pero no han alcanzado el punto para ser diagnosticados de abuso de drogas con los criterios de los manuales diagnósticos frecuentemente utilizado en la clínica psicopatológica. El objetivo de estos programas no es sólo la reducción del consumo de drogas, sino también la reducción de los problemas asociados, así como el retraso del establecimiento de conductas de abuso de drogas.

Finalmente, los programas de prevención tienen como destinatarios un GRUPO O POBLACIÓN determinada. Con frecuencia, si los programas van dirigidos a niños y adolescentes, suele especificarse el rango de edad al que se dirigen, ya que las intervenciones deben y suelen ser sensibles a las distintas etapas de desarrollo. En el caso de programas destinados a padres, se suele informar de la edad de los hijos para cuyos padres se ha desarrollado la intervención, dado que las necesidades de éstos varían en función de la edad de sus niños. Los grupos destinatarios de programas de prevención son:

- Niños: existen programas de prevención para niños desde 4-5 años;
- Pre-adolescentes;

- Adolescentes;
- Padres y madres;
- Personas mayores;
- Población general;
- Personas pertenecientes a grupos profesionales o laborales determinados.

Los programas de prevención del consumo de drogas son muy diversos y pueden ser analizados bajo diferentes criterios, entre ellos la población a la que van dirigidos, el tipo de actividades que desarrollan, los contextos en que se aplican, y el riesgo de consumo que soporta la población destinatario.

2.4. ¿Cuáles son los programas de prevención que se realizan en España?

El tipo de programas de prevención que, tradicionalmente, se vienen desarrollando en nuestro país son los de **ámbito escolar**. Las intervenciones en este terreno suelen ser de alguno de estos tipos:

- Educación para la salud y entrenamiento en habilidades sociales.
- Formación del profesorado.
- Información o sensibilización a padres y madres, generalmente a través de las asociaciones de padres.

Se vienen aplicando diversos programas escolares en nuestro país con diferente nivel de complejidad y estabilidad. Los más conocidos y relativamente bastante extendidos son:

- Programa *Construyendo Salud* para el entrenamiento en habilidades para la vida de M^a Angeles Luengo Martín y colaboradores. Plan Nacional sobre Drogas.
- *Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid* –frecuentemente conocido como PPD -, resultado de un convenio tripartito entre el Ayuntamiento de Madrid, la Comunidad de Madrid y el Ministerios de Educación y Ciencia (MEC).
- *Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS)*, proyecto común de la OMS, la Unión Europea, el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- *Plan Integral de Prevención Escolar* de la Fundación de Ayuda contra la Drogodependencias (FAD), también denominado PIPES. Madrid.

- Programa de educación sobre drogas *Tu Decides* de Calafat y colaboradores. Mallorca.
- Programa *Osasunkume: La aventura de la Vida*, del equipo Edex Kolektiboa. Bilbao.
- Programa *Discover: Aprendiendo a Vivir*, del equipo IPE. Investigaciones y Programas. Derio. Bizkaia.
- Programa *P.A.S.E: Prevención del Consumo de Sustancias Adictivas en la Escuela*, del Institut Municipal de la Salut. Barcelona.
- *Programa de Prevención del Tabaquismo en E.S.O.* de Edex Kolektiboa. Bilbao.

En el terreno de las actividades de prevención de tipo **comunitaria**, suelen ponerse en marcha las siguientes iniciativas:

- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Formación de agentes de prevención como mediadores.
- Actividades de dinamización social.

Ejemplos de este tipo de programas hay muchos, entre ellos destacamos:

- *Abierto hasta el Amanecer*, de la Juventud Obrera Cristiana de Gijón, que pretende ofrecer una forma sana de ocupar las noches del fin de semana.
- *Alcazul*, del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha dirigido a la promoción de actividades alternativas al consumo de drogas en la población juvenil.
- *Ciudades sin Drogas*, del Comisionado sobre Drogas de Andalucía.
- *Prevenir en Colección: cosas de la vida de Esperanza y Felipe* del

Institut per la Promoció Social i de la Salut y Agencia Antidroga de Madrid.

Con respecto a la prevención desarrollada a través de los **medios de comunicación** social, ésta suele adoptar la forma de:

- Campañas nacionales en Televisión, tanto de organizaciones no gubernamentales como gubernamentales.
- Campañas regionales y locales de prevención del alcohol y en menor medida de tabaco.

Muchas ciudades y Comunidades Autónomas ponen en marcha campañas de sensibilización utilizando los medios de comunicación y los soportes gráficos de difusión masiva: folletos, carteles, posters, vallas, etc.

En el ámbito de la **prevención laboral**, no existen demasiadas experiencias. Las que se ponen en marcha, generalmente son a iniciativa de los sindicatos o de alguna de las Administraciones públicas. Entre éstas se encuentran:

- Formación de delegados sindicales en temas de drogas y prevención.
- Acciones de sensibilización en las empresas y fábricas.

Por último, algunas acciones se han desarrollado en el entorno de las **Fuerzas Armadas y de Seguridad** que, frecuentemente, toman la forma de cursos de formación con pautas para actuar e información sobre recursos de atención y ayuda dirigido a los mandos, soldados y agentes.

En España se viene realizando desde hace 20 años muchos y muy diversos programas dirigidos a prevenir el consumo de drogas en determinados grupos, sobre todo en el ámbito escolar y comunitario.

2.5. ¿En qué consiste la evaluación de programas de prevención?

La evaluación es un tipo de investigación que indica, de forma concreta, el grado de eficacia de una intervención determinada. La evaluación es una actividad absolutamente necesaria para comprobar si un programa de prevención consigue sus efectos o no. Si una intervención no es evaluada, no puede decirse que haya logrado lo que pretendía, tanto a corto como a largo plazo. Es una actuación a ciegas.

La evaluación de programas de prevención puede realizarse a distintos niveles, según se dirija a alguno de estos elementos: el proceso de puesta en marcha, los resultados que se logran y el impacto a nivel general que produce el programa. De este modo los profesionales de la prevención hablan de:

- **Evaluación de proceso**, cuando describen las actividades desarrolladas por el programa de prevención. Es como si se explicara la arquitectura del mismo.
- **Evaluación de los resultados**, cuando se analizan si los objetivos propuestos, relacionados con los cambios de conducta, se han alcanzado. Generalmente requiere la utilización de algún diseño de investigación y análisis estadísticos.
- **Evaluación de impacto**, cuando se miden los resultados de la intervención en base a indicadores sociales y cambios macro-sociales a corto, medio o largo plazo.

Todas estas formas de evaluación tienen como objetivo responder a las siguientes preguntas relacionadas con un programa de prevención concreto:

- ¿Cuáles son las actividades que se han realizado a lo largo del programa y cómo se han realizado?
- ¿Quién ha participado en el mismo?

- ¿Se ha aplicado el programa tal y como se pretendía?
- ¿Se obtuvieron los resultados esperados?
- ¿Produjo el programa los efectos deseados a largo plazo?

La evaluación de programas de prevención es el procedimiento que ayuda a los profesionales y a las personas o grupos interesados, a conocer si la intervención realizada ha sido eficaz en el sentido de que logró los cambios de conducta que pretendía y si, por tanto, puede repetirse o debe ser modificada parcial o totalmente.

2.6. ¿Cuáles son los recursos que existen para conocer más sobre prevención?

El Plan Nacional sobre Drogas, a través de su página Web (www.mir.es:80/pnd/), ofrece información sobre la prevención del abuso de drogas, enmarcándola en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, lo que constituye el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas. Por ello, se aborda de forma detallada la prevención del consumo en el ámbito familiar y escolar, y se incluyen las últimas campañas preventivas organizadas por el Plan. La Web presenta las publicaciones especializadas en prevención, destacando entre ellas, la "Ponencia Técnica sobre los criterios básicos de homologación de programas de prevención", que establece los criterios que, de forma consensuada, se entiende que deben guiar el diseño de las intervenciones preventivas. En la elaboración de la Ponencia participaron representantes de diferentes Planes Autonómicos sobre Drogas, del M.E.C. y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Es prácticamente imposible conocer con exactitud cuántas actividades dirigidas a la prevención están en marcha en nuestro país y más aún, cuántas de ellas conocen su eficacia a través de la evaluación. Por ahora, al no existir un sistema de registro obligatorio para este tema, los indicadores de los que se dispone son tan sólo indirectos.

Uno de estos indicadores indirectos, con bastante solera en nuestro país, y con gran penetración en el campo preventivo español, es el Sistema de Información sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas - IDEA-Prevención, que lleva funcionando desde el año 1989. El Sistema está patrocinado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos sobre Drogas de todo el Estado Español. IDEA-Prevención recoge información sobre diversos tipos de programas de prevención desarrollados en nuestro país y dispone de tres líneas de difusión fundamentales: un boletín semestral, un centro de documentación y una Web (www.idea-prevencion.com/).

Otros recursos para conocer más sobre actuaciones en prevención son:

- En el ámbito europeo está el Sistema de Información EDDRA. El Sistema EDDRA incluye información sobre programas y actuaciones desarrollados en la Europa Comunitaria en el campo de reducción de la demanda de drogas. Todos los programas del Sistema tienen que reunir los estándares de calidad adoptados por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Se puede visitar EDDRA en la Web de esta institución europea: <http://www.emcdda.org/>.
- La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), fundada en 1986, desarrolla las siguientes actividades: realización de campañas de prevención, servicio de teléfono gratuito de autoayuda, centro de documentación y formación dirigida a la capacitación de profesionales y mediadores sociales. La FAD dispone de una Web donde encontrar información sobre las actividades y servicios que ofrece: www.fad.es.
- El Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA) es una organización no gubernamental, pionera en la prevención de las drogo-dependencias a través de Internet. Se nutre del trabajo voluntario de profesionales de las áreas de salud y la informática. A través de su página Web (w3.arrakis.es/iea/) se proporciona información sobre epidemiología del consumo de drogas, profesionales que trabajan en el campo de las drogas, publicaciones, agenda de congresos y cursos, páginas especiales destinadas a padres, profesores y menores y una amplia información sobre enlaces a otras páginas electrónicas relacionadas con el tema de drogas y su prevención.

2.7. ¿Son eficaces las intervenciones preventivas?

La investigación en prevención ha intentado, durante los últimos veinte años, determinar los factores etiológicos y las vías por las que se llega al abuso de drogas. Por ahora, se han identificado distintos factores que diferencian la situación vital de las personas que llegan a abusar de las drogas de aquellas que no lo hacen. Los factores asociados a un potencial abuso se han denominado *factores de riesgo*, mientras los factores asociados a un menor potencial de abuso se han calificado como *factores de protección*. Como podemos observar más abajo, ambos tipos de factores abarcan aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

Entre los factores que sitúan a una persona en situación de riesgo se han identificado los siguientes:

- Entornos familiares problemáticos, en especial si en ellos los padres mantienen conductas de abuso de drogas o sufren alguna patología psiquiátrica.
- Ineficacia en el desarrollo de las funciones parentales, especialmente ante niños que presentan algún tipo de dificultad conductual.
- Timidez o agresividad en algunos niños ante situaciones cotidianas.
- Falta de vínculos emocionales entre padres e hijos.
- Excesivo fracaso escolar.
- Manejo deficiente de habilidades sociales.
- Asociación con compañeros problemáticos.
- Percepción de tolerancia o aprobación hacia el consumo de drogas en el entorno escolar, grupal o comunitario.

Los factores de protección identificados hasta ahora no siempre se corresponden con circunstancias opuestas a las relacionadas con los factores de riesgo. Además su impacto varía a lo largo de las sucesivas etapas del desarrollo. Entre ellos, se pueden destacar:

- Existencia de fuertes vínculos familiares.
- Existencia de una normativa familiar clara y estable e implicación de los padres en las vidas de sus hijos.
- Buena adaptación a la escuela y a las exigencias escolares.
- Existencia de vínculos fuertes con instituciones socializadoras como la familia, la escuela, la iglesia u otras instituciones de carácter social.
- Interiorización de las normas sociales referidas al control del uso de drogas.

La prevención sobre drogas es eficaz si se siguen una serie de recomendaciones procedentes de la investigación reciente y se tiene en cuenta los modelos de *buena práctica* que se derivan de ella. La eficacia de los programas de prevención dependen de los siguientes aspectos:

- La realización previa a la puesta en marcha de la intervención, de una evaluación de necesidades en el contexto donde se vaya a aplicar el programa.
- El establecimiento de unos objetivos que se puedan medir y comprobar objetivamente tras la intervención.
- El seguimiento de las principios y evidencias más recientes que muestra la investigación en prevención.
- La adherencia a las instrucciones de aplicación del programa definidas por el autor o autores del mismo, caso de utilizar un progra-

ma previamente diseñado y que ya mostró su eficacia.

- La realización de evaluaciones de resultados, como mínimo a corto y medio plazo.

La investigación que se ha dedicado a evaluar los programas de prevención más eficaces ha proporcionado las bases para desarrollar una serie de principios o leyes sobre prevención del consumo de drogas (cuadro 1), que son de necesario seguimiento hoy en día para lograr intervenciones preventivas y eficaces

Cuadro 1. Principios básicos basados en la investigación para la prevención del consumo de drogas

- Los programas de prevención deben diseñarse para incrementar los *factores de protección* y anular o reducir los *factores de riesgo*.
- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de consumo de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, hachís e inhalables.
- Los programas de prevención deben incluir el entrenamiento en habilidades para resistir la oferta de drogas, fortaleciendo una postura opuesta a las drogas, e incrementando la competencia social.
- Los programas de prevención para adolescentes deben de incluir métodos interactivos tales como grupos de discusión entre compañeros, en lugar de utilizar exclusivamente los métodos didácticos tradicionales.
- Los programas de prevención dirigidos a niños o adolescentes, deben contar con los padres para reforzar las intervenciones escolares y facilitar la discusión abierta en el interior de las familias sobre el consumo de drogas y las normas familiares al respecto.
- Los programas de prevención deben tener continuidad en el tiempo, a lo largo de los cursos escolares, adaptados a cada nivel del desarrollo evo-

lutivo del niño o adolescente, con el fin de reforzar los objetivos generales de la prevención.

- Las actividades de prevención que se basan en la familia tienen mayor impacto que las estrategias dirigidas única o separadamente a los padres o a los niños.
- Los programas comunitarios de prevención que utilizan los medios de comunicación como instrumentos de información y sensibilización, y que paralelamente introducen ciertas reglamentaciones o medidas legislativas -tales como limitar zonas de consumo o de acceso a drogas como el alcohol, el tabaco u otras- son más efectivos si van acompañados de intervenciones educativas **paralelas** en los centros escolares y en las familias.
- Los programas comunitarios deben fortalecer normas opuestas al consumo de drogas en contextos de prevención tales como la familia, los centros escolares y la comunidad.
- Los centros escolares son un lugar idóneo para las actividades de prevención ya que agrupan a todos los niños y adolescentes. Este contexto permite trabajar con los grupos especialmente en riesgo para el consumo de drogas, tales como los niños con problemas de conducta, niños con dificultades de aprendizaje, así como aquellos con probabilidades de abandonar la escuela.
- La programación de la prevención debe adaptarse a las necesidades específicas del problema de drogas de cada localidad.
- Cuanto mayor sea el riesgo de consumo para un grupo determinado, más intensas deben ser las actividades de prevención y más pronto deben empezar.
- Los programas de prevención deben ser específicos para cada grupo de edad, etapa de desarrollo y factores culturales.

Capítulo 3

REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

3.1. ¿En qué consiste la rehabilitación de drogodependencia?

Generalmente, de forma muy simplista, se tiende a considerar que la rehabilitación de un problema de drogodependencias es el paso de un período de consumo crónico de la sustancia que produce adicción, a un estado en el que la abstinencia mantenida de esa sustancia es el criterio fundamental que indica que se ha logrado la recuperación.

Este esquema dicotómico de la rehabilitación ha resultado bastante inoperante en el campo del tratamiento de los problemas relacionados con las drogas, de tal manera, que los clínicos e investigadores han estudiado y adoptado nuevos enfoques que permitan abordar mejor la realidad y complejidad del problema de las adicciones.

La recuperación de cualquier tipo de drogodependencia implica el paso por diversas etapas o 'fases de cambio'. La sucesión entre las fases no siempre es progresiva, incluyendo entre las posibilidades la recaída como parte inherente de la recuperación.

Esencialmente, el modelo de las ‘fases de cambio’ plantea 7 etapas (cuadro 2) en el proceso de abandono de la adicción, independientemente del procedimiento, técnica o programa terapéutico seguido para conseguirlo, y válido para la adicción a cualquier tipo de sustancia psicoactiva, sea ésta legal o ilegal. La eventual salida permanente del consumo de drogas puede tener lugar después de varios ciclos, en el que la recaída es parte del mismo proceso de rehabilitación y no un fallo del mismo.

Cuadro 2. Fases de cambio en la recuperación de drogodependencias

1. Precontemplación. En este estadio, las personas con adicción no se plantean modificar su conducta, ya que no son conscientes de tener un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen del consumo de una droga determinada, superiores a los aversivos. No se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que **no pueden ver el problema** por falta de información o por resistencia a aceptarla.

2. Contemplación. El drogodependiente es consciente de que existe un problema y considera seriamente la posibilidad de abandonar su conducta de adicción, pero no tiene todavía un compromiso firme para el cambio. En este momento están **equilibrados los aspectos gratificantes y aversivos** que produce la droga de la que se dependen, y estos últimos van aumentando.

3. Preparación. El drogodependiente asume la decisión y compromiso firme para abandonar su conducta adictiva. Lleva a cabo **cambios a iniciativa propia** en su conducta (por ejemplo, intenta disminuir la dosis, cambia la forma habitual de consumo, se retira de los ambientes donde suele realizar su consumo, etc.) pero sin llegar a suprimirla.

4. *Acción.* El drogodependiente **cambia radicalmente su conducta manifiesta y encubierta**, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de mantenerse abstinente de la sustancia. Esta fase transcurre con o sin la ayuda de profesionales. Requiere un compromiso importante y una considerable cantidad de tiempo y de esfuerzo personal. Los cambios que se realizan en esta etapa son los más notorios de todo el proceso de recuperación, para las personas que rodean al adicto (por ejemplo, la abstinencia de la sustancia). El refuerzo y el apoyo social son primordiales en estos momentos.

5. *Mantenimiento.* La persona con adicción consolida el abandono del consumo. En este estadio es donde se produce el **cambio en varios componentes**, no sólo en el de la conducta de consumo. Frecuentemente se precisa todavía el soporte terapéutico de algún programa de recuperación. Es en esta fase cuando aparece la posibilidad de la recaída.

6. *Recaída.* Puede ocurrir durante la fase de acción o durante la fase de mantenimiento. Ocurre porque las **estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan**. En esta fase aparecen sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, y supone una vuelta a estadios anteriores, como un ciclo que necesariamente hay que volver a empezar hasta la resolución final. Como consecuencia de la recaída, puede abandonarse el recurso terapéutico que se estaba siguiendo.

7. *Finalización.* Esta etapa de punto final implica la extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo comportamiento no suponga **ningún esfuerzo 'extra'**, de tiempo o atención, en relación a los otros comportamientos de la persona ex adicta. Dos criterios definen esta etapa final: el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo y la confianza o seguridad de no consumir es total. Algunos autores consideran que a esta etapa final no se llega siempre, o no llegan todas las personas.

3.2. ¿Qué es asistencia en el ámbito de las drogodependencias?

El tratamiento de rehabilitación de drogodependencias se articula en sucesivas estrategias de intervención, que se estructuran en programas de atención y que, a su vez, se realizan en centros de tratamiento para drogodependientes. Todas ellas van dirigidas a la consecución de un fin genérico que es la normalización del drogodependiente y su reinserción social. Una representación de los diferentes elementos que participan en el proceso de rehabilitación, aparece en el gráfico 1.



Los **programas terapéuticos** son modalidades terapéuticas o asistenciales que van dirigidas a las distintas fases del proceso de rehabilitación de la drogodependencia o responden a distintos objetivos dentro de las diversas posibilidades de acción ante un problema de consumo de drogas. En líneas generales, las distintas modalidades que frecuentemente encontramos son (gráfico 2):

- *Programas libres de drogas* que se realizan en el entorno del drogodependiente y no utilizan drogas sustitutivas.
- *Programas residenciales* que utilizan la retirada del ambiente y un contexto socio-terapéutico estructurado y, generalmente, rígido para lograr la rehabilitación. Suelen denominarse comunidades terapéuticas.
- *Programas de reducción de daños*, dirigidos a minimizar los daños asociados al consumo de drogas, y que no tienen como meta detener el consumo de la misma. Hay muchos programas de este estilo, entre los cuales los más clásicos son los Programas de Mantenimiento de Metadona y los más novedosos, por ser de reciente aparición, son las Narcosalas o Puntos de Inyección Segura.

La asistencia en el ámbito de la drogodependencia consiste en la oferta de distintas modalidades y programas terapéuticos que responden a distintos objetivos de intervención y a las necesidades específicas de cada perfil de drogodependencia.

3.3. ¿Qué tipos de centros de atención para drogodependientes existen?

Los centros de atención para drogodependientes son aquellos espacios físicos cuyo principal objetivo es la corrección terapéutica de los problemas relacionados con las drogodependencias y la minimización de los daños asociados al consumo de drogas. Para ello, se aplican una o varias de las modalidades terapéuticas o programas de rehabilitación de las drogodependencias que existen. Los principales centros que desarrollan programas de rehabilitación para drogodependientes son los siguientes:

Centros ambulatorios de asistencia (CAD)

Desempeñan ambulatoriamente y, por lo tanto, de modo no residencial, tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabituación del drogodependiente; así como otras actividades encaminadas a posibilitar la normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos de abstinencia, u otros de carácter intermedio, y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención, teniendo, en general, una configuración multiprofesional de los equipos que lo constituyen. En muchas redes asistenciales de nuestro país, suelen denominarse centros de atención a las drogodependencias, también conocidos como CAD.

Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH)

Son recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación física, en régimen de ingreso, de la droga o drogas de las que las personas pueden presentar adicción. Suelen requerir estancias cortas y tener un perfil que no permita, o no haga recomendable, la desintoxicación física en un contexto ambulatorio; tal es el caso de mujeres embarazadas, o personas con alguna patología orgánica asociada al consumo de drogas. Tras la finalización de la desintoxicación es imprescindible continuar las siguientes etapas del proceso de recuperación en algún otro recurso, bien de carácter ambulatorio, como los CAD, o bien en régimen de ingreso, como las comunidades terapéuticas.

Centros de Día

El Centro de Día es un recurso de atención de régimen intermedio, en el sentido de que la persona, aún continuando en su entorno social y durmiendo en su casa, permanece en el centro varias horas al día, siendo por tanto la atención al usuario intensa (media jornada) y frecuente (asistencia diaria).

Comunidades Terapéuticas

Se trata de centros residenciales que trabajan en régimen de internamiento, y están ubicados en zonas rurales o bien, en menor medida, en núcleos urbanos. Por medio de un contexto estructurado, unas reglas rígidas, y la puesta en marcha de intervenciones de tipo psicosociales y educativas, propician la rehabilitación del drogodependiente que debe de participar de la vida de la comunidad durante varios meses. Existen comunidades terapéuticas gestionadas en su totalidad por las Administraciones Públicas y hay otras de gestión privada, con las que las Administraciones suelen establecer convenios o conciertos a través de los cuales se financian cierto número de plazas. También las hay dirigidas por equipos multiprofesionales, o por personas sin cualificación específica.

Centros que realizan programas de Mantenimiento con Metadona

Son aquellos que tienen como objetivo la realización de tratamientos de sustitución del síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica del clorhidrato de Metadona. Esta sustancia sustitutiva se utiliza de acuerdo a prescripciones realizadas individualizadamente a cada persona que participa del programa, quien en función de una evaluación y un diagnóstico multidisciplinar preestablecido, es incluida en la modalidad terapéutica y, por tanto, en el centro que la administra.

Los programas de mantenimiento con Metadona, han sufrido un importante desarrollo en los últimos años, habiéndose incorporado un número progresivamente mayor de personas a este tipo de intervención, y produciéndose paralela-

mente un aumento del número de centros que desde el conjunto de las Comunidades Autónomas realizan estos tratamientos.

Centros donde se desarrollan programas de Reducción de Daños o de Riesgo

Desde diferentes lugares de la comunidad se pueden poner en marcha los programas de reducción de daños, encaminados fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los usuarios de drogas por vía intravenosa. Ejemplo de estos lugares son farmacias, equipos móviles con educadores y agentes de salud en la calle, centros de atención primaria, servicios de urgencias de los hospitales, centros sanitarios específicos, etc.

Cada Comunidad Autónoma desarrolla diferentes programas con metodología y estructuras diversas, destacando por su importancia el reparto de kits sanitarios que incluyen jeringuillas y material de desinfección, los programas de información/educación sanitaria y aquellos otros encaminados a la detección y prevención de patologías de alta prevalencia entre los consumidores de drogas.

Existen grandes dificultades para estimar el número de personas que directa o indirectamente, se han beneficiado de este tipo de programas en los últimos años; sin embargo, es constatable el impulso que están sufriendo, el gran consenso que existe en torno a la necesidad de adecuar estas estrategias a las necesidades de cada momento, y el beneficio que supone para los consumidores de drogas participar en los programas de disminución del daño.

Existen diversos tipos de programas de reducción de daños dirigidos a evitar las prácticas de riesgo frente a la transmisión del virus del Sida y de la hepatitis B y C (gráfico 2):

1. Programas de *‘consumo de menos riesgo’*, entre ellos se encuentran:

a) Los *‘Programas de Intercambio y Distribución de Jeringuillas’* que se pueden realizar desde diferentes lugares tales como farmacias, equipos móviles con educadores y ‘agentes de salud’ en la

calle, centros de atención primaria, servicios de urgencia de hospitales y centros específicos, entre otros.

b) Los *'Talleres de Consumo de Menos Riesgo'* dirigidos a proporcionar educación sanitaria, y que se pueden llevar a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas, como en los locales de las ONGs que trabajan con estas poblaciones.

c) Los programas que suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo (programas de acercamiento, también llamados *'outreach'*): zonas de venta de drogas, discotecas, etc. y que suelen ofertar materiales preventivos como jeringuillas, agua destilada, alcohol para desinfección, preservativos, etc.

d) Las *'Narcosalas'* o *'Puntos de Inyección Segura'*, de más reciente aparición, que son espacios para realizar los consumos de drogas por vía intravenosa de forma segura para la salud, ofertando asistencia socio-sanitaria.

2. Programas con sustitutivos opiáceos, como son los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) de bajo y alto umbral, fijos y móviles, los Programas de Mantenimiento con LAAM, o los Programas de Dispensación controlada de Heroína.

3. Programas de promoción de sexo más seguro como los *'Talleres de Sexo Más Seguro'* que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como los programas o campañas que favorecen el acceso a los preservativos.

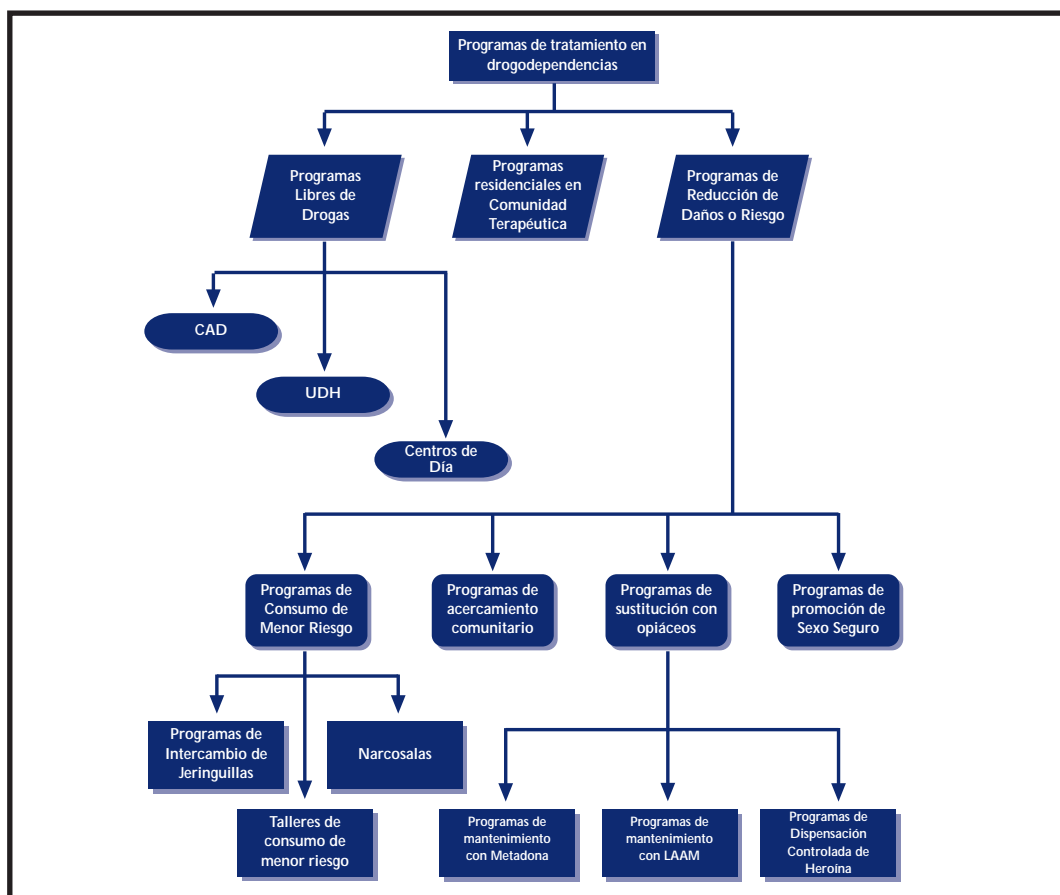
Centros que desarrollan programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales

Generalmente se ubican en los Juzgados, prisiones u otros puntos de la estructura jurídico-penal de cada Comunidad Autónoma. Prácticamente, todas las Comunidades Autónomas realizan un conjunto de intervenciones preventivo-asis-

tenciales con diferentes tipos de estrategias, merced a la colaboración entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, los Planes Autonómicos de Drogodependencias, y diversas ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones que se han responsabilizado conjuntamente del abordaje de los drogodependientes en situación jurídico-penal en su región.

Los programas alternativos a la privación de libertad mantienen actualmente una línea ascendente, siendo éste uno de los factores que han influido en el hecho de que el número de internos atendidos en programas asistenciales en instituciones penitenciarias haya disminuido, al haberse trasladado la intervención, en la medida de lo posible, al ámbito comunitario.

Gráfico 2.
CENTROS Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS



3.4. ¿En qué consiste la reinserción o incorporación social?

Los programas de reinserción o incorporación social son aquéllos que tienen como objetivo específico facilitar la normalización social de las personas que han padecido o padecen problemas relacionados con el abuso de drogas. Estos programas, en algunos casos, articulan acciones encaminadas a orientar y capacitar profesionalmente al drogodependiente; en otros casos posibilitan la adquisición de conocimientos; y en otros, buscan la participación del usuario en actividades de ocio y tiempo libre.

Entre los programas específicos de incorporación social, se incluyen:

Programas de centros de día para la incorporación social

Son aquéllos que se desarrollan a través de recursos que funcionan en régimen intermedio (la persona pasa diariamente varias horas en el centro) y tienen como objetivo la adquisición de habilidades conducentes a la incorporación social.

Programas de formación laboral

Son aquellos específicamente destinados a mejorar la cualificación de los drogodependientes en proceso de rehabilitación o tratamiento, con el objetivo de favorecer su incorporación laboral. Incluyen, en algunos casos, la realización de cursos-puente destinados a facilitar las condiciones necesarias para acceder posteriormente a un puesto de trabajo y, en otros, la realización de cursos académicamente reglados de EGB, FP, ingreso en la Universidad, etc.

Programas de integración laboral

Son los destinados a facilitar el acceso a la actividad laboral normalizada. Pueden desarrollarse a través de la promoción de cooperativas de auto-ayuda, la generación de reserva de plazas en empresas, el empleo en talleres artesanos de ex-drogodependientes, etc.

Programas de apoyo residencial

Facilitan al drogodependiente una residencia transitoria durante el proceso de incorporación social.

La reinserción es la meta de cualquier modalidad de recuperación de las drogodependencias y de la combinación de ellas; significa la incorporación social en lo laboral, lo educativo y el ocio de las personas, cuyo consumo de drogas haya producido marginación de su entorno original.

3.5. ¿Son eficaces los tratamientos de drogodependencias?

El objetivo de algunos programas de recuperación de drogodependencias es, además de conseguir la abstinencia de la droga o drogas que consume la persona, lograr un funcionamiento normalizado en los distintos entornos donde se desenvuelve: básicamente el familiar, laboral y en su comunidad. La eficacia de los programas de tratamiento, por tanto, incluyen evaluación de aspectos relacionados con la salud física, el desenvolvimiento familiar, la actividad laboral, la implicación en actividades delictivas, además de las conductas de consumo de drogas.

El tratamiento de las drogodependencias tiene una eficacia similar al tratamiento de otras enfermedades crónicas tales como la diabetes, la hipertensión o el asma.

Según diversos estudios, el tratamiento de la drogadicción reduce el consumo de drogas entre un 40 y 60 por ciento y produce un disminución mucho

mayor de las actividades delictivas, tanto durante como después del tratamiento. Sin embargo, a pesar de la eficacia demostrada de las distintas modalidades de tratamiento, los resultados del mismo para una persona concreta dependen de los siguientes factores:

- La extensión y naturaleza de los problemas que presenta asociados al consumo de drogas.
- La adecuación de los componentes del tratamiento elegido y de los servicios para abordar estos problemas a su situación particular.
- El grado de implicación activa de la persona en el proceso de tratamiento.

Actualmente, la investigación sobre la rehabilitación de la drogodependencias proporciona una serie de principios básicos que deben reunir los tratamientos para lograr su máxima eficacia (cuadro 3).

Cuadro 3. Principios básicos para el tratamiento de drogodependencias.

- No hay un único tratamiento, o programa de recuperación, que sea adecuado para todas las personas que tienen una drogodependencia.
- El tratamiento o los programas deben estar disponibles y fácilmente accesibles para cuando el adicto tome la decisión de comenzar la recuperación.
- El tratamiento debe abordar, además del consumo de drogas, las múltiples necesidades de las personas adictas, tales como problemas asociados de salud, problemas psicológicos, sociales, vocacionales o legales.
- El plan individual de tratamiento de una persona adicta y la estrategia de recursos para ese plan deben ser evaluados continuamente y modificados, si es necesario, para asegurar que el mismo aborda las necesidades cambiantes de la persona.

- La permanencia en tratamiento por un período de tiempo adecuado es fundamental para la efectividad del tratamiento. El tiempo adecuado depende de los problemas y necesidades individuales. La investigación demuestra que los cambios significativos empiezan a aparecer al cabo de 3 meses en tratamiento.
- El asesoramiento y las terapias de conducta son componentes importantes en la eficacia del tratamiento, ya que con estas estrategias los drogodependientes trabajan temas relacionados con la motivación, las habilidades para resistirse al consumo de drogas y las habilidades para resolver problemas, entre otros.
- La medicación puede ser un importante elemento para el tratamiento de muchos drogodependientes, especialmente cuando se combina con intervenciones de asesoramiento y terapias de conducta.
- Los problemas mentales asociados a la drogodependencia no son infrecuentes y ambos trastornos deben de ser tratados de forma conjunta e integrada, en el marco del programa de recuperación o tratamiento indicado para la persona drogodependiente.
- La desintoxicación física es uno de los primeros pasos del tratamiento de una drogodependencia; por ella sola no se logran los cambios a largo plazo en la conducta de consumo de drogas y en los otros problemas que suelen ir asociados.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo. Una fuerte motivación puede facilitar el proceso de recuperación; sin embargo, las presiones del entorno familiar, laboral o legal pueden posibilitar tanto la entrada en un programa de rehabilitación como la retención en el mismo... y ambos elementos son requisitos básicos para que la intervención tenga resultados.
- El control del posible consumo de drogas durante el tratamiento, a través de análisis de orina u otro tipo de prueba, es fundamental. Con ello se ayuda al drogodependiente a contener su impulso a consumir drogas,

sobre todo en las primeras etapas del tratamiento, y también este control permite ajustar el programa de rehabilitación, si se observan dificultades para mantener la abstinencia.

- El programa de tratamiento debe evaluar la situación de la persona adicta con respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana/Sida, al virus de hepatitis B y C, a la tuberculosis u otras enfermedades infecciosas. Debe además proporcionar información y asesoramiento sobre cómo modificar la conducta para evitar los riesgos de infección para sí mismo o para las otras personas que convivan con el o la drogodependiente en tratamiento.
- La recuperación de la drogodependencia es un proceso largo y, frecuentemente, requiere múltiples episodios de tratamiento, tal como pasa con otras enfermedades crónicas; por lo tanto, debe contemplarse la iniciación de nuevos episodios como parte del proceso normal de recuperación.

Capítulo 4

FUENTES LEGALES PARA EL PERIODISTA. EL CONTROL DE LA OFERTA Y DE LA DEMANDA

4.1. ¿Qué se entiende por droga en el marco jurídico español?

Desde el punto de vista jurídico, sólo son drogas aquellas sustancias que la Ley considera como tales. El derecho español sólo distingue entre drogas legales e ilegales.

En el ordenamiento jurídico estatal español no existe una definición concreta sobre lo que debe de entenderse por “drogas”, ni tampoco otros términos que se suelen emplear conjuntamente con él, como son los de “estupefacientes” y “sustancias psicotrópicas”.

La jurisprudencia española considera drogas ilegales todas las sustancias estupefacientes incluidas dentro de las Listas I, II y IV anexas al Convenio Único de las Naciones Unidas de 30 de marzo de 1961, así como las sustancias psicotrópicas contenidas en las Listas I, II, III y IV de la Convención de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971.

4.2. ¿Porqué interviene el Estado en materia de drogas?

En el ordenamiento español existen normas imperativas de rango constitucional, que atribuyen a los poderes públicos el deber de velar por la salud pública, tanto física como mental de los ciudadanos.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, no sólo reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, sino que atribuye a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, y de las prestaciones y servicios necesarios, así como también el fomento de la educación sanitaria. En el mismo sentido, el artículo 51 obliga a los poderes públicos a garantizar la protección de la salud de los consumidores y usuarios mediante procedimientos eficaces.

La intervención de los poderes públicos sobre el fenómeno de las drogas también se ha llegado a fundamentar, en ocasiones, en la protección de la misma libertad de la persona, garantizada también en la Constitución (artº 17.1)

La protección de la salud pública y la protección de la libertad individual son los elementos fundamentales que justifican en el ordenamiento legal Español la intervención del Estado sobre el fenómeno de las drogas.

4.3. ¿Cómo trata el derecho español el fenómeno de las drogas?

La primera característica es la de su **gran dispersión**. No existe un único texto legal que reúna todas las normas sobre esta materia; por tanto, según los aspectos que se precisen conocer hay que acudir a unas u otras. Existen diversos factores que facilitan esa situación:

- El Estado, en su función constitucional de velar por la salud pública, pone en marcha distintos instrumentos jurídicos (administrativos, penales, laborales, civiles, etc.) que dan lugar a normas de muy diferente naturaleza y en ámbitos diversos. Es difícil pensar que sólo a través de las normas penales, o represivas, se pueda alcanzar la solución al problema que representan las drogas. Los poderes públicos suelen aplicar frecuentemente normas administrativas, y reservan al derecho penal sólo la reacción frente a las infracciones más graves por la transgresión de las normas citadas.
- El reconocimiento por la Constitución Española de la capacidad legislativa y ejecutiva de las Comunidades Autónomas, en materias tales como la asistencia sanitaria y la asistencia social, entre otras, ha supuesto que, junto al ordenamiento de ámbito nacional, coexista también un derecho específico sobre drogas en gran parte de las Comunidades Autónomas españolas.

La segunda característica es la influencia que sobre este tema ha tenido la **integración de España en la Unión Europea**. Entre los objetivos que se recogen en el Tratado de Maastricht de 1992, está el desarrollo de una estrecha colaboración entre los Estados miembros, en el ámbito de la justicia y en los asuntos de interior en temas de interés común, tales como el de la lucha contra la toxicomanía en todas sus dimensiones. Fruto de esa influencia ha sido, en los últimos años, la aparición de algunas disposiciones legales internas en materias de gran importancia como la prevención del blanqueo de capitales, o el control administrativo de los denominados “precursores” para la elaboración de drogas.

La tercera y última característica del tratamiento jurídico español al tema de las drogas es su **sintonía con la mayoría de los ordenamientos de otros países**, ya que nuestro país es parte de los principales tratados internacionales en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en vigor. España ha ratificado los Convenios de la O.N.U. siguientes:

- La Convención Única de 1961, sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 25 de mayo de 1972, la cual vino a derogar numerosos Convenios internacionales anteriores.
- El Convenio sobre sustancias psicotrópicas, suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971.
- La Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988, la cual ha influido en las reformas de la legislación penal y procesal españolas en materia de drogas operadas en los últimos años, incluyendo el Código Penal vigente.
- El Convenio del Consejo de Europa relativo al blanqueo, seguimiento, embargo y decomiso de los productos de delitos, hecho en Estrasburgo el 8 de noviembre de 1990.

4.4. ¿Cuál es la legislación relativa al consumo de drogas ilegales?

En el ordenamiento jurídico español el consumo -y la posesión para el propio consumo- de drogas ilegales, estupefacientes y sustancias psicotrópicas no constituye una infracción punible como delito, ni como falta, salvo en ámbitos muy concretos, tales como la circulación vial, la navegación aérea y la vida militar.

Son constitutivas de delito las conductas que tiendan a promover, favorecer o facilitar de cualquier modo (incluyendo entre éstas las conductas de cultivo, elaboración y tráfico) el consumo ilegal, o la posesión con tales fines, configurando lo que se denomina delito de tráfico de drogas, técnicamente un delito contra la salud pública, tipificado en el artículo 368 del Código Penal vigente (cuadro 5).

Aunque el consumo de drogas ilegales no está configurado como una infracción punible penalmente, ello no significa que el consumo ocasional o habitual no tenga relevancia a efectos penales. Precisamente, entre las innovaciones que introdujo el Código Penal de 1995, está la de haber regulado como circunstancia eximente general de la responsabilidad penal (artº 20.2º) la intoxicación plena por consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y como atenuante el hallarse, en el momento de cometer la infracción, bajo el síndrome de abstinencia (artº 21.2ª). En estos casos, se puede aplicar, entre otras, si es necesario, la medida de internamiento en algún centro de deshabituación público o privado (acreditado u homologado) en el supuesto de eximente, y la pena correspondiente reducida, junto con el internamiento para deshabituación, en el supuesto de la atenuante.

Con carácter general, a partir de 1992 el consumo de drogas ilegales se convierte en una conducta sancionable administrativamente. La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana tipifica como infracción grave (artículo 25.1) el consumo de drogas ilegales, siempre que se produzca en lugares o establecimientos públicos (cuadro 4). Fuera de estos ámbitos el consumo de drogas no es sancionable por la Ley.

La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana contempla igualmente otras tres infracciones más, a saber:

- La tenencia ilícita no destinada al tráfico, incluso cuando la misma tenga por finalidad el autoconsumo del poseedor.
- El abandono en lugares públicos de los útiles o instrumentos utilizados para el consumo.
- La tolerancia del consumo ilegal, o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos, o la falta de diligencia para impedirlos, por parte de los propietarios, administradores o encargados de estos locales.

Cuadro 4. Sanciones administrativas por consumo de drogas y otras conductas vinculadas al mismo.

TEXTO LEGAL	INFRACCIÓN	SANCIÓN
Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo en lugares públicos de drogas ilegales (artº. 25.1) • Tenencia ilícita no destinada al tráfico (posesión de drogas ilegales, aunque sea sólo para el propio consumo) (artº. 25.1) • Abandono en lugares públicos de útiles o instrumentos utilizados para el consumo (artº. 25.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Multa: de 50.001 a 5.000.000 de pesetas. • Incautación de las drogas y otras: suspensión del permiso de conducir vehículos de motor hasta 3 meses; retirada del permiso o licencia de armas.

Además de las infracciones administrativas mencionadas, se mantienen otras ya tradicionales, entre las que destacan:

- Las infracciones previstas en el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- Las infracciones mencionadas en Ley Orgánica 8/1998, de 2 de diciembre, de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas.

Por último, el ordenamiento privado (derecho civil y laboral) contempla otros supuestos relacionados con el consumo de drogas a los que vinculan consecuencias diversas. Así, la toxicomanía se considera en el Código Civil como causa de separación matrimonial, si el interés del otro cónyuge o de la familia exigen la suspensión de la convivencia; y en el Estatuto de los Trabajadores la toxicomanía se considera como causa de despido disciplinario, si repercute negativamente en el trabajo.

Aunque el ordenamiento jurídico español no considera delito el consumo de drogas ilegales, distintos aspectos de éste se regulan en el Derecho Penal, Administrativo, Civil y Laboral.

4.5. ¿Cuál es la legislación relativa a la producción, posesión y tráfico de drogas ilegales?

La producción, el tráfico y los demás usos (distintos del consumo) de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando no cumplen los requisitos en que los mismos se admiten lícitamente, constituyen un delito contra la salud pública tipificado en el artº 368 del Código Penal. Las penas aplicables dependen de la nocividad para la salud de las sustancias (cuadro 5):

- Penas de privación de libertad de 1 a 3 años de duración y multa del tanto al duplo del valor final de la droga, si se trata de drogas que no causan graves daños a la salud: todos los derivados de la cannabis -el hachís, el aceite de hachís, etc.
- Penas de 3 años y 1 día a 9 años, y multa del tanto al triplo del valor final de la droga, si se trata de drogas que causan graves daños a la salud: la heroína, la cocaína, el LSD, o el éxtasis. Las penas de prisión se incrementarán notablemente si concurren cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en la Ley.

Al tratar la cuestión de las consecuencias penales, sin embargo, hay que poner el énfasis en un aspecto fundamental: el elemento intencional. Para que la producción, posesión y tráfico constituyan un delito, además de la concurrencia en el supuesto de las conductas objetivas que se describen en la Ley (cultivo, elaboración, tráfico, posesión), deben existir también dos elementos subjetivos: la voluntad de promover, favorecer o facilitar el consumo de tales sustancias a través de esas conductas, así como la conciencia no viciada del carácter nocivo de tales sustancias. Si no concurren estos elementos intencionales, no existe delito.

Aunque la ausencia de estos elementos intencionales determinen la inexistencia del delito, sin embargo, no es óbice para que las conductas relativas a la producción y tráfico de drogas puedan dar lugar a la imposición de sanciones administrativas, cuando se han omitido o incumplido los requisitos que las leyes y reglamentos aplicables exigen para su realización. En estos casos, tanto la Ley 17/1967, de 8 de abril, sobre Estupefacientes, como la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del

Medicamento, establecen un conjunto de normas de obligado cumplimiento, cuya infracción es sancionable. La posesión de drogas ilegales no destinada al tráfico, a su vez, es sancionable conforme a la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana.

Las sanciones administrativas aplicables en esos casos pueden conllevar la imposición de multas de hasta 500.000 pesetas o la suspensión o revocación de autorizaciones y licencias, así como la clausura o suspensión de establecimientos, entre otras. A su vez, la Ley del Medicamento prevé también la imposición de multas pecuniarias diversas, el comiso de los beneficios ilícitos obtenidos y otras medidas sancionadoras, cuando se omitan o incumplan sus disposiciones.

4.6. **¿Se admiten los usos lícitos de las drogas ilegales?**

Tanto las Convenciones internacionales, como la Ley 17/1967, de 8 de abril, y el Real Decreto 2.829/1988, de 6 de octubre, admiten que las consideradas drogas ilegales puedan tener usos lícitos. Esos usos son los **industriales, los terapéuticos, los científicos y los docentes**. Todos estos usos requieren autorización administrativa previa.

De todos los posibles usos lícitos de las drogas, los que desde un punto de vista normativo han tenido un más amplio desarrollo, han sido los usos terapéuticos, los cuales son regulados por la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y su normativa reglamentaria de desarrollo.

Esta Ley hace un tratamiento jurídico de la utilización terapéutica de las sustancias ilegales, que no es diferente a lo que se establece con carácter general para todos los medicamentos. Solamente cabe destacar la obligación que se impone al Ministerio de Sanidad y Consumo para que establezca los requisitos especiales para la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y psicótrópos (artº 31.2), lo que ha venido a cumplimentarse mediante Orden Ministerial de 25 de abril de 1994.

La disposición más relevante referida al uso terapéutico lícito de drogas ilegales, es el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tra-

tamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Esta norma, que ha sido modificada por el Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, regula con carácter general los tratamientos con diversos principios activos, entre ellos, la Metadona y el LAAM, este último un derivado sintético de la Metadona.

Los tratamientos con opiáceos, según la legislación, sólo pueden ser realizados por Centros o Servicios sanitarios públicos o privados, sin ánimo de lucro, debidamente acreditados por las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma, o, en su caso, por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La prescripción de estos tratamientos, para cuyo seguimiento bastará únicamente la acreditación de un diagnóstico previo confirmado de dependencias a opiáceos, solamente puede ser realizada por los facultativos de los centros acreditados para ello o por aquellos otros que, excepcionalmente, previa solicitud, sean autorizados.

4.7. ¿En qué consiste la prevención y represión del blanqueo de capitales?

Una de las consecuencias más importantes del tráfico ilícito de drogas –además de los graves problemas de salud pública que produce– radica fundamentalmente en el extraordinario volumen de recursos económicos que genera. Estos recursos, una vez obtenidos, normalmente pasan a incorporarse, mediante vías y métodos distintos, al circuito económico-financiero legal, produciéndose lo que se conoce como “*blanqueo de capitales*”, “*lavado de dinero*”, o “*blanqueo de dinero*”.

Hasta 1993, el ordenamiento jurídico español sólo había afrontado esta grave problemática desde la óptica de la intervención penal. No existía legislación administrativa de carácter preventivo. La suscripción y ratificación por España de los principales tratados internacionales en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas la obligaba, sin embargo, a sancionar como delito el “*blanqueo de capitales*”, pero también a adoptar medidas preventivas.

Las directivas comunitarias a este respecto se transfirieron a nuestro ordenamiento mediante la Ley 19/1993, de 28 de septiembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales. En ella se regulan diversas obligaciones y actuaciones tendentes a prevenir e impedir la utilización del sistema financiero con ese fin.

Están sometidos a las obligaciones impuestas por la Ley:

- Las entidades de crédito.
- Las entidades aseguradoras autorizadas para operar en el ramo de vida.
- Las sociedades y agencias de valores.
- Las instituciones de inversión colectiva.
- Las sociedades gestoras de instituciones de inversión colectiva y

de fondos de pensiones.

- Las sociedades gestoras de cartera.
- Las sociedades emisoras de tarjetas de crédito.
- Las personas que ejerzan actividades de cambio de moneda.
- Los casinos de juego.
- Las actividades de promoción o compraventa inmobiliaria.
- Aquellos otros sujetos que se determinen reglamentariamente.

Entre las obligaciones que se exigen a los indicados sujetos se encuentran las siguientes:

- La identificación de clientes.
- El examen con especial atención de aquellas operaciones que, por su naturaleza, puedan estar vinculadas al “*blanqueo de capitales*” procedentes de las actividades ilícitas que se recogen en la Ley;
- La conservación de documentación acreditativa de operaciones e identidad de sujetos durante cinco años.
- La comunicación al Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias de operaciones sospechosas.
- La abstención de ejecución de esas operaciones sospechosas, sin haber efectuado previamente la comunicación citada.

La Ley prevé la imposición de sanciones administrativas de diversa naturaleza y gravedad por el incumplimiento de las obligaciones que se han reseñado. Entre ellas destaca, para los supuestos de infracciones de máxima gravedad, la imposición de multa pecuniaria por un mínimo de 15 millones de pesetas, y hasta

un máximo de la cuantía representada por la cifra mayor de las siguientes: el 5 por 100 de los recursos propios de la entidad; el duplo del contenido económico de la operación; ó 250 millones de pesetas. Además, a las personas físicas que ejerzan cargos de dirección o administración en las entidades responsables, podrá imponérseles, igualmente, una multa de entre 10 y 100 millones de pesetas y la separación temporal o la inhabilitación para el ejercicio de cargos de dirección y administración en otras entidades sometidas a la misma Ley, hasta un plazo máximo de 10 años.

El artículo 301 del Código Penal castiga como delito diversas conductas que, bien por separado o en conjunto, constituyen lo que de ordinario se conoce como “*blanqueo de capitales*”. Estas conductas son las siguientes:

- a) La adquisición, la conversión o la transmisión de bienes procedentes del tráfico de drogas o de otro delito grave, con el objeto de ocultar o encubrir su origen ilícito, o de ayudar a cualquier persona que participe en la comisión de los mismos, a eludir las consecuencias legales de sus actos.
- b) La realización de cualquier otro acto sobre tales bienes con los mismos objetivos.
- c) La ocultación o encubrimiento de la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derechos sobre los bienes o propiedad de los mismos, conociendo que procedan de alguno de los delitos graves citados, o de un acto de participación en ellos.

El Código Penal castiga cualquier acto dirigido a ocultar o encubrir el origen delictivo de los bienes procedentes de delitos graves, entre ellos el de tráfico ilegal de drogas, o a ayudar a quienes hayan intervenido en la comisión del delito previo a eludir las consecuencias legales de sus acciones.

Cuadro 5. Penas por delitos de tráfico ilícito de drogas, tráfico ilícito de precursores y blanqueo de capitales.

TEXTO LEGAL	DELITO	PENAS
Código Penal	<ul style="list-style-type: none"> • Tráfico ilícito de drogas (cultivar, elaborar y, en general, favorecer o facilitar el consumo de drogas) (artº. 368). - • Tráfico ilícito de precursores (elaboración y comercio ilícito de sustancias químicas necesarias para la elaboración de drogas ilegales) (artº 371). • Blanqueo de capitales (ocultar o encubrir el origen ilícito de bienes procedentes del tráfico de drogas) (artº 301. segundo párrafo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancias que causan grave daño a la salud: <ul style="list-style-type: none"> - Prisión: de 3 años y un día, a 9 años; y - Multa: del tanto al triplo del valor final de la droga. • Sustancias que no causan grave daño a la salud: <ul style="list-style-type: none"> - Prisión: de 1 año y 1 día, a 3 años; y - Multa: del tanto al duplo del valor final de la droga. - Prisión: de 3 años y 1 día a 6 años; y - Multa: del tanto al triplo del valor de las sustancias. - Prisión: de 3 años y 3 meses y 1 día a 6 años; y - Multa: del tanto al triplo del valor de los bienes, aplicada en su mitad superior.
Ley de Represión del Contrabando	<ul style="list-style-type: none"> • Contrabando de drogas y precursores (importación o exportación ilícita de drogas ilegales o de precursores) (artº 2.3 a.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prisión: de 6 meses y 1 día a 3 años; y - Multa: del duplo al cuádruplo del valor de las drogas.

Sin embargo, hay que señalar que para que exista el delito de “*blanqueo de capitales*” se requiere la concurrencia de un doble elemento subjetivo consistente en el conocimiento del origen delictivo de los bienes, así como la percepción de que se realiza y se quiere el blanqueo de capitales. Después de la entrada en vigor del Código Penal de 1995, este delito también puede ser cometido de forma imprudente, siempre que la imprudencia sea grave.

La pena de privación de libertad aplicable a los autores del delito de “*blanqueo de capitales*”, cuando los bienes tengan su origen en el tráfico ilícito de drogas, alcanza una duración mínima de 3 años y 3 meses y 1 día, y máxima de 6 años. Además, conlleva una pena de multa del triplo del valor de los bienes, aplicada en su mitad superior. En caso de que se trate de jefes, administradores, o encargados de organizaciones criminales, la pena de prisión será como mínimo de 6 años y 1 día, y de 9 años como máximo.

4.8. ¿Cuáles son las características de los procedimientos judiciales sobre tráfico ilícito de drogas?

La jurisdicción penal española es competente para conocer y enjuiciar los delitos de tráfico de drogas cometidos no sólo en territorio español, ya sea por españoles o extranjeros, sino también cuando se cometen en el extranjero por españoles o extranjeros nacionalizados españoles, y ello con independencia de que el hecho cometido constituya o no delito en el país en que tuvo lugar. Esto no ocurre con respecto a todos los delitos, sino sólo, como ocurre con el tráfico ilegal de drogas, con aquellos que se consideran sometidos al principio de “Justicia Universal”.

Otra peculiaridad a resaltar se refiere a la competencia interna de los juzgados y tribunales. Sobre este particular, la instrucción de causas y el enjuiciamiento del delito de tráfico ilícito de drogas presentan una especialidad de importancia, ya que las competencias ordinarias que tienen reconocidas en la Ley los Juzgados de instrucción, los Juzgados de lo Penal y las Audiencias Provinciales, cuando el referido delito sea cometido por bandas o grupos organizados y produzca efectos en lugares pertenecientes a distintas provincias, cederán ante las compe-

tencias que ostentan en estos casos lo Juzgados Centrales de Instrucción y de lo Penal, y la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, que tienen jurisdicción en todo el territorio español.

Como complemento de lo anterior, hay que destacar también que, desde su creación por la Ley 5/1988, de 24 de marzo, el ejercicio de la acusación pública en los delitos de tráfico ilícito de drogas sobre los que conoce la Audiencia Nacional, corresponde a la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, así como en aquellos otros en que lo acuerde el Fiscal General del Estado. A esta Fiscalía le corresponde, igualmente, la investigación de la situación económica y patrimonial, y de las operaciones financieras y mercantiles realizadas por las personas que puedan estar implicadas en el tráfico ilegal de drogas, y en general, la coordinación de la actuación de las distintas Fiscalías en esta materia.

Las peculiaridades del enjuiciamiento de estos delitos no se refieren sólo al ámbito de la competencia de los órganos judiciales. También existen algunas normas particulares que se refieren al proceso criminal propiamente dicho. En este sentido cabe destacar las siguientes:

- a) En el ámbito de la investigación de estos delitos, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, a través de reformas introducidas en la misma en los últimos años (Leyes Orgánicas 8/1992, de 23 de diciembre, y 5/1999, de 15 de enero) ha incorporado la regulación de nuevos métodos, como consecuencia, en gran medida, de las obligaciones internacionales derivadas de la Convención de la ONU de 1988. En tales casos están las *'entregas vigiladas'* y el *'agente encubierto'*.
- b) En el ámbito probatorio, tras la aprobación de la Ley 21/1994, de 6 de julio, la destrucción de las sustancias decomisadas es obligatoria, salvo excepciones, dejando sólo muestras suficientes bajo custodia judicial.

4.9. ¿Qué es el Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilegal de Drogas, la Ley del Fondo?

El Código Penal vigente determina que los bienes y efectos, cualquiera que sea su naturaleza, que hayan servido de instrumento para la comisión de delitos de tráfico ilícito de drogas, así como las ganancias obtenidas de ellos, serán decomisados a sus poseedores o propietarios, salvo que éstos carezcan de responsabilidad alguna en la comisión de estos delitos.

Según la legislación, los referidos bienes -que mientras no se produzca la resolución definitiva del proceso judicial podrán ser utilizados por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad- una vez firme la sentencia condenatoria, deberán ser adjudicados al Estado.

En desarrollo de este mandato, y con el fin de que todos los bienes y ganancias que reciba el Estado por la citada vía, puedan revertir en favor de los perjudicados por el tráfico ilícito de drogas, así como también de que con los mismos se puedan otorgar recursos económicos adicionales a los organismos encargados de la persecución y represión de este tipo de delincuencia, se aprobó la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, por la que se crea el Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, cuyo Reglamento se aprobó con posterioridad por el Real Decreto 864/1997, de 6 de junio.

La Ley del Fondo, que se nutre con los bienes y ganancias decomisados por sentencia judicial firme, tiene como finalidades fundamentales:

- a) Los programas de prevención de las toxicomanías, la asistencia de drogodependientes, y la inserción social y laboral de los mismos (a estas finalidades deberá dedicarse al menos el 50 por ciento de los recursos).
- b) La intensificación y mejora de la prevención, investigación, persecución y represión de estos delitos.
- c) La cooperación internacional en estas materias.

Pueden ser beneficiarios de los recursos del Fondo, además de organismos de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales, las ONGs de ámbito estatal, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, el Servicio de Vigilancia Aduanera, la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del tráfico ilegal de drogas, y los organismos internacionales.

Para la gestión del Fondo y para la adjudicación de los recursos existentes en él, la Ley ha creado una Mesa de Coordinación de Adjudicaciones, adscrita al Ministerio del Interior a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La Ley del Fondo regula el destino de los bienes, efectos e instrumentos decomisados por sentencia firme en procesos por narcotráfico y otros delitos relacionados, cuyo fin es intensificar las actuaciones en materia de prevención, investigación, persecución y represión de los delitos de tráfico de drogas, así como la prevención, asistencia e inserción social y laboral de los drogodependientes, y medidas de cooperación internacional en esta materia.

4.10. ¿Cuál es la legislación relativa a las drogas legales?

Como ocurre con las drogas ilegales, no existe en el derecho español una definición de lo que deba de entenderse por drogas legales. Sin embargo, se tiende a identificar como tales aquellas sustancias no incluidas en los anexos de las Convenciones de la ONU de 1961, sobre Estupefacientes, y de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, pero que, sin embargo, reúnen las características que, desde una perspectiva científica, configuran el concepto de drogas. Esto es, la capacidad de influir en el organismo, modificando su funcionamiento natural, y la generación de adicción o dependencia, ya sea física, o psíquica. Estas drogas suelen considerarse también como “institucionalizadas”, dado su arraigo y aceptación en la mayoría de las sociedades occidentales.

Entre estas drogas legales, quizá la que más ha atraído la atención en el ámbito jurídico en nuestro país ha sido el alcohol y en menor medida el tabaco.

Con respecto al alcohol, jurídicamente se diferencia entre la embriaguez o intoxicación aguda y el alcoholismo o intoxicación crónica. Los aspectos legislativos que más destacan son los siguientes:

- El consumo de alcohol por sí mismo, como pasa con las drogas ilegales, no constituye infracción sancionable, salvo que vaya asociado a determinadas actividades.
- El derecho penal considera, con carácter general, la intoxicación plena por consumo de alcohol como eximente de responsabilidad criminal.
- El derecho administrativo es el que en mayor medida, se ocupa de las consecuencias jurídicas del consumo de alcohol. Entre ellas:
 - La prohibición de venta o servicio de bebidas alcohólicas a menores de edad, en establecimientos públicos o en locales de espectáculos públicos (Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero de Protección de la Seguridad Ciudadana).
 - La legislación autonómica completa este régimen legal de venta a menores, con otras disposiciones limitadoras y sancionadoras que afectan a otros tipos de establecimientos suministradores, distintos de aquellos a los que se refiere la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana.
 - La prohibición de venta de bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos, por razones de protección a la infancia y la juventud (Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 7 de noviembre de 1989).
 - La conducción por vías públicas bajo los efectos de la ingestión de bebidas alcohólicas con tasas superiores a las permitidas reglamentariamente (Ley sobre Tráfico,

Circulación de vehículos a motor y Seguridad Vial). En 1998, el Real Decreto 2.282/98, ha rebajado la tasa de alcohol máxima permitida en sangre a 0,5 gramos por litro, ó 0,25 miligramos por litro en aire aspirado, salvo supuestos especiales en los que establece tasas inferiores.

- En el ámbito del derecho privado, el derecho civil considera el alcoholismo como causa de separación matrimonial, si el interés del otro cónyuge o de la familia exigen la suspensión de la convivencia. Por su parte, el Estatuto de los Trabajadores establece que el alcoholismo puede ser causa de despido disciplinario si repercute negativamente en el trabajo.

Con respecto al tabaco, es el derecho administrativo quien se encarga de la regulación de alguno de sus aspectos. La legislación relevante queda plasmada en el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones a la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población, modificado por el Real Decreto 1.293/1999, de 23 de julio. Según esta norma:

- Se prohíbe el consumo de tabaco en los transportes públicos, de escolares o de enfermos, en los lugares de trabajo donde trabajen mujeres embarazadas, en centros de asistencia social de menores, en centros sanitarios y docentes, salas de espectáculos públicos y deportivos cerrados y en locales comerciales con amplia concurrencia de personas.
- Se prohíbe la venta de tabaco en centros sanitarios, escolares u otros destinados a la atención de la infancia y la juventud. La expedición a través de máquinas automáticas sólo puede realizarse en lugares cerrados.

4.11. ¿Existe alguna normativa sobre la prevención, la asistencia y la reinserción?

La Constitución Española contiene mandatos específicos en estas materias en sus artículos 43, 49 y 50 que constituyen una referencia obligada a tener en cuenta.

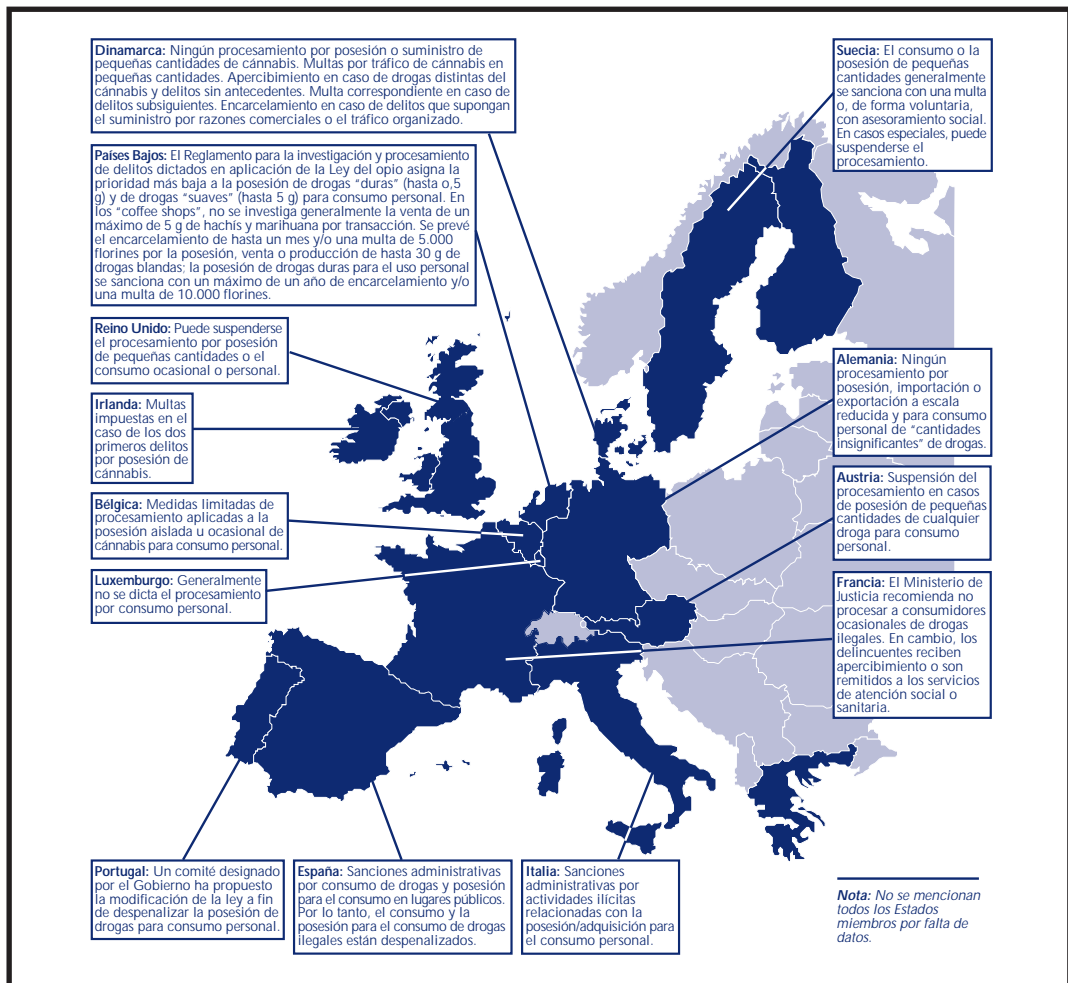
La prevención de las drogodependencias, en el ámbito de la legislación ordinaria estatal, tiene cobertura en varios textos. Es el caso de las disposiciones de carácter general que se contienen en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986; las que se contienen, más específicamente, en la Ley General de Publicidad, de 11 de noviembre de 1988; o, las que también de forma genérica, se contienen en los Reales Decretos 1.006 y 1.007 de 14 de junio de 1991 y 1.344 y 1.345, de 6 de septiembre de 1991, sobre enseñanzas mínimas y currículos de la Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria, promulgados en desarrollo de la LOGSE, en lo que se refiere a educación para la salud. Igualmente, desarrollan textos de apoyo a la prevención las disposiciones contenidas en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, o en la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios, de 19 de julio de 1984.

La asistencia queda recogida en las normas básicas que desarrolla la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en todas aquellas normas en materia de asistencia sanitaria y protección social generales o específicas que se han aprobado en los territorios de las Comunidades Autónomas. En este ámbito, también son importantes los Decretos 75/90 y 5/96 en materia de tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y la Ley General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario. Estos últimos, prevén que los establecimientos penitenciarios deban estar dotados de una dependencia para la atención sanitaria de toxicómanos, así como la realización de programas de atención especializada en drogodependencias. Igualmente, los internos drogodependientes clasificados en tercer grado, pueden ser autorizados a recibir asistencia en establecimientos extrapenitenciarios públicos o privados.

La reinserción tiene reflejo en el derecho estatal en varias disposiciones legales de gran importancia: el Código Penal (artº 87) permite la suspensión condicional de condenas a delincuentes toxicómanos y la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (artº 25.2), respecto a la suspensión de sanciones por consumo de drogas, cuando en ambos casos, los usuarios de éstas se sometan a tratamiento de deshabitación en centros acreditados. Como complemento, hay que resaltar en este campo la importancia que tiene la extensión del subsidio por desempleo que se ha producido con la aprobación de la Ley 36/1999, de 18 de octubre, a favor de los delincuentes toxicómanos a los que se les haya suspendido la pena de acuerdo con el artº. 87 del Código Penal. Finalmente, otras normas tratan de potenciar las actividades desarrolladas con fines de reinserción por parte de organismos públicos o privados.

En esta línea estaría la ley, ya comentada, del Fondo, y el Real Decreto 82/1988, de 15 de julio, por el que se regulan los fines de interés social a los que puede afectarse la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, además de las Ordenes de ayudas y subvenciones que anualmente se aprueban por parte del Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Mapa 1. RESUMEN DEL TRATAMIENTO DE DELITOS MENORES RELACIONADOS CON LA DROGA EN LA UE



Capítulo 5

NARCOTRÁFICO. GEOPOLÍTICA DE LAS DROGAS

El tráfico de drogas ocupa, tanto en el ámbito nacional como internacional, un espacio cada vez mayor en el contexto social, alcanzando índices de incidencia que superan toda previsión.

La lucha contra este tráfico ilegal, contra las organizaciones criminales que lo dirigen y contra el blanqueo de capitales derivado del mismo, en atención a sus consecuencias sociales e incluso por el peligro que suponen éstas en la estabilidad de la propia sociedad, es una responsabilidad de todos y cada uno de los estamentos de la misma. Las actuaciones de la Administración, a la que corresponde la elaboración y ejecución de planes de respuesta contundentes y eficaces, deben estar complementadas por una concienciación social adecuada a la importancia de la problemática planteada y una actitud dinámica hacia las posibles vías de solución que puedan ser aplicadas dentro del ámbito de actuación de cada individuo o colectividad social.

5.1. ¿ Dónde se producen las principales drogas ilegales?

5.1.1 Heroína

- **“Creciente Dorado”** (Afganistán y Pakistán).
- **“Triangulo de Oro”** (Myanmar, Laos y Tailandia).

Entre Afganistán y Myanmar alcanzan el 80% de la superficie mundial del cultivo de la amapola y el 90% de la producción mundial de Opio.

- **América Latina:** Colombia, Méjico y Perú.

5.1.2 Cocaína

- **Hoja de coca:** Principalmente Perú, seguido de Bolivia y Colombia.
- **Cocaína** (Clorhidrato): Colombia.

5.1.3 Hachís

- **Marruecos, Afganistán y Pakistán** son los principales productores de cannabis y sus derivados.
- **Líbano** lo es en menor medida, dado que su producción ha disminuido en los últimos años.
- **Tailandia y Sri Lanka** son los principales exportadores con destino a Estados Unidos y Canadá.
- **Kazajstán, Kirguistán, Uzbekistán, Tayikistán, Bielorrusia y Ucrania** tienen plantaciones cada vez más importantes de cannabis. En Rusia podría estar creciendo de forma salvaje en grandes extensiones.
- **Nigeria, Ghana, Zimbabue, Angola y Zaire** son otros países productores del continente africano.
- **Méjico, Colombia y Jamaica** lo producen en Iberoamérica, para consumo en Estados Unidos y Canadá.
- **USA, Canadá y Holanda** cuenta con cultivos en interiores.

5.1.4 Drogas de síntesis

Europa y América del Norte, casi exclusivamente para su mercado interno. En Europa: Holanda, Polonia y República Checa. También Reino Unido, Alemania, Federación Rusa, Ucrania y Estados Bálticos, no descartándose ocasionalmente cualquier otro país dado lo poco complejo de su proceso de elaboración química y de la escasa exigencia de las instalaciones de laboratorio necesarias.

5.2. ¿ Cuáles son las principales rutas de distribución?

5.2.1. Heroína

Internacionales:

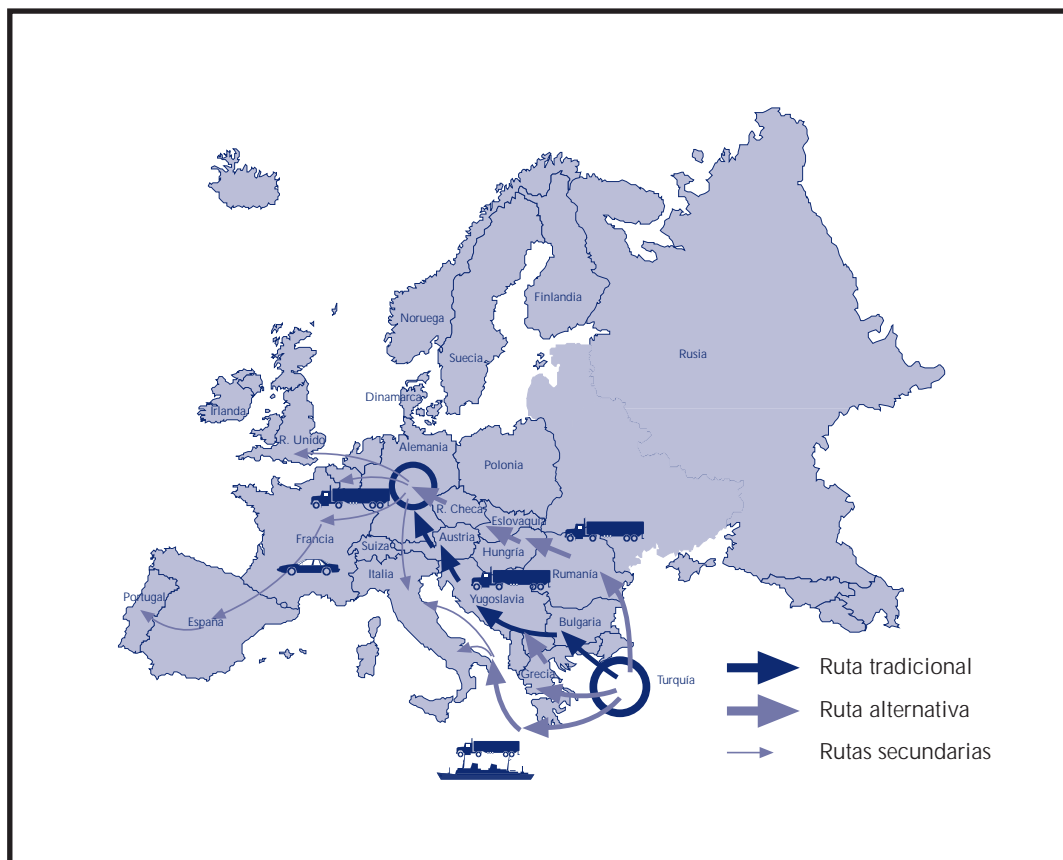
- **Hacia USA**, a través de Bangkok y China, esencialmente por vía aérea, desde el “Triángulo de Oro”.
- **Hacia ÁFRICA:** (Senegal, Nigeria, Ghana, etc.), también desde el “Triángulo de Oro”, por vía aérea o marítima, como países de tránsito.
- **Hacia EUROPA**, procedente del “Creciente Dorado” en un 80%, a través de las siguientes rutas:
 - **Ruta de los Balcanes:** desde Irán y Turquía, pasando por Bulgaria, Yugoslavia y Austria, hasta llegar y almacenar la droga en Alemania. (Ver mapa 2)
 - **Ruta Septentrional:** desde Turquía, pasando por Rumania, Hungría, Eslovaquia, República Checa y Alemania.

- **Ruta Mediterránea:** A través de barcos que recorren el litoral Mediterráneo, haciendo escalas en los principales puertos del sur y este europeos.
- Otras rutas hacia Europa:
 - A través de Hungría para dirigirse a Croacia y Eslovenia y llegar a Austria y Alemania.
 - Estados de la CEI (Belarús -antigua Bielorrusia-, Federación Rusa, República de Moldova y Ucrania) están cada vez más involucrados en el tráfico de heroína desde el “Creciente Dorado” hasta Centro Europa.
 - A través de los estados caucásicos de Georgia, Armenia y Azerbayán y las repúblicas de Asia central Kazajstán, Kirguistán, Turkmenistán, Uzbekistán y Tayikistán se han abierto nuevas rutas directas desde Pakistán y Afganistán, para llegar a Europa oriental y occidental.

De entrada en España

- Por vía Terrestre, desde Alemania y Holanda principalmente y desde Italia en ocasiones, en vehículos de turismo e incluso camiones TIR, a través de los puestos fronterizos de Irún y La Junquera.
- Por vía aérea, utilizando los aeropuertos de Madrid, Barcelona, Las Palmas y Málaga y en vuelos procedentes de otros países europeos (Amsterdam, Bruselas, Zúrich, Francfort, Viena, Ginebra, Roma,...), de países africanos (Lagos-Nigeria, Accra-Ghana, Dakar-Senegal y Nairobi-Kenia) y del oriente próximo y medio (Estambul, Ankara-Turquía, Damasco-Siria y Beirut-Líbano).
- Por vía marítima, a puertos españoles del mediterráneo desde Turquía.

Mapa 2.
RUTA DE LOS BALKANES (HEROÍNA)

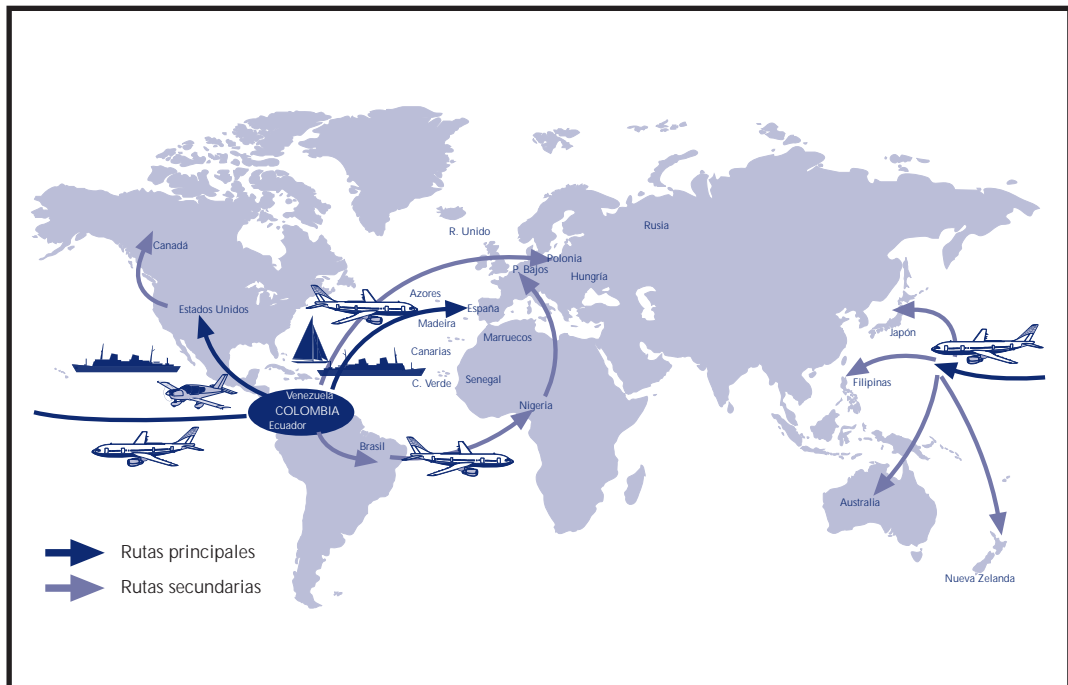


5.2.2. Cocaína

Internacionales (Ver mapa 3):

- **Hacia USA:** Generalmente de manera directa por vías aérea y marítima.
- **Hacia Europa:** Las principales rutas comienzan en Colombia (ruta norte) y Bolivia (ruta sur). Se utilizan dos grandes vías:

Mapa 3.
RUTAS INTERNACIONALES DEL TRÁFICO DE COCAÍNA



- **Vía marítima:** Bien de manera directa, sin escalas intermedias, hasta puntos costeros del Mar del Norte (Holanda, Bélgica, Alemania Reino Unido), Portugal, Galicia, costa Cantábrica y el Sur Peninsular, o bien haciendo escalas en las Islas Canarias, Azores, costa oeste africana y archipiélago de Cabo Verde. En esta vía tiene especial importancia el uso de grandes contenedores como método de ocultación y transporte entre la carga declarada.

- **Vía aérea:** Con salidas desde aeropuertos de Colombia, Venezuela, Chile, etc. Y destino Madrid barajas y conexiones a Francfort, Amsterdam,...., o desde Brasil hasta aeropuertos de África central (Nigeria, Ghana), en tránsito, y

después Europa (Alemania, Países Bajos, Reino Unido, Italia, Suiza y España).

De entrada en España:

- **Por vía aérea**, desde Bogotá, Caracas, Río de Janeiro/Sao Paulo y Buenos Aires, hasta Madrid, Barcelona, Tenerife y Las Palmas.
- **Por vía marítima**, en fletes directos hasta el noroeste peninsular, o a través de pequeñas embarcaciones que hacen escala en Cabo Verde, Islas Canarias o puertos del oeste africano.

5.2.3. Hachís

Internacionales:

- **Hacia USA y Canadá** desde Pakistán, Líbano, Tailandia, Sri Lanka, Nigeria, Ghana, Méjico, Colombia y Jamaica.
- **Hacia Europa:** El cannabis procede principalmente de Marruecos y del Líbano, siendo el punto de entrada más importante España y el de distribución Holanda.

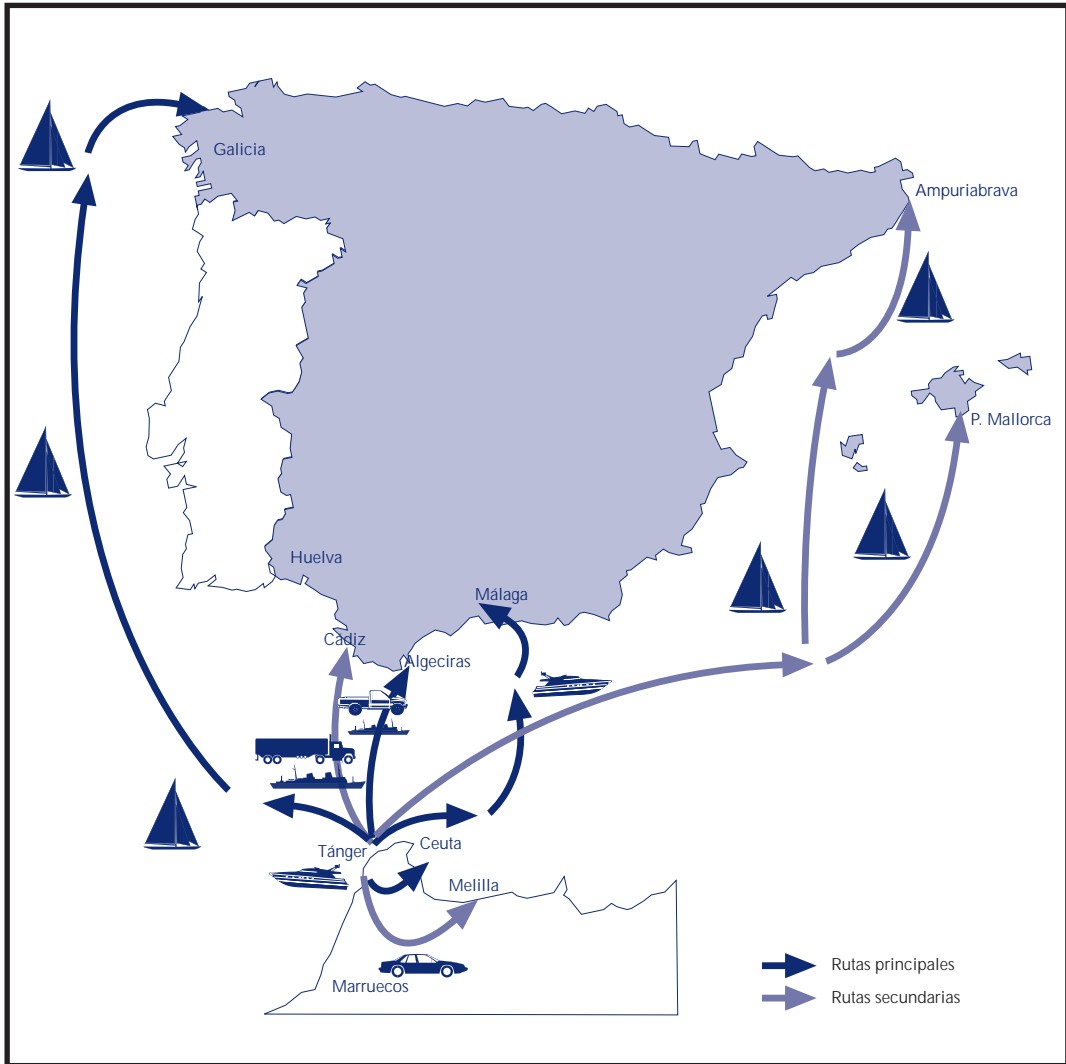
- El hachís producido en el Líbano utiliza la “ruta de los Balcanes”, ya mencionada en el tráfico de heroína, para su llegada a Europa.

- El procedente de Marruecos llega a Europa, en su mayoría, a través de la Península Ibérica.

De entrada en España (Ver mapa 4)

- A través del estrecho de Gibraltar, utilizando las líneas regulares

Mapa 4.
RUTAS DEL HACHÍS HACIA ESPAÑA



entre los puertos de Ceuta, Melilla y Tánger con Algeciras, Tarifa, Cádiz y Málaga o por medio de otras embarcaciones que llegan a las costas de Granada, Huelva, Murcia, Baleares e incluso, a la Costa Brava. Alijos de importancia utilizan también la vía marítima hasta el litoral gallego.

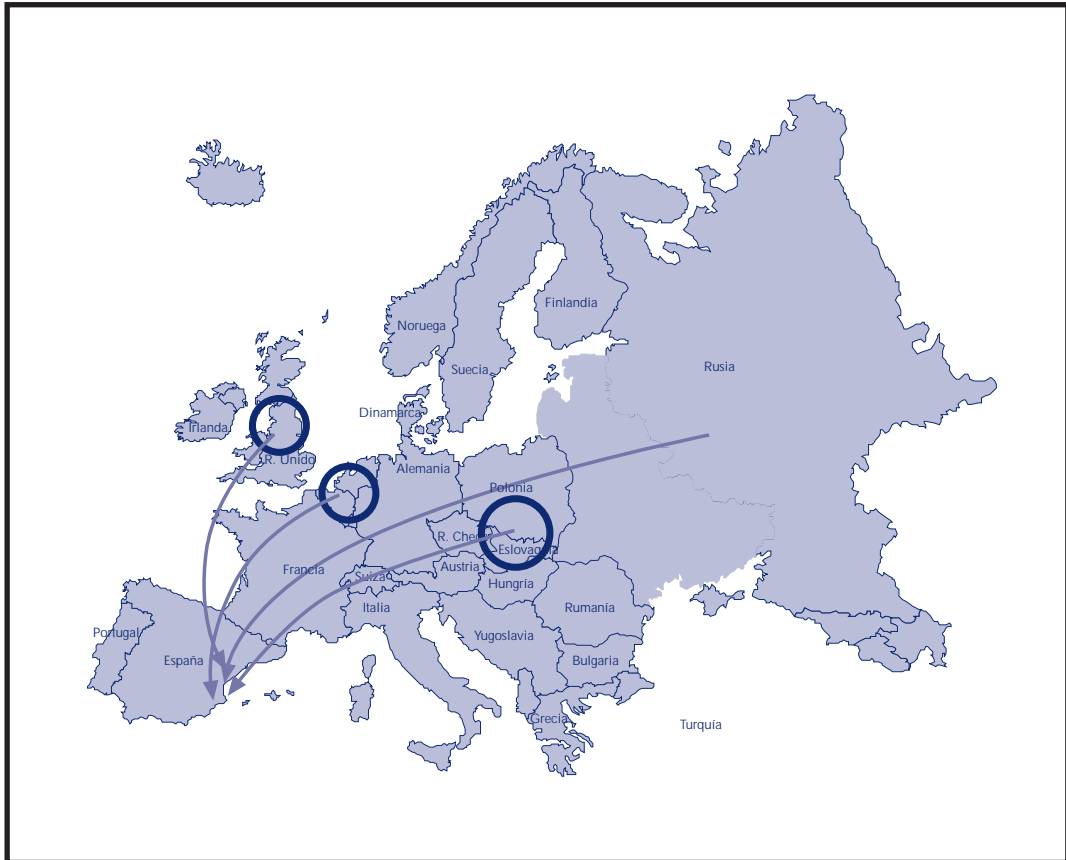
5.2.4. Drogas de síntesis

Dado que la producción se lleva a cabo en los distintos continentes para su consumo interno, se menciona únicamente la entrada de estas sustancias en nuestro país.

De entrada en España

- Las drogas de síntesis llegan a España principalmente desde Holanda, Gran Bretaña y países del este (Polonia y República Checa), a través de dos vías:
 - **Por Vía Terrestre**, a través de la Junquera, hacia Barcelona y otras provincias mediterráneas.
 - **Por Vía Aérea**, generalmente mediante turistas con destino a Barcelona, Levante e Islas Baleares.
- La zona de Levante, con Madrid y Baleares, son los lugares de mayor distribución (discotecas, macro fiestas, festivales, etc.)

Mapa 5.
RUTA DE DROGAS SINTÉTICAS HACIA ESPAÑA



5.3. ¿Quiénes son los responsables de la lucha contra el narcotráfico y el blanqueo de dinero asociado?

En España las competencias relacionadas con el narcotráfico y el blanqueo del dinero que genera, están repartidas entre distintos organismos y unidades. Los cuadros 7 y 8 presentan un resumen de esta distribución de competencias.

Cuadro 7. Competencias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) en la lucha contra el narcotráfico y el blanqueo de capitales

COMPETENCIAS	“...la actualización y ejecución del Plan Nacional Sobre Drogas, coordinando las actividades de los distintos Departamentos Ministeriales en la materia y participando en los organismos internacionales relacionados con la misma, corresponde al Ministerio del Interior, y dentro del mismo, bajo la supervisión del Ministro, es el Delegado del Gobierno para el PNsD quien realiza las correspondientes funciones”.
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none">• Ejercer, cuando proceda, la coordinación en este ámbito entre servicios o unidades de distintos departamentos ministeriales; asimismo, en los casos necesarios, podrá coordinar, por delegación del Secretario de Estado de Seguridad, la actuación entre unidades de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes en la materia y de éstas con otros servicios cuya competencia específica pueda repercutir en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas o el blanqueo de capitales.• Participar en las reuniones de los organismos internacionales e intervenir en la aplicación de los acuerdos que se deriven de las mismas y, en especial, de aquellas que se desarrollen en el seno de la Unión Europea, relativas a la prevención de toxicomanías y a la lucha contra el tráfico de drogas, ejerciendo la coordinación general entre las unidades de los distintos departamentos ministeriales.• Recepcionar, analizar y estudiar la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado.

<p>FUNCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer programas de actuación para la lucha contra el tráfico y consumo de drogas.
<p>GABINETES APOYO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Evaluación: para valorar las situaciones concretas y los informes y noticias referidas al tráfico ilícito de drogas y blanqueo de capitales, así como efectuar el seguimiento de la actuación de los diferentes cuerpos y servicios. • Gabinete de Coordinación: para recepcionar y analizar toda la información relativa a esta problemática y asumir, en su caso, la coordinación de las investigaciones que se lleven a cabo dentro de dicho ámbito.

Cuadro 8. Órganos y Unidades encargados de la lucha contra el narcotráfico y el blanqueo de capitales en España

ÓRGANO	UNIDAD	COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> Audiencia Nacional 		<p>La Sala de lo Penal conoce del “tráfico de drogas o estupefacientes, siempre que sean cometidos por bandas o grupos organizados y produzcan efectos en lugares pertenecientes a distintas Audiencias”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas. 		<ul style="list-style-type: none"> Intervenir en los procesos penales por delitos relativos al narcotráfico, cometidos por bandas organizados y con efectos en distintas Audiencias y cualesquiera otro que sea competencia de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional y de los Juzgados Centrales de Instrucción. Intervenir en los procedimientos penales por delitos relativos al narcotráfico en los que acuerde el Fiscal General del Estado. Coordinar las actuaciones de las distintas Fiscalías en esta materia. Investigar la situación económica y patrimonial, así como las operaciones financieras y mercantiles, de personas respecto de las que existan indicios que realizan o participan en actos de narcotráfico o que pertenezcan o auxilien organizaciones que se dedican al mismo, pudiendo requerir de las Administraciones Públicas, entidades, sociedades y particulares las informaciones precisas.

ÓRGANO	UNIDAD	COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • La Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas. 	<p>Unidad Adscrita de Policía Judicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con la Autoridad Judicial en el control del tratamiento de los drogodependientes con remisión condicional. • Promover o, en su caso, prestar el auxilio judicial internacional previsto en las leyes, tratados y convenios internacionales en orden a la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas. • Impartir a la Policía Judicial las órdenes e instrucciones que considere procedentes para el desempeño de sus funciones. <p>Instrumento de auxilio y colaboración en el desempeño de los cometidos propios de la Fiscalía.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de la Policía 	<p>Comisaría General de Policía Judicial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad Central de Estupefantes • Unidades de Droga y Crimen Organizado (U.D.Y.C.O.s) 	<p>El Cuerpo Nacional de Policía ejerce la investigación y persecución de los delitos relacionados con la droga.</p> <p>Asume la operatividad de la información del narcotráfico y la coordinación de todas las actuaciones, centralizando los datos de este tipo de delitos.</p> <p>Pretende dar respuesta a la denominada delincuencia organizada, tráfico de drogas y blanqueo de capitales.</p>

ÓRGANO	UNIDAD	COMPETENCIAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Brigadas de Delincuencia Económica y Financiera y de Delincuencia Organizada 	<p>Investiga el blanqueo de capitales procedentes del narcotráfico.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Brigada de Investigación de Delitos Monetarios 	<p>Adscrita al Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Interpol 	<p>Organización Internacional de la Policía criminal (OIPC-Interpol)- para la colaboración con las policías de otros países.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Nacional de Europol 	<p>En este mismo ámbito internacional cuenta con enlaces en la Oficina Central de Europol en La Haya.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central Nacional de Estupefacientes 	<p>Encargada de potenciar la cooperación operativa de la información de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y la Dirección adjunta de Vigilancia Aduanera. Está coordinada con la Delegación del Gobierno para el PNSD y se integra en la denominada “Ventana Única”. Cuenta con representación de todos los cuerpos afectados.</p>

ÓRGANO	UNIDAD	COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de la Policía 	<p>Jefaturas Superiores de la Policía, Comisarías Provinciales y Locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policía de Proximidad. 	<p>Cuentan con Brigadas y Grupos específicamente dedicados a la investigación de estos delitos, así como grupos y antenas U.D.Y.C.O.</p> <p>Para una mayor actuación ante el tráfico de estupefacientes a pequeña escala en los barrios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de la Guardia Civil 	<p>Servicio Fiscal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad Central de Investigación Fiscal y Antidroga (UCIFA) <p>Equipos de Delincuencia Organizada y Antidroga (E.D.O.A.s.)</p> <p>Servicio Marítimo</p>	<p>Ejerce las competencias relativas al resguardo fiscal del Estado y las actuaciones encaminadas a evitar y perseguir el contrabando.</p> <p>Secciones de Investigación Fiscal y Antidroga (SIFA,s), en las Zonas, y Grupos de Investigación Fiscal y Antidroga (GIFA,s, en las Comandancias.</p> <p>Creadas para combatir el fenómeno del crimen organizado transnacional. Los integran una EDOA Central y otras a nivel de Zona y de Comandancia.</p> <p>Con misiones propias en aguas marítimas y continentales, incluidas las de persecución del contrabando y otras de carácter fiscal.</p>
<p>Dirección Adjunta de Vigilancia Aduanera</p>		<p>Integrada en el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria del Ministerio de Economía y Hacienda. Entre otras, tiene asignadas las funciones de:</p>

ÓRGANO	UNIDAD	COMPETENCIAS
		<ul style="list-style-type: none"> • Descubrimiento, persecución y represión en todo el territorio nacional, aguas jurisdiccionales y espacio aéreo español, de los actos e infracciones de contrabando. <p>En la investigación, persecución y represión de estos delitos, actúa en coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y tiene, a todos los efectos legales, carácter colaborador de los mismos.</p>
<p>Policías Autonómicas y Locales</p>		<p>Al igual que en el ámbito de la Policía Judicial realizan funciones colaboradoras con los otros Cuerpos de Seguridad del Estado, también en materia de narcotráfico les corresponde esta función auxiliar.</p>

Capítulo 6

REFERENTES INFORMATIVOS

6.1. Referentes gubernamentales: el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Regionales y Municipales sobre Drogas.

Las intervenciones administrativas a nivel estatal sobre drogas, con el fin de alcanzar la mayor eficacia posible, se coordinan y ejecutan en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), que fue aprobado originalmente por acuerdo del Consejo de Ministros de 24 de julio de 1985, y cuyo contenido se ha ido actualizando de forma parcial. En este marco, el gobierno ha aprobado el Real Decreto 1911/1999 de 27 de diciembre que contiene la estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008.

El PNsD afronta el fenómeno global del uso y abuso de drogas, si bien las medidas que contempla, referidas al tráfico y a la asistencia, inciden especialmente en los problemas creados por las drogas ilegales, con independencia de las medidas desarrolladas simultáneamente para la reducción del consumo de sustancias legales como el tabaco y del alcohol.

Las medidas que se incluyen en el PNsD se dirigen prioritariamente hacia los siguientes objetivos:

- La reducción de la oferta y la demanda.

- La disminución de la inseguridad ciudadana.
- La oferta de una red pública de servicios de atención.
- La coordinación y cooperación de las administraciones e instituciones sociales implicadas en el problema.

La estrategia nacional sobre drogas 2000-2008 fija, por su parte, las metas y objetivos a conseguir en este período en los distintos apartados, otorgando a la prevención del consumo un papel de especial relevancia.

Para la puesta en marcha del PNsD existe una estructura orgánica de coordinación denominada **Grupo Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas**. El Grupo está integrado por los Ministros de Interior –que lo preside-, de Justicia, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, y los Secretarios de Estado de Hacienda, Economía y de Relaciones con las Cortes. Su regulación se establece en el Real Decreto 79/1997, de 24 de enero. El Grupo tiene atribuidas las competencias de adopción, y, en su caso, de propuesta al Gobierno, de las medidas y actuaciones relativas en materia de drogas, cuya competencia corresponde al Estado. Como Secretario del Grupo actúa, con voz, pero sin voto, el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, atribuye a este Departamento, entre otras competencias, las de:

- actualización y ejecución del PNsD,
- coordinación de los distintos departamentos ministeriales en materia de drogas, y
- participación en los organismos internacionales relacionados con las mismas.

Igualmente, el Decreto integra en la estructura del Ministerio del Interior la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a la que se le encomiendan, entre otras funciones, las de:

- desarrollo de las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos del Grupo Interministerial, y velar por su ejecución;
- coordinación de los servicios de otros Ministerios;
- coordinación de los recursos presupuestarios del PNsD;
- recepción y análisis de la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales;
- propuesta de programas de actuación contra el tráfico y el consumo de drogas; y
- coordinación de la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado contra el tráfico ilícito de drogas y el blanqueo de capitales cometidos por organizaciones criminales, o cuando su enjuiciamiento corresponda a la Audiencia Nacional.

También funcionan adscritos al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, varios órganos colegiados, a saber:

- Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales;
- Grupo de Asesoramiento y Asistencia de Operaciones contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales;
- Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías; y
- Mesa de Coordinación de Adjudicaciones de bienes decomisados.

Completando este examen, hay que indicar que la coordinación y colaboración en materia de drogas entre la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas, se realiza a través de dos instrumentos organizativos:

- **La Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas**, en la que están presentes los miembros del Grupo Interministerial, en representación del Estado, y los miembros competentes de los Consejos de Gobierno, en representación de cada Comunidad Autónoma.
- **La Comisión Interautonómica**, órgano de apoyo y asesoramiento técnico a la Conferencia.

La legislación autonómica aprobada hasta la fecha, en la que se regulan como instrumentos de organización y actuación coordinada los **Planes Autonómicos sobre Drogas**, recoge un esquema organizativo bastante similar al que acabamos de ver, destacando en el mismo el papel relevante que desempeña la figura del Coordinador o Comisionado Autonómico sobre Drogas.

De forma operativa podría indicarse que los Planes Autonómicos sobre Drogas son instrumentos para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogas que, generalmente, sirven como marco conceptual de referencia para el establecimiento de una cooperación entre instituciones públicas y privadas y con la iniciativa social en el ámbito territorial correspondiente.

Para finalizar, de forma similar a los planes autonómicos, tenemos que los **Planes Locales o Municipales** sobre drogas son instrumentos ordenadores de recursos capaces de dar una respuesta integral y adaptada a cada municipio o conjunto de municipios.

Los Ayuntamientos son el nivel de la Administración más próximo a los ciudadanos, por tanto, más sensibles a los problemas que a éstos les afectan. Para lograr la mayoría de los objetivos y metas que estos planes locales contemplan es importante tener presente la necesidad de continuidad de los mismos, a fin de que permitan realizar planificaciones a medio y largo plazo, dado que los resultados de cualquier acción en el campo de las drogodependencias no son inmediatos.

6.2. Las Organizaciones No Gubernamentales que intervienen en drogodependencias

La primera respuesta específica al nuevo fenómeno que representó la aparición de la drogodependencia a mediados de la década de los años 70, surgió de las asociaciones sin ánimo de lucro, o lo que se suele denominar actualmente como ONGs.

Las ONGs se ocuparon y fueron la única opción asistencial y de atención a un número cada vez mayor de afectados por el problema del consumo de drogas, durante los primeros años de este fenómeno, hasta que apareció el Plan Nacional sobre Drogas en 1985.

Desde los primeros momentos, las administraciones públicas consideraron de vital importancia las iniciativas comunitarias en las actividades de prevención y reinserción social ante el problema de drogas; por lo que, el apoyo a la iniciativa privada sin ánimo de lucro constituyó uno de los 6 programas básicos, o pilares, en los que se configuraron los Planes Autonómicos sobre drogas, a saber: prevención, asistencia, reinserción, formación e investigación, apoyo al movimiento asociativo y coordinación y planificación.

En los últimos años, la participación de las ONGs en el Plan Nacional sobre Drogas se articula fundamentalmente a través de la realización de programas y recursos de prevención, asistencia, incorporación social y formación, desarrollados con la colaboración y apoyo de las administraciones central y autonómicas. Los objetivos preventivos en múltiples ámbitos y de formación son los más predominantes entre estas organizaciones.

Actualmente, las ONGs forman parte del Consejo Asesor, que junto con el Comité Científico y la Comisión Técnica, constituyen el Observatorio Español sobre Drogas (OED), órgano permanente de recogida de información de las diferentes fuentes nacionales e internacionales, que pretende ser un barómetro que integra la información parcialmente dispersa sobre drogas y las drogodependencias.

6.3. Organismos internacionales con competencias en materia de drogas

En el seno de la **Organización de las Naciones Unidas** se encuentran los siguientes organismos:

- **Comisión de Estupefacientes**

Creada en 1946 como una de las seis comisiones orgánicas del Consejo Económico y Social, es el órgano normativo central del sistema de las Naciones Unidas para tratar a fondo todas las cuestiones relacionadas con la fiscalización del uso indebido de drogas. Examina la situación mundial con respecto a la fiscalización de estupefacientes y formula recomendaciones para fortalecer las actividades internacionales en la materia cuando lo considera necesario, incluidas propuestas de nuevas Convenciones y los Acuerdos Internacionales relativos a los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y toma decisiones, previa recomendación de la Organización Mundial de la Salud, con respecto a las sustancias que deben someterse a fiscalización internacional.

- **Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID).**

Establecido en 1991 y con sede en Viena, se trata de un programa único que coordina y dota de dirección efectiva a todas las actividades de las Naciones Unidas en la esfera de la fiscalización de drogas. El PNUFID trabaja en coordinación con diferentes órganos del sistema de Naciones Unidas, incluidos los organismos especializados, y con otros órganos internacionales competentes en materia de fiscalización de estupefacientes. El PNUFID analiza todos los aspectos relacionados con las drogas, incluyendo actividades relacionadas con el desarrollo rural integrado y la sustitución de cultivos, la aplicación de las leyes de fiscalización de drogas, la prevención, el tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes y las reformas de índole

legislativa destinadas a ampliar la capacidad de los gobiernos para combatir el uso indebido de drogas.

- **Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)**

Organismo especializados de la Organización de Naciones Unidas (ONU), creado en 1968 conforme a lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Las funciones de la JIFE son tratar de 'limitar el cultivo, la producción, la fabricación y el uso de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos; de asegurar su disponibilidad para tales fines; y de impedir el cultivo, la producción y la fabricación, el tráfico y el uso ilícito de estupefacientes', de conformidad con lo dispuesto en la Convención Única. En el desarrollo de sus funciones, la JIFE actúa en cooperación con los gobiernos y mantiene un diálogo constante con ellos para promover la consecución de los objetivos perseguidos por los tratados.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Con sede en Ginebra (Suiza), cumple una función esencial en la determinación de las sustancias que deben someterse a fiscalización internacional, de acuerdo con las previsiones de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y del Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. Estos instrumentos normativos tratan de garantizar que las sustancias fiscalizadas se utilicen exclusivamente con fines médicos y científicos y que los Estados, parte en las Convenciones, hagan todo lo posible para impedir el uso indebido de drogas mediante la aplicación de las disposiciones de los Tratados Internacionales. En virtud de éstos, la OMS debe evaluar el nivel de dependencia y la utilidad terapéutica de una determinada sustancia, y la gravedad de los problemas sociales y de salud pública que se derivan de su uso indebido.

En el seno de la **Unión Europea**:

- **Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT)**

Creado en 1994 y ubicado en Lisboa, es un órgano informativo de la Comunidad Europea cuya misión, de acuerdo con su reglamento constitutivo, es proporcionar 'información objetiva, fiable y comparable en Europa sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías, así como sobre sus consecuencias'. El OEDT reúne y difunde información sobre la demanda de drogas y medidas para reducir esta demanda; estrategias y políticas nacionales y comunitarias; cooperación internacional y geopolítica de la oferta de drogas; control del comercio de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores; por último, también estudia las implicaciones del fenómeno de las drogas para los países productores, consumidores y de tránsito.

Otros organismos internacionales:

- **Grupo Pompidou:**

Creado en 1971 e integrado en el seno del Consejo de Europa en 1980, actualmente tiene su sede en Estrasburgo (Francia). Se define como un grupo de cooperación interdisciplinar que aborda temas de reducción de la oferta y de la demanda de drogas ilegales. Su dirección la ostenta el Consejo de Ministros que se reúne cada tres años y fija un programa de acción. En cada país hay un corresponsal permanente que difunde los trabajos del Grupo y coordina a los expertos nacionales. España forma parte del Grupo Pompidou desde 1984, y el representante de nuestro país en el Consejo de Ministros es el Ministro de Interior.

- **Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI):**

Fue creado en la Cumbre de París de julio de 1989 por los siete países más industrializados del mundo (Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Reino Unido y los Estados Unidos). Tiene su sede en la capital francesa. El principal

objetivo del GAFI es el estudio y la búsqueda de medidas destinadas a combatir el blanqueo de capitales, agrupando a los principales centros financieros mundiales: 26 Estados (entre ellos España), la Comisión Europea y el Consejo de Cooperación del Golfo, así como otras organizaciones internacionales con competencias en la materia (Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo, Consejo de Europa, Fondo Monetario Internacional, etc.) que participan como observadores en las reuniones plenarias del GAFI.

- **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)**

Integrada en la actualidad por 32 miembros, la CICAD fue creada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en el año 1986, con el fin de fomentar y facilitar la cooperación multilateral entre los países miembros en el control del tráfico, la producción y el consumo de drogas. Reunida en Buenos Aires durante el XX Período Ordinario de Sesiones en que celebró su décimo aniversario, la CICAD aprobó una nueva Estrategia Antidroga en el Hemisferio, como plataforma para los trabajos en el siglo XXI en esta materia. España participa como país observador en la CICAD.

6.4. Otros referentes informativos

La información sobre drogas en Internet es, actualmente, una fuente que puede tener cierto interés para los profesionales de los medios de comunicación.

Existen multitud de lugares en la World Wide Web sobre drogas instalados desordenadamente, así que navegar entre ellos es una tarea lenta y farragosa, si no se tiene cierta orientación sobre los objetivos de la búsqueda.

Cientos de organizaciones, de asociaciones y de instituciones de todo el mundo relacionadas con las drogas han abierto una página en la Web con la finalidad de difundir sus actividades, ofrecer información y formación, facilitar el con-

tacto con el público general y con las personas de intereses afines. Estas Web específicas conforman una tupida malla, en continuo crecimiento, donde están presentes desde las más prestigiosas instituciones, hasta los colectivos más curiosos e inéditos. Como expresión de este crecimiento, en España hay ahora más de 40 organismos públicos y privados, dedicados específicamente a las drogas, con ventana en la red, mientras que en 1995 no había ninguno.

Algunos lugares Web de referencia, interesantes por el contenido de las páginas o por las oportunidades que ofrecen de acceder mediante enlaces a otras ventanas en la red, pueden consultarse en el cuadro 9.

Cuadro 9. Web sobre instituciones o entidades dedicadas a las drogas y las drogodependencias

ORGANIZACIÓN	DIRECCION URL
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas	http://www.mir.es/pnd/
Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana	http://www.gva.es/infociuda/index.html
Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía	http://www.andal.es/comisionadoDroga/
Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones	http://www.larioja.org/drogas/drogas2.htm
Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid	http://www.munimadrid.es/drogas/html/index.html
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción – FAD-	http://www.fad.es
Idea Prevención. Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas	http://www.idea-prevencion.com/

ORGANIZACIÓN	DIRECCION URL
Instituto para el Estudio de las Adicciones –IEA-	http://w3.arrakis.es/iea/
Coordinadora de ONGs que Intervienen en Drogodependencias	http://coid.ieanet.com/
Sociedad Europea de Profesionales con Intervención en Drogodependencias -ITACA- Federación Europea de Asociaciones que Intervienen en Drogodependencias	http://www.ddnet.es/itaca/ http://www.erit.org/Esp/index.html
Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías	http://www.emcdda.org
Observatorio Geopolítico de Drogas	http://www.ogd.org
Europol	http://www.europol.eu.int/home.htm
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD	http://www.cicad.oas.org/es/cicad-espanol-1999.htm
National Institute on Drug Abuse –NIDA	http://nida.nih.gov
National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information -NCADI	http://www.health.org
Drug Enforcement Administration –DEA	http://www.usdoj.gov/dea/

Capítulo 7

CONCEPTOS CLAVES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

No sería extraño que algunos profesionales de los medios de comunicación que se aproximen a este material, durante el desempeño de su función informativa, hayan entrado en contacto con profesionales del campo de las drogodependencias entre los que circulan, como en todos los campos profesionales, una serie de conceptos y términos específicos que suelen darse por conocidos en los ámbitos en los que estos se desenvuelven. Ante este hecho, decidimos proporcionar, no un glosario de términos que existen en muchas otras monografías, si no una referencia mínima, que facilitara la comprensión general de algunos conceptos que circulan por este campo. Muchos de los conceptos que en esta sección aparecen, se desarrollan de forma integrada en los capítulos correspondientes al ámbito que pertenecen.

El conjunto de conceptos que analizamos en este capítulo, no abarca todos los posibles de este complejo campo de las drogas y las drogodependencias. La selección se basó en un sondeo entre profesionales de los medios, que se hizo durante el proceso de redacción de esta obra y que sirvió como criterio de inclusión, sin intención de exhaustividad, si no de relevancia para el campo de la comunicación social.

Actitudes respecto a las drogas

Opiniones, creencias y normas de las personas respecto a estas sustancias. El consumo de alcohol y de otras drogas forma parte de nuestra cultura. Todas las personas tienen opiniones formadas sobre el alcohol y otras drogas, así como sobre las personas que consumen estas sustancias. Estas opiniones son el reflejo de las actitudes, de los valores y de la propia experiencia con las distintas sustancias. Es importante tomar conciencia del papel que juegan nuestras propias actitudes, creencias, valores y experiencias a la hora de comunicar sobre drogas. La mayoría de las actitudes y creencias son mitos, aunque algunas contienen aspectos que tienen cierto fundamento. Entre los ejemplos de estas actitudes figuran afirmaciones como 'el consumo de alcohol lleva a las personas a comportarse de manera estúpida', 'la gente que consume cannabis se divierte mucho', 'es mejor beber alcohol que consumir drogas' etc. Las actitudes respecto a las drogas constituyen una de las variables mediadoras en el consumo y suelen utilizarse como indicador en las evaluaciones de resultados de los programas de prevención, aunque no siempre existe una relación causal con las drogodependencias. No obstante, se cree que una consideración positiva de las drogas puede favorecer un aumento de su consumo, mientras que una actitud negativa propicia su reducción.

Blanqueo de dinero

Como en todo negocio clandestino, el dinero se mueve por circuitos ilegales que impiden su fiscalización por parte de los respectivos gobiernos, es el llamado dinero negro. Pero todo este poder adquisitivo no puede mantenerse indefinidamente oculto, ya que, entonces, no tendría ningún valor. Por ello, se establecen las redes de blanqueo de dinero, es decir, el mecanismo que permite inyectar toda esa riqueza en los canales financieros legales para que comience a dar sus frutos. Estas redes actúan en sectores como el inmobiliario, obras de arte, automóviles de lujo e, incluso, llegan a comprar números de sorteos legales por un valor superior al premio obtenido.

La lucha contra el blanqueo del dinero está considerada unánimemente por los juristas como una de las acciones más eficaces que pueden acometerse dentro del capítulo de la represión del narcotráfico. Para ello, piden herramientas legales

más actualizadas que permitan dar una batalla legal más fructífera ya que, poder desbaratar el entramado económico del narcotráfico, tendría resultados definitivos.

Campañas en los medios de comunicación

Actividades de información y sensibilización a través de los medios de comunicación social a fin de prevenir o reducir la demanda de drogas. Debido al gran acceso a la radio y la televisión de la mayoría de las personas, las campañas en los medio de comunicación permiten llevar mensajes a grupos que no se pueden contactar de otra manera. Los mensajes en los medios son unidireccionales, y la audiencia tiene un escaso margen para reaccionar, por lo que se recomienda que las campañas vayan unidas a otras medidas dirigidas a la prevención del consumo de drogas.

Centros de Atención a las Drogodependencias

Los CAD son recursos terapéuticos, generalmente de carácter público, dependientes de algunos Ayuntamientos o administraciones regionales, destinados al tratamiento de los problemas relacionados con la dependencia a drogas. Tradicionalmente, han recibido una mayor demanda de tratamiento por los problemas derivados de la dependencia a la heroína, pero igualmente se ocupan de las adicciones a la cocaína, al alcohol y a cualquier otra sustancia psicoactiva. Los servicios que ofrecen son gratuitos, si dependen de alguna Administración pública, y trabajan en forma de red con otros recursos especializados o no en las drogodependencias. Algunos CAD también desarrollan actividades de prevención junto a otros recursos de la comunidad.

Comunidad Terapéutica

Contexto estructurado en el que las personas con problemas de drogas viven temporalmente a fin de rehabilitarse. Estas comunidades, generalmente, tienen unas reglas estrictas y se ubican en lugares alejados de la ciudad, aunque hay experiencias de comunidades terapéuticas en entorno urbano. Hay comunidades

terapéuticas (CT) públicas y privadas. A las CT de tipo público se accede mediante la derivación por parte de algún recurso de atención a las drogodependencias de primer nivel (por ejemplo los CAD) que indican la conveniencia del régimen de ingreso en este tipo de servicio para un caso determinado. El tratamiento recibido es, pues, gratuito. Las CT privadas pueden admitir ingresos directamente, aunque con frecuencia disponen de plazas reservadas, en Convenio con las administraciones públicas locales o regionales, para cubrir las necesidades de los programas de rehabilitación públicos de cada zona geográfica.

Contextos de prevención

Entorno físico o social donde se aplican los programas o intervenciones destinadas a reducir o eliminar el consumo de drogas. Los contextos más frecuentes donde se suelen aplicar los programas de prevención son el escolar, el familiar y el comunitario. Más recientemente empiezan a aparecer intervenciones específicas para los ámbitos laborales, deportivo, educación vial y fuerzas armadas, entre otros.

Debate de la legalización

El debate de la legalización o no de ciertas sustancias o de todas ellas, hoy prohibidas para el comercio libre –no olvidemos que muchos estupefacientes de los que están considerados como “drogas”, son legales en farmacología y medicina- es quizá uno de los temas pendientes en la lucha contra este fenómeno. Pero no es una cuestión tan sencilla como algunos pretenden. Hay, por supuesto, argumentos científicamente documentados de que la venta libre de ciertas sustancias sería beneficiosa, pero también existen otros tan válidos y científicos que demuestran todo lo contrario. Es, por otro lado, un aspecto del fenómeno de las drogas que está profundamente politizado hasta el punto de bipolarizarse entre posturas “progresistas” y “conservadoras” y, en algunos casos, se utiliza como arma política. Esta cuestión es una de las que requieren mayor atención por parte del comunicador ya que, mantener vivo este tipo de debate, no beneficia a nadie, es más, perjudica la marcha de otras acciones más sólidas y eficaces. Pensemos que en cualquier caso el debate de la legalización parcial o total de las sustancias consideradas hoy como “drogas”

nunca puede producirse en un solo país. Dada la universalidad del fenómeno, la decisión de una legalización total o parcial tendría que tomarse con un amplio consenso internacional, tras un prolongado y riguroso debate, primero nacional, después continental y, por último, mundial a fin de que una decisión unilateral de un país no llegase a perjudicar toda su zona de influencia.

Desintoxicaciones ultra-cortas

La desintoxicación es aquella intervención terapéutica que tiene por finalidad eliminar del organismo del sujeto las drogas que consume de forma prolongada, o sus metabolitos y controlar los síntomas de abstinencia y del deseo de la sustancia. El proceso de desintoxicación varía en tiempo y en estrategia en función del tipo de droga de que se trate, de las condiciones físicas y psíquicas de la persona adicta y de su entorno social.

La dificultad en el tratamiento de personas con diagnóstico de adicción a opiáceos, que incluye el problema de las recaídas y los abandonos, ha producido que en los últimos años se hayan desarrollado nuevos protocolos farmacológicos de desintoxicación que tienen como denominador común la disminución del tiempo empleado en la desintoxicación y el empleo precoz de antagonistas (bloqueante de los receptores opiáceos), entre otros objetivos. Generalmente, se viene aceptando que los adictos a opiáceos de vida media corta (p.e.: heroína) necesitan entre 5 y 7 días para efectuar su desintoxicación, y los adictos a opiáceos de vida media larga (p.e.: Metadona y LAAM) requieren entre 14-21 días para efectuarla. A las desintoxicaciones de opiáceos que se realizan en un tiempo igual o menor de 24 horas, seguidas de la administración de una dosis de antagonización de 50 mg. de Naltrexona, se denominan desintoxicaciones ultracortas, ultrarrápidas y/o pautas de inducción rápida.

En España se comenzaron a realizar estas desintoxicaciones en 1992, y un estudio encargado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en 1998, encontró que este tipo de desintoxicaciones se realizaban en 10 Comunidades Autónomas, existiendo un centro en las Comunidades de Canarias, Galicia y Murcia, dos centros en las Comunidades de Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y País Vasco; y, por últi-

mo, cinco centros en Asturias. La mayoría de los centros se localizan en hospitales generales y se financian de forma privada. Para poder ser aceptado en este tipo de desintoxicaciones hay que cumplir una serie de criterios, que no son homogéneos para todos los centros. En general incluyen estos criterios de admisión: tener un consumo bajo de heroína, estar en recaída reciente para aquellas personas incluidas en programas de mantenimiento con Naltrexona, haber fracasado en otros tipos de desintoxicación, estar motivado/a para la desintoxicación, tener poco tiempo para realizar una desintoxicación de mayor duración, no consumir otras drogas, carecer de patologías orgánicas o psiquiátricas y disponer de un familiar responsable. El embarazo es un criterio de exclusión en todos los programas de desintoxicación ultracorta, seguido de patologías orgánicas graves e insuficiencia renal, entre otros.

No existen, hasta la fecha, ensayos controlados y estudios con una metodología experimental adecuada para conocer la eficacia y seguridad de este procedimiento frente a otros. En todo caso, las desintoxicaciones ultracortas, al igual que otros métodos de desintoxicación, no son más que un primer paso en la deshabituación de una dependencia opiácea, por lo que se hace necesario coordinar estos programas con aquellos que lleven a cabo las intervenciones destinadas a las otras fases del proceso de rehabilitación.

Dependencia psíquica y física de una droga

La dependencia psíquica o psicológica a una droga es la compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, etc). La dependencia psicológica es lo realmente difícil de superar en el proceso de deshabituación de una adicción. Para ello, es necesario propiciar cambios en la conducta y emociones de la persona, que le permitan funcionar psicológicamente (obtener satisfacción por vías no químicas, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones sociales, etc) sin necesidad de recurrir a las drogas.

La dependencia física se refiere a que la droga de la que se trate se ha incorporado al metabolismo del sujeto. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado

nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral aparece el síndrome de abstinencia, que es distinto para cada droga y depende, igualmente, de la cantidad de sustancia que se consuma y del estado físico y psíquico de la persona.

Drogas duras y drogas blandas

Como en cualquier actividad que se prolonga en el tiempo y que es objeto de constante estudio y análisis hay conceptos que se van superando y quedan obsoletos. En el fenómeno de las drogas, este es el caso de la distinción entre drogas “duras” o “blandas”. Estos conceptos representan una forma de clasificación simplista de las drogas, basado en criterios de ‘peligrosidad’, que tuvo una gran aceptación social en los años 80 y que actualmente no se utiliza en contextos profesionales, por inexacto. Hoy en día se sabe que la peligrosidad de las sustancias psicoactivas depende, a parte del tipo de sustancia en sí y su grado de toxicidad, de la vía de administración y de la dosis, entre otros aspectos. Utilizar la distinción de ‘duras’ y ‘blandas’ cuando se habla de drogas en estos momentos, además de incorrecto desde el punto de vista del conocimiento científico, provoca el afianzamiento de actitudes ineficaces para la prevención, en ciertos sectores de población.

Drogas y discapacidad

Los problemas que causan el alcohol, el tabaco y otras drogas pueden ser mayores cuando el consumidor es una persona con alguna discapacidad física o mental. Para estas personas, el proceso de recuperación se hace más difícil debido a diversas barreras que las personas sin discapacidad no tienen. Aunque no existen datos epidemiológicos en nuestro país sobre la prevalencia del consumo de drogas en esta población, si hay indicios de que sea significativamente importante, y ello por dos razones: el consumo regular de medicamentos, tanto psicoactivos como no, puede potenciar los efectos de las drogas que eventualmente puedan consumir, por ejemplo el alcohol; por otro lado, el alcohol, el tabaco y el consumo de otras drogas que existían con anterioridad a la discapacidad tiende a continuar y, en ocasiones, a empeorar, dado el estrés y las crisis que conlleva la adaptación a una nueva situación que afecta a la vida entera de una persona.

Drogodependencia

Generalmente, se considera la drogodependencia como el estado psíquico, a veces también físico, originado por la interacción entre un organismo vivo y una sustancia química que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentra una pulsión a consumir la sustancia, de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, evitar el malestar de su abstinencia. También se suele identificar este estado como abuso de drogas y adicción.

Los cuatro signos (síntomas) cardinales de la adicción son:

1. Obsesión. La conducta adictiva es, por lo general, apremiante y obsesiva. Cuando se es adicto a menudo no se puede pensar en otra cosa que no sea la droga, el modo de conseguirla, la forma de administrarla, etc. En general, la adicción es vivida como una obsesión que dirige gran parte del tiempo, energía y atención de la persona que la padece. El estilo de vida se vuelve monótono y ‘unimodal’: todo gira en torno a la adicción, y el resto de personas, cosas, intereses, obligaciones, etc. pasan a un plano secundario.

2. Consecuencias negativas. Lo que hace que una adicción sea nociva es que se vuelve en contra del que la padece y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. Pero más temprano que tarde, la conducta empieza a tener consecuencias negativas en la vida del adicto. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. Los más importantes son:

- **Relaciones:** La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.
- **Trabajo:** Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la o las drogas o recuperarse de su

uso, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio puesto de trabajo.

- **Economía:** Al destinar la mayor parte del dinero a comprar la droga o drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. En ocasiones, para poder sufragar los gastos de la adicción, el sujeto se puede ver obligado a recurrir a actividades ilegales.
- **Salud psíquica:** Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, tales como estados de ánimo negativos e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa. En ocasiones, el consumo de drogas es un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales graves que, con un estilo de vida sin drogas no hubieran aparecido.
- **Conducta:** La forma de conseguir y usar la droga se vuelve casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se hacen egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.
- **Salud Física:** La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, además de los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular y su forma de uso (p.e. hepatitis, tuberculosis, infección por VIH, etc.)

3. Falta de control. El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que, al tratar de controlarla, la voluntad resulta insuficiente. La sustancia o las actividades alrededor de la misma controlan a la persona, en lugar de ser al contrario. La falsa percepción de autocontrol es uno de los grandes paradigmas para entender las adicciones. Los drogodependientes creen que pueden controlar la droga: la cantidad, las dosis, la frecuencia, etc., sin embargo, nada hay más equivocado que esta creencia. Pensar que uno posee cierta omnipotencia frente a las drogas es una ingenuidad, y más aún, cuando ya existen antecedentes de consumo. Si para las personas abstemias resulta difícil controlar la ingestión de alcohol, para las personas

que tienen una historia de consumo y/o abuso de alcohol resulta muy difícil parar, decir no, o evitar una situación.

4. Negación. A medida que los adictos empiezan a acumular problemas (en el trabajo, el hogar, las relaciones), inevitablemente comienzan a negar dos cosas: a) que la droga y las actividades relacionadas constituyen un problema que no pueden controlar, y b) que los efectos negativos en sus vidas tienen alguna conexión con el uso de la droga y las actividades conexas. Como la negación es un proceso mental ficticio, negar la propia adicción o sus consecuencias significa, literalmente, estar fuera de contacto con la realidad. La negación puede asumir muchas formas:

- Negar terminantemente: *‘No, yo no tengo ningún problema’*.
- Minimizar el problema o sus consecuencias: *‘No es tan grave’*.
- Evitar el tema por completo: ignorarlo, negarse a abordarlo o desviar la atención a otro tema.
- Culpar a otros: *‘Quién no haría esto en mi situación’*.
- Racionalizar: *‘Lo mío no es tan grave’*, *‘Yo no estoy tan enganchado’*.

Drogas y personas mayores

Aunque las tendencias epidemiológicas indican que el consumo de alcohol y otras drogas disminuyen a medida que las personas se van haciendo mayores, los problemas con el alcohol y otras drogas entre las personas con más de 60 años pueden ser un importante riesgo para su salud y su seguridad, además de una preocupación para sus familias. Los estudios sobre el alcoholismo ponen en evidencia que el consumo de alcohol en las personas es constante a lo largo del tiempo. Algunas personas pueden aumentar su consumo como respuesta a situaciones estresantes relacionadas con la edad, como la jubilación y la viudez. Por otro lado, los cambios que se producen en el metabolismo en las personas mayores de 60 años

hacen que sean más vulnerables a los efectos del alcohol y esto, añadido a lo común que resulta entre los mayores mezclar medicamentos prescritos, incluyendo en ocasiones el alcohol, hace que los riesgos sean importantes. Las personas mayores con problemas de alcohol, a menudo tienen una mayor incidencia de enfermedades y de problemas tales como obstrucción pulmonar crónica, úlcera péptica, psoriasis, dependencia al tabaco, síndrome orgánico cerebral, trastornos afectivos, abuso o dependencia de medicamentos.

Embarazo y consumo de drogas

La mayoría de las drogas pasan directamente a través de la placenta de la madre al hijo y pueden afectar su salud en cualquier momento durante el embarazo, siendo especialmente nocivas a principio del embarazo, cuando los sistemas corporales principales del niño se están formando. Incluso, después del nacimiento, las drogas que pueda tomar la madre pueden ser pasadas al bebé durante la lactancia materna. El tabaquismo aumenta las posibilidades de un embarazo ectópico, aborto espontáneo, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer o síndrome de muerte infantil súbita. El consumo de alcohol en la madre durante el embarazo aumenta las posibilidades de tener un aborto espontáneo, bajo peso, hiperactividad o síndrome alcohólico fetal. En fin, la mayoría de las sustancias, independientemente de su estatus legal, pueden ocasionar nacimientos prematuros, bajo peso y muerte fetal.

Entregas vigiladas

Se denomina así a la técnica de investigación consistente en permitir que las remesas ilícitas de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, o de sustancias químicas necesarias para la elaboración de las mismas, y los bienes y ganancias procedentes del tráfico ilícito de ellas, o de otros delitos graves, puedan circular por territorio español o entrar o salir de él, sin impedimento de las autoridades o de sus agentes, pero sí bajo su vigilancia, con el fin de descubrir o identificar a las personas involucradas en el delito, o para prestar auxilio a autoridades extranjeras con este fin. Esta técnica está regulada en el artículo 263 bis. de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y necesita la autorización judicial del Juez de Instrucción del Ministerio Fiscal, o de los Jefes de las Unidades Orgánicas de la Policía Judicial.

Estrategias de prevención

Dada la enorme complejidad del problema de las drogas, los programas de prevención, o conjunto de actividades coordinadas cuyo objetivo general es afectar el consumo de drogas de determinadas poblaciones, son de distinto tipo según los objetivos específicos que pretendan conseguir. Es decir, según los aspectos y componentes concretos del problema sobre los que pretendan afectar. De acuerdo a estos fines, los programas de prevención desarrollan estrategias específicas que pretenden producir los cambios esperados. En este sentido, suelen considerarse que determinados programas de prevención desarrollan **estrategias de influencia** con el fin de incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de las personas receptoras del programa. Las campañas de prevención en los medios de comunicación pueden ser un ejemplo de este tipo de acciones. Otros programas de prevención llevan a cabo **estrategias para el desarrollo de competencias personales** ya que pretenden mejorar los recursos y habilidades personales para la vida cotidiana de los participantes del programa. Muchos programas de prevención escolares actuales son de este tipo e implican la utilización de sistemas activos de comunicación y participación. Ciertos programas de prevención pretenden influir en las normas comunitarias, los códigos y las actitudes, así como en los comportamientos públicos relativos a determinadas drogas mediante **estrategias de control**. Generalmente, estos programas incluyen acciones legales, económicas y de control de la sustancia, de su distribución y de su comercialización. Muchas medidas actuales de restricción con respecto al alcohol y al tabaco son ejemplos claros de este tipo de estrategias que tienen, fundamentalmente, un sentido de protección de la salud. Por último, hay programas que pretenden promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos que afecten a la salud mental de los individuos. Se dice que estos programas están desarrollando **estrategias de diseño ambiental** y pretenden mejorar el entorno físico y social de los ciudadanos para reducir el estrés que determinadas condiciones o situaciones implican. Serían ejemplos de esta línea de prevención la creación o disponibilidad de recursos de tiempo libre, culturales, etc. para un núcleo determinado de población en riesgo de consumo de drogas.

Evaluación de programas de prevención

La evaluación es un tipo de investigación que informa sobre si la intervención preventiva realizada ha sido eficaz, es decir, si ha conseguido los objetivos que pretendía. Actualmente es ineludible que cualquier acción destinada a la prevención de alguno de los factores del consumo de drogas sea sometida a una evaluación de sus resultados. Dada la complejidad y multitud de componentes que conforman cualquier actividad preventiva planificada, existen distintos niveles de evaluación. En general, se habla de **evaluación de proceso** cuando se pretende analizar los pasos dados para poner en marcha la intervención: los recursos utilizados, materiales, población alcanzada y estrategias para llegar a ella, costes del programa, etc. Cuando se pretende comprobar si se han producidos los cambios previstos en los objetivos específicos (cambios en los comportamientos, los conocimientos, las actitudes, etc.) se habla de **evaluación de resultados**. Por último, si se pretende conocer los resultados de la intervención en base a indicadores sociales y cambios macro-sociales durante seguimientos realizados a corto, medio o largo plazo, hay que realizar una **evaluación de impacto**. Existe una metodología específica para llevar a cabo estos niveles de evaluación y cada una de ellos requiere recursos y profesionales especialmente cualificados para realizar esta importante tarea.

Factores de protección para el consumo de drogas

Los factores de protección consisten en condiciones personales o sociales que, en teoría, reducen la probabilidad del consumo de drogas. Pueden alterar, e incluso invertir, los elementos que predicen un desarrollo negativo y permiten a las personas hacer frente a sucesos negativos de sus vidas. Los factores de protección individual destacados habitualmente en la literatura son la competencia social, las habilidades relacionadas con la resolución de problemas, la autonomía y la eficacia personal, el sentido de la finalidad y la capacidad para afrontar el futuro. En el ámbito familiar, son ejemplos de factores de protección el cuidado y la prestación de apoyo, el establecimiento de límites, y el fomento de la participación de los niños en la familia. Otros factores más generales son el éxito escolar y una vinculación sólida con las instituciones de promoción social.

Factores de riesgo para el consumo de drogas

Los factores de riesgo consisten en condiciones personales o sociales que, en teoría, aumentan la probabilidad del consumo de drogas. Las pruebas disponibles indican que los niños socialmente incompetentes y agresivos corren un riesgo mayor de tener problemas con las drogas que aquellos cuya integración es mejor. En varios estudios se ha puesto de manifiesto que conductas antisociales como la agresividad, permiten predecir, en etapas tan tempranas como la enseñanza primaria, una iniciación precoz en el consumo de sustancias y un posterior abuso de éstas. En la literatura se diferencian entre los factores de riesgo que afectan a los niños de corta edad, como es la falta de competencia social o la ausencia de apoyo social en la familia, los que afectan a los niños de mayor edad (falta de habilidades para la resolución de problemas, normas familiares negativas o déficit de autoestima) y los que son más específicos de los adolescentes (influencia negativa de los compañeros o reducción de la autoestima debido al período vital que se atraviesa).

Grupos de autoayuda

Grupos organizados de personas que se fundamentan en la premisa de que compartir con otros que tienen problemas similares puede ayudar emocionalmente a las personas con dificultades con el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo miembros de su familia y amigos. Ejemplos de estos grupos en nuestro país son Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados y Familias Unidas contra la Droga.

El apoyo y la ayuda mutua existen desde los mismos orígenes de la organización social y encarnan una filosofía que desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismas, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas. Esta filosofía ha encontrado aplicaciones en numerosos ámbitos de intervención social, además del de las adicciones a drogas, por ejemplo en la familia, la tercera edad, la enfermedad mental, las discapacidades y las enfermedades crónicas. Existe un Boletín periódico de Ayuda Mutua y Salud, editado por la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid que proporciona, además de artículos relevantes sobre el tema, un directorio de este tipo de organizaciones.

Habilidades para la vida

Destrezas que permiten abordar eficazmente las exigencias y los retos que plantea la vida diaria mediante la enseñanza de una conducta positiva y capacitada para la adaptación. Las habilidades para la vida mejoran la competencia individual, reducen la propensión al consumo de drogas y promueven la salud y el bienestar de niños y adolescentes. En las intervenciones o programas de prevención más eficaces suelen incluirse componentes que aborden el entrenamiento en distintas habilidades para la vida, en concreto, las que más se suelen trabajar son: la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, el pensamiento crítico, la comunicación eficaz, la capacidad para las relaciones interpersonales, el conocimiento de uno mismo, la empatía, la capacidad para afrontar las emociones y la fuerza moral.

Hijos de alcohólicos

Personas (niños, adolescentes o adultos) con, al menos, uno de los padres alcohólicos, actualmente o en el pasado. Los hijos de padres alcohólicos constituyen en la actualidad un importante grupo de alto riesgo en el campo de la dependencia a drogas. Estudios empíricos y clínicos han apoyado la hipótesis de que el alcoholismo paterno tiene un efecto adverso en el desarrollo de la personalidad de los hijos menores de 18 años. Los hijos de padres alcohólicos suelen mostrar baja autoestima, problemas sociales y escolares, confusión de roles y síndromes depresivos, entre otros tipos de trastornos de la personalidad.

Intervenciones tempranas

Medidas preventivas dirigidas a niños en edades en las que, según datos epidemiológicos, todavía no se ha instaurado el consumo de drogas. No existe una edad concreta que defina este punto; sin embargo, en general, se considera que antes de la adolescencia es menos frecuente la presencia del consumo de sustancias psicoactivas. La investigación en prevención indica que los programas de prevención del consumo de drogas deben aplicarse en general a edades tempranas, pero esto es especialmente indicado si existen riesgos para el consumo de drogas en el

contexto social en donde vive el niño. Además, la investigación señala que para que los programas sean eficaces deben adecuarse a cada edad y etapa del desarrollo, además de contemplar los aspectos sociales y culturales de los niños. También, los programas deben tener continuidad en el tiempo; así que, de acuerdo con los conocimientos actuales, se deben de evitar acciones puntuales cuando se realicen intervenciones preventivas con los niños.

No existen muchos programas de intervención temprana para niños entre nosotros. Un ejemplo, para niños de 5 a 9 años, es el programa de origen canadiense, traducido al castellano y al catalán *En la Huerta con mis Amigos*, cuyo objetivo es contribuir a la maduración psicoafectiva, la adquisición de hábitos de salud y el inicio de un trabajo preventivo sobre el abuso de drogas en niños pequeños. El programa es aplicado por profesores de Educación Infantil y Primaria y se sirve de 18 cuentos para ilustrar situaciones e historias que suelen vivir los niños de esta edad, a través de unas hortalizas, que son los personajes centrales de los cuentos. Temas tales como la solución mágica a los problemas, las consecuencias de hacer trampa y mentir, el miedo racional e irracional, la venganza, querer parecerse a otros, las diferencias físicas, los prejuicios y la discriminación, querer ser mayor, la libertad de elegir, entre otros, son ejemplos de los asuntos que abarca un programa de este tipo.

Lo que caracteriza a estos programas de intervención temprana es que no abordan el problema del consumo de drogas de una forma directa, sino que tratan de influir en aquellos antecedentes comportamentales y afectivos que la investigación etiológica más reciente ha mostrado que está en la génesis de un problema de drogas. La literatura en este campo ofrece información de otros programas, incluso para edades pre-escolares, que no están disponibles en nuestro país.

Ley del Fondo

Denominada formalmente Fondo de Bienes Decomisados, fue creado por la Ley 36/1995, de 11 de diciembre. El Fondo está integrado por los bienes, efectos e instrumentos decomisados por sentencia firme en procesos por narcotráfico y otros delitos relacionados. El producto de estos bienes está destinado por esta Ley a intensificar las actuaciones de prevención, investigación, persecución y represión

de estos delitos, la prevención de drogodependencias, la asistencia e inserción social y laboral de drogodependientes y la cooperación internacional en esta materia. Los beneficiarios de las cantidades integrantes del Fondo son las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, las Organizaciones no Gubernamentales o entidades privadas sin ánimo de lucro, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, el Servicio de Vigilancia Aduanera, la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, otros organismos o entidades públicas de la Administración General del Estado y los organismos internacionales con competencias en la materia. Para la gestión del Fondo y la adjudicación de los recursos existentes existe una Mesa de Coordinación de Adjudicaciones adscrita al Ministerio del Interior a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Marginación social y consumo de drogas

Tradicionalmente se consideraba a la marginación social como la situación de determinados individuos que, por limitaciones materiales, psíquicas o por otras circunstancias personales, no superaban el listón de las exigencias mínimas para tener una vida socialmente integrada. Desde principios de los años 80 se experimentó en nuestro país un nuevo fenómeno en el que ya no era el origen social de las personas el que determinaba el hecho de la marginación social, sino determinados comportamientos, en especial los relacionados con la drogodependencia.

Actualmente, no todo consumo de drogas conlleva necesariamente el fenómeno de la marginación social, incluso aunque se consuman sustancias ilegales. Para que el fenómeno de las drogas concorra con la marginación social, es necesario que la persona afectada adquiera un estilo de vida completamente centrado en su consumo, pierda muchos, o todos los lazos que mantenía en su vida sin consumo (sobre todo los relacionados con la formación, el trabajo y la familia) y adopte una subcultura marginal propia de los drogodependientes.

Cuando una persona adicta a drogas tiene un estilo de vida totalmente afectado por el hecho de ser un consumidor crónico de una sustancia psicoactiva y está siguiendo un programa de rehabilitación, es necesario que, tras las etapas de desintoxicación y deshabitación, se realicen acciones encaminadas a la reinser-

ción social, entre las que las medidas de formación profesional e incorporación a recursos prosociales: asociaciones, grupos de autoayuda, etc. son la clave de la normalización.

Materiales de prevención

Generalmente los programas de prevención del abuso de drogas utilizan recursos materiales para conseguir los objetivos específicos de la prevención. Tales materiales suelen ser manuales destinados a profesores, padres, alumnos u otros mediadores, guías, folletos, vídeos, carteles, artículos con diversos tipos de eslóganes (camisetas, bolígrafos, pegatinas), etc. Estos materiales son **instrumentos** de la estrategia de prevención y sirven para ejercitar y provocar los comportamientos necesarios para producir los cambios de conducta y actitudes que los programas de prevención sobre drogas promueven.

Negocio de las drogas (EI)

Hoy se sabe que el narcotráfico es una de las fuentes de ingreso más importante del crimen organizado; además, se ha podido relacionar a los traficantes de estupefacientes con las redes de prostitución, pornografía, venta de armas, trata de blancas y otras actividades delictivas. Por ello, debemos ser muy cautos con las informaciones que dan una idea de la gran proporción del negocio del narcotráfico que, si no es posible cuantificar con exactitud, sí se ha podido calcular que sus beneficios podrían estar cerca de los que obtiene la industria del petróleo. La profusión de noticias sobre pequeñas aprehensiones de alijos o la cuantificación económica de los mismos podría animar a algunos sectores de población a intentar una aventura económica de tan buenos resultados, sin pararse a pensar en los enormes riesgos que conlleva meterse en el complicado entramado de las mafias dominantes.

Niños y jóvenes ante las drogas

Los niños y adolescentes se suelen considerar un grupo vulnerable ante el consumo de alcohol y otras drogas. Estas etapas de la vida se caracterizan por

importantes cambios corporales, intelectuales y emocionales que se agudizan en la adolescencia. Todo ello frecuentemente genera una cierta tensión, a la que en ocasiones se suman otras dificultades del entorno familiar y escolar. Aunque la mayoría de los niños y adolescentes realizan una adaptación razonable a todos estos cambios, su natural vulnerabilidad está a expensas de las influencias del entorno y del marketing que se realiza de las distintas sustancias psicoactivas, en especial las legales. Los estudios epidemiológicos recientes muestran que las sustancias psicoactivas más consumidas por los chicos entre 14 y 18 años son el tabaco y alcohol. Entre los jóvenes se ha consolidado en los últimos años un patrón de consumo de alcohol que se caracteriza por:

- Producirse principalmente fuera del ámbito doméstico, en grupo y durante el fin de semana.
- Centrarse principalmente en el consumo de cerveza y combinados.
- Asociarse, con cierta frecuencia, con episodios de embriaguez.

La investigación sobre los factores de riesgo para el consumo de drogas ha identificado una serie de circunstancias precipitantes del problema de drogas en los niños y adolescentes; entre ellas están:

- Vivir en un entorno familiar problemático, sobre todo si existe un problema de drogas, alcohol, o psiquiátrico en alguno de los padres.
- Carecer los padres de las habilidades adecuadas para desarrollar las funciones paternas.
- Carecer de vínculos afectivos entre padres e hijos.
- Experimentar reiteradamente fracaso escolar.
- Asociarse con compañeros problemáticos.

Cuando se realizan programas de prevención dirigidos a niños o adolescentes, se recomienda que se incluya a los padres en el marco de la intervención, a fin de que puedan reforzar lo que los hijos aprenden con el programa y se posibili-

te una discusión abierta en el interior de las familias sobre el consumo legal e ilegal de estas sustancias y surjan normas familiares al respecto.

Padres y prevención

En general, está ampliamente aceptado que la prevención del consumo de drogas es tarea de todos y las familias tienen un papel indiscutible dentro de ella. Es en el seno de las familias donde se fraguan, en buena parte, los modelos de conducta a seguir y donde se forma la personalidad de la mayoría de las personas. El potencial preventivo de los padres en este campo no surge espontáneamente. Dada la complejidad del problema de drogas, es necesario cultivar y alimentar las posibilidades de prevención a través de la participación activa en las distintas actuaciones organizadas tanto por la Administración como por las entidades de iniciativa social: Escuelas de Padres y Madres, implicación en programas escolares de prevención, participación en charlas, etc.

Estas actuaciones tienen por objetivo que los padres y las madres estén informados acerca de las drogas y sus efectos para que sepan dar respuesta a las preguntas e inquietudes de sus hijos, entiendan que las drogodependencias son un fenómeno con múltiples aristas que no se produce únicamente en ambientes marginales, potencien actitudes, valores y estilos de vida saludables en sus hijos y, conozcan los recursos que tienen a su alcance para contribuir a la prevención del uso indebido de drogas, entre otras. En definitiva, se trata de que los padres tengan las habilidades necesarias para disminuir los factores de riesgo y potenciar los de protección que les son más propios.

Las estrategias preventivas que corresponden al ámbito familiar son:

- Informar y concienciar de los riesgos del abuso de drogas.
- Formar en valores y actitudes opuestos al abuso de drogas.
- Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables.
- Impulsar y fortalecer habilidades personales y sociales.

- Potenciar y fortalecer los vínculos positivos con la familia y otras instituciones prosociales.

Planes Regionales/Autonómicos sobre Drogas

Los Planes Regionales sobre Drogas, también denominados Planes Autonómicos, son instrumentos para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogas dentro de una Comunidad o Ciudad Autónoma determinada del Estado Español. Generalmente, sirven como marco conceptual de referencia para el establecimiento de una cooperación entre las instituciones públicas y privadas y la iniciativa social en el ámbito territorial correspondiente.

Patología dual

Se denomina patología dual a la coexistencia, en un mismo sujeto, de un trastorno por adicción a drogas y un trastorno psiquiátricos. Los trastornos de personalidad son el diagnóstico más prevalente entre los trastornos psíquicos de los drogodependientes, seguidos de los trastornos de ansiedad. Los adictos con estos trastornos concomitantes presentan una peor evolución durante la rehabilitación que los que no los tienen. Hay teorías que indican que el drogodependiente encuentra una ‘solución’ a estos trastornos con el consumo de sustancias psicoactivas (la teoría de la automedicación). Cuando un drogodependiente presenta patología dual, el recurso terapéutico que se hace cargo del problema debe abordar ambos trastornos de forma integrada.

Precursores

Son aquellas sustancias químicas y otros productos que son susceptibles de ser utilizados en el cultivo, la producción o la fabricación ilícita de drogas. Estas sustancias y productos son los que se encuentran recogidos en los cuadros I y II de la Convención de las Naciones Unidas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988, sobre tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, o los que se añan-

dan a los mismos en el futuro. Su comercio y producción están regulados por la Ley 3/1996, de 10 de enero, y su tráfico o producción ilícitos constituyen un delito.

Prevención de drogas

Todo tipo de intervenciones dirigidas a reducir la demanda de sustancias psicoactivas capaces de crear problemas personales y sociales, tanto por su uso como por su abuso y capaces, en muchos casos, de producir dependencia o adicción. Definiciones más amplias incluyen en este campo las acciones dirigidas a reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo de drogas. La prevención es un campo profesional y de conocimiento relativamente reciente, pero que en los últimos años ha conseguido, a través de la investigación, desarrollar una tecnología que proporciona las líneas básicas y principios, así como modelos de 'buena práctica' para cualquier actuación que pretenda lograr prevenir alguno de los múltiples factores que influyen en el problema de las drogas. La mayoría de las intervenciones dirigidas a prevenir el problema ocasionado por el consumo de drogas pretenden uno o varias de estas actuaciones:

- Disminuir la prevalencia del consumo de estas sustancias.
- Retrasar la edad de inicio en el uso de sustancias.
- Reducir los usos problemáticas de las drogas.
- Prevenir o disminuir los daños asociados al consumo de drogas.

Programa de tratamiento con metadona

Conjunto de actividades y recursos coordinados dirigidos a ayudar a los adictos a opiáceos, generalmente a la heroína, a utilizar drogas alternativas como la metadona bajo control médico, de forma que cause el menor daño físico y social, reduciendo el riesgo de infección por VIH. Los programas de metadona se incluyen dentro del tipo de programas de mantenimiento y utilizan el derivado opiáceo metadona. Es una de las opciones en los Programas de Reducción de Daños. La

metadona tiene una vida media larga, pudiéndose administrar oralmente de forma diaria con supervisión. El objetivo de estos programas puede ser eliminar o reducir el consumo de heroína, o reducir el daño que produce una forma particular de administración, como es el de la inyección, así como los problemas asociados para la salud y las consecuencias sociales de esta conducta.

Programa de intercambio de jeringuillas

Intervenciones en el ámbito de los Programas de Reducción de Daños, dirigidas a proporcionar jeringuillas y material de inyección limpias a cambio de las usadas a fin de evitar la práctica de intercambio de jeringuillas y, por tanto, del riesgo de infección por el VIH y otras enfermedades.

Programas libres de droga

Conjunto de intervenciones flexibles y amplias para drogodependientes y sus familias en su mismo entorno social y de residencia. Estos programas no utilizan drogas sustitutivas en el marco de sus intervenciones. Los métodos que utilizan incluyen terapia individual, de grupo y de familia, asistencia psicosocial y de salud, intervenciones en crisis y apoyo social y educativo. La mayoría de los centros de atención a las drogodependencias (CAD) que conforma la red asistencial pública suelen realizar este tipo de programas, junto a otras opciones terapéuticas de tipo residencial, hospitalaria y, en menor medida, sustitutivas.

Reducción de daños

Intervenciones coordinadas dirigidas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas. Las intervenciones dirigidas a la reducción de daños no tienen como meta detener el consumo de drogas. Existen estudios que informan que un elevado porcentaje de la población toxicómana de las grandes ciudades nunca contactan con la red asistencial. Este conjunto de drogodependientes, que en algunos contextos se les llama residuales por ser los casos fracasados tras múltiples intentos terapéuticos o porque permanecen en una situación de inaccesibilidad a la ofer-

ta terapéutica convencional, suponen un reservorio de enfermedades transmisibles (sida, hepatitis, tuberculosis, etc) que, independientemente de otras consideración, por sí mismo justifica el desarrollo de intervenciones específicas que se ajusten mejor a las posibilidades reales de acción. Una de las actividades de este tipo de enfoque pragmático es el trabajo de calle, que en contextos internacionales se conoce como “*outreach work*”. El trabajo de calle consiste en actividades a nivel comunitario que pretenden contactar con las personas que no acuden a los servicios terapéuticos existentes. Un elemento clave de este trabajo es el contacto activo con los grupos de riesgo, en un entorno donde se sienten a gusto, manteniendo una relación estrecha con ellos en lugar de esperar a que vayan a los centros. Otros ejemplos de actuaciones de reducción de daños son los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de inyección con material estéril desechable, las narcosalas, las unidades móviles para distribuir jeringuillas y preservativos, centros de acogida para personas sin hogar, planes de mantenimiento con heroína u otros opiáceos, entre otros.

Rehabilitación de drogodependencias

Proceso a través del cual una persona que tiene un problema de drogodependencia logra un estado óptimo de salud, de funcionamiento psicológico y de bienestar social. La rehabilitación se inicia después de una primera etapa en el proceso de recuperación, que puede incluir desintoxicación y tratamiento médico o psiquiátrico. Abarca una variedad de intervenciones que van desde psicoterapia individual, familiar, terapias de conducta para prevenir la recaída, participación en grupos de auto-ayuda, residencia temporal en comunidad terapéutica o centros de día y terapia ocupacional, entre otros.

Reinserción en drogodependencias

La mayor parte de los modelos de atención a las drogodependencias incluyen intervenciones dirigidas a la reinserción del drogodependiente. En general, esta fase de la rehabilitación global se refiere a conectar e incorporar a la persona en tratamiento con la realidad social a la que pertenece y conseguir motivar y cambiar las actitudes para un estilo de vida abstinentes. Naturalmente, el tipo de acciones a rea-

lizar para la reinserción social depende del análisis y evaluación individual de cada caso, que suele hacerse al principio del proceso de rehabilitación y se va nutriendo de la evolución de las etapas sucesivas (por ejemplo, desintoxicación y deshabitación). En realidad, la etapa de reinserción no comienza tras la finalización de otra anterior, si no que se solapa con ella y muchos de los logros y dinámicas de la deshabitación van dirigidos a potenciar la incorporación social o normalización de la persona en tratamiento por adicción a drogas. Medidas características de este tipo de intervención son los programas de formación laboral, los de integración laboral y los de apoyo residencial, entre otros.

Sustancias psicoactivas (drogas)

Las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen un impacto sobre el Sistema Nervioso Central y modifican su funcionamiento. Se trata de un término más preciso que su equivalente ‘droga’, pues incluye a los medicamentos que pueden ser prescritos adecuadamente. Las sustancias psicoactivas son muchas y se suelen analizar bajo diversos criterios (según su origen, su estructura química, su acción farmacológica, su aceptación socio-cultural, etc). Una forma sencilla y útil de catalogarlas es la siguiente:

- 1. Depresoras** del Sistema Nervioso Central (SNC): disminuyen el nivel de funcionamiento del SNC; incluyen: el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, heroína), los barbitúricos y sedantes o tranquilizantes, los inhalables (pegamentos, gasolina, solventes) y los anestésicos. Su nombre no significa que produzcan un estado emocional de depresión o tristeza, sino un enlentecimiento del funcionamiento psíquico y físico.
- 2. Estimulantes** del SNC: aceleran el funcionamiento del SNC y producen la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física. Los principales estimulantes son: la cocaína y sus derivados, las anfetaminas y la cafeína.
- 3. Alucinógenos:** producen grandes modificaciones en la percepción, generando alucinaciones sobre todo de tipo visual. Los más comunes son el LSD, los hongos “mágicos” y la mescalina, pero hay muchos más.

4. Sustancias “mixtas”: producen efectos de dos o más de las categorías anteriores. Aquí solo mencionaremos dos ejemplos: el hachís y el éxtasis, este último, sustancia sintética que tiene propiedades estimulantes similares a las de las anfetaminas y algunas vagamente alucinógenas, similares a las de la mescalina.

Toxicidad

Capacidad de una sustancia psicoactiva de alterar el nivel de conciencia, las funciones vitales y la conducta tras su administración en dosis excesivas. Todas las drogas tienen un nivel determinado de alteración y de disfunción tanto a nivel orgánico como a nivel psíquico. El grado de toxicidad depende de la sustancia que se consume, la dosis, la vía de administración, así como la tolerancia que haya desarrollado el consumidor a esa sustancia.

Uso y abuso de las drogas

La conceptualización de distintos niveles de uso o consumo de drogas puede ser útil en el campo de la prevención, del asesoramiento o, incluso, el de la información en general, para determinar el nivel de problema que puede ocasionar un consumo concreto de drogas y qué posibilidades de intervención existen.

La palabra “consumo” es preferible a otras tales como toxicomanía, drogadicción, farmacodependencia, porque simplemente describe un hecho que puede presentarse con varias formas:

1. Consumo experimental: se refiere a ensayos fortuitos, generalmente con amigos íntimos, dentro de un margen de tiempo limitado y con un consumo total inferior a 10 ensayos. La motivación fundamental en este caso suele ser la curiosidad.

2. Consumo socio-recreativo: se trata de un uso más regular que en la categoría anterior. El consumo de una droga o drogas tiene lugar voluntariamente entre amigos y conocidos, y se busca compartir una experiencia

agradable. El motivo principal de uso es la facilitación del comportamiento social, con efectos rápidos y pasajeros y sin consecuencias posteriores importantes. Los sujetos que presentan este nivel de consumo no parecen tender a un uso incontrolado y casi nunca consumen solos. A partir de este nivel de consumo y los siguientes, se puede considerar la existencia de ‘abuso’ ya que el sujeto puede llegar a consumir a pesar de los problemas que pueda presentar esta conducta, por ejemplo, reacciones físicas adversas.

3. Consumo circunstancial-situacional: se refiere a un consumo autolimitado y con un propósito específico, con patrones variables de cantidad, frecuencia y duración. Un ejemplo, podría ser el consumo de alguna sustancia que se realiza en las fiestas de fin de año.

4. Consumo intenso, también identificado como ‘abuso’: implica consumir la sustancia por lo menos una vez al día, a pesar de los problemas que pueda generar. En los sujetos que realizan este tipo de consumo y el siguiente se presenta la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia, como resultado del aumento de las reacciones negativas y la disminución de las positivas.

5. Consumo compulsivo: el sujeto necesita ingerir la sustancia psicoactiva varias veces al día y no lo hace socialmente, ni por obtener beneficios, sino más bien para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado. En este nivel de consumo se presenta dependencia, por la cual el sujeto no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones de funcionamiento psíquico.

El término ‘abuso’ incluye 4 criterios:

1. Uso maladaptativo de una sustancia que causa impedimento o malestar clínicamente significativo.
2. Uso recurrente de la sustancia que resulta en incapacidad de responder ante obligaciones mayores en el trabajo, la escuela o la familia.

3. Uso recurrente de una sustancia en situaciones en las que es físicamente peligrosos, o en las que pueden aparecer problemas legales relacionados con el uso recurrente de la sustancia.
4. Continuación del uso a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes que son causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Unidades de desintoxicación

Las unidades de desintoxicación hospitalaria, frecuentemente denominadas UDH, son recursos específicos de tratamiento para la desintoxicación de drogas, insertos en la estructura hospitalaria pública, o privada con financiación pública, en todo el territorio nacional. Se accede a estos servicios por derivación de un recurso de primer nivel de la red asistencial de drogodependencias, tras la evaluación inicial del problema de drogas que presente el sujeto. Frecuentemente, los centros de atención a las drogodependencias (CAD) realizan estas derivaciones a las UDH que tienen asignadas dentro de su red. La desintoxicación en medio hospitalario es una de las opciones a elegir por los técnicos del equipo multiprofesional que suelen componer estos centros. Para ser candidato a esta modalidad de desintoxicación, es necesario cumplir el perfil que define cada servicio. A menudo, este perfil incluye la presencia de alguna patología orgánica asociada al problema de drogas, el embarazo, o cualquier otra razón que no haga posible la desintoxicación en medio ambulatorio y donde sea prioritario el cuidado médico intenso. Tras la desintoxicación en una UDH es necesario continuar el proceso de recuperación en otro dispositivo asistencial, bien de tipo ambulatorio o en régimen de ingreso, por ejemplo en Comunidad Terapéutica para lograr la rehabilitación integral de una drogodependencia.

Capítulo 8

ANEXOS

8.1. LISTAS DE DROGAS ILEGALES SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL

Estupefacientes incluidos en la Lista I de la Convención de 1961 y/o en el Grupo I de la Convención de 1931

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Acetilmetadol	3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano
Acetil-alfa-metilfentanil	N-[1-(alfa-metilfenetil)-4-piperidil]acetanilida
Acetorfina	3-O-acetiltetrahydro-7alfa-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endo-eteno-oripavina
Alfacetilmetadol	alfa-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano
Alfameprodina	alfa-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina
Alfametadol	alfa-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol
Alfa-metilfentanil	N-[1-(alfa-metilfenetil)-4-piperidil]propionanilida

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Alfa-metiltiofentanil	N-[1-[1-metil-2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida
Alfaprodina	alfa-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina
Alfentanil	N-[1-[2-(4-etil-4,5-dihidro-5-oxo-1H-tetrazol-1-il)etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil]-N-fenilpropanamida
Alilprodina	3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina
Anileridina	éster etílico del ácido 1-para-aminofenetil-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Becitramida	1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-bencimidazolínil)-piperidina
Bencetidina	éster etílico del ácido 1-(2-benciloxietil)-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Bencilmorfina	3-0-bencilmorfina
Betacetilmetadol	beta-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano
Beta-hidroxifentanil	N-[1-(beta-hidroxifenetil)-4-piperidil]propionanilida
Beta-hidroxi-3-metilfentanil	N-[1-(beta-hidroxifenetil)-3-metil-4-piperidil]propionanilida
Betameprodina	beta-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina
Betametadol	beta-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol
Betaprodina	beta-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina
Butirato de dioxafetilo	etil-4-morfolín-2,2-difenilbutirato
Cannabis y resina de cannabis	cañamo índico y resina de cañamo índico
Cetobemidona	4-meta-hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina
Clonitaceno	2-para-clorobencil-1-dietilaminoetil-5-nitrobencimidazol

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Coca (hoja de)*	
Cocaína	éster metílico de la benzoilecgonina*
Codoxima	dihidrocodeinona-6-carboximetiloxima
Concentrado de paja de adormidera	el material que se obtiene cuando la paja de adormidera ha entrado en un proceso de concentración de sus alcaloides, en el momento en que pasa al comercio
Desomorfina	dihidrodeoximorfina
Dextromoramida	(+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]-morfolina
Diampromida	N-[2-(metilfenetilamino)-propil]propionanilida
Dietiltiambuteno	3-dietilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno
Difenoxilato	éster etílico del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidín-4- carboxílico
Difenoxina	ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipeecótico
Dihidromorfina	
Dimefeptanol	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol
Dimenoxadol	2-dimetilaminoetil-1-etoxi-1,1-difenilacetato
Dimetiltiambuteno	3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno
Dipipanona	4,4-difenil-6-piperidín-3-heptanona
Drotebanol	3,4-dimetoxi-17-metilmorfinán-6-beta,14-diol

*De acuerdo con las disposiciones de la Convención de 1961, al elaborar la previsiones y las estadísticas, los preparados hechos directamente de hoja de coca y con un contenido de cocaína superior al 0,1% deberán considerarse como preparados de hoja de coca.

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Ecgonina	sus ésteres y derivados que sean convertibles en ecgonina y cocaína
Etilmetiltiambuteno	3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno
Etonitaceno	1-dietilaminoetil-2-para-etoxibencil-5-nitrobencimidazol
Etorfina	tetrahidro-7-alfa-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoeteno-ori-pavina)
Etoxeridina	éster etílico del ácido 1-[2-(2-hidroxi-etoxi)-etil]-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Fenadoxona	6-morfolín-4,4-difenil-3-heptanona
Fenampromida	N-(1-metil-2-piperidinoetil)-propionanilida
Fenazocina	2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfan
Fenomorfán	3-hidroxi-N-fenetilmorfinán
Fenoperidina	éster etílico del ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Fentanil	1-fenetil-4-N-propionilanilinopiperidina
Furetidina	éster etílico del ácido 1-(2-tetrahidrofurfuriloxietil)-4-fenilpiperidín-4- carboxílico
Heroína	diacetilmorfina
Hidrocodona	dihidrocodeinona
Hidromorfinol	14-hidroxi-dihidromorfina
Hidromorfona	dihidromorfinona
Hidroxi-petidina	éster etílico del ácido 4-meta-hidroxifenil-1-metilpiperidín-4-carboxílico

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Isometadona	6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona
Levofenacilmorfán	(-)-3-hidroxi-N-fenacilmorfínán
Levometorfán**	(-)-3-metoxi-N-metilmorfínán
Levomoramida	(-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil] morfina
Levorfanol**	(-)-3-hidroxi-N-metilmorfínán
Metadona	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona
Metadona, intermediario de la	4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano
Metazocina	2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfán
Metildesorfina	6-metil-delta-6-deoximorfina
Metildihidromorfina	6-metildihidromorfina
3-metilfentanil	N-(3-metil-1-(fenetil-4-piperidil)propionanilida
3-metiltiofentanil	N-[3-metil-1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida
Metopón	5-metildihidromorfinona
Mirofina	miristilbencilmorfina
Moramida, intermediario de la	ácido 2-metil-3-morfolín-1,1-difenilpropano carboxílico
Morferidina	éster etílico del ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidín-4-carboxílico

** El dextrometorfán ((+)-3-hidroxi-N-metilmorfínán) y el dextrorfán ((+)-3hidroxi-N-metil-morfínán) son isómeros que están expresamente excluidos de esta Lista.

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Morfina***	
Morfina, bromometilato de	y otros derivados de la morfina con nitrógeno pentavalente, incluyendo en particular los derivados de N-oximorfina
MPPP	1-metil-4-fenil-4-propionato de piperidina (éster)
Nicomorfina	3,6-dinicotinilmorfina
Noracimetadol	(±)-alfa-3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenilheptano
Norlevorfanol	(-)-3-hidroximorfinán
Normetadona	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona
Normorfina	demetilmorfina) o (morfina N-demetilada
Norpipanona	4,4-difenil-6-piperidín-3-hex ³ anona
N-oximorfina	
Opio***	
Oxicodona	14-hidroxi-dihidrocodeinona
Oximorfona	14-hidroxi-dihidromorfinona
Para-fluorofentanil	4'-fluoro-N-(1-fenil-4-piperidil)propionanilida
PEPAP	1-fenil-4-fenil-4-acetato de piperidina (éster)
Petidina	éster etílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Petidina, intermediario A de la	4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina

*** De conformidad con lo que dispone la convención de 1961, para los efectos de las previsiones y las estadísticas, todos los preparados hechos directamente a partir del opio deberán considerarse como opio (preparados). Cuando los preparados no estén hechos directamente a partir del opio mismo, sino que se obtengan mezclando los alcaloides del opio (como ocurre, por ejemplo, con el pantopón, el omnopón y el papaveretum) deberán considerarse como morfina (preparados).

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Petidina, intermediario B de la	éster etílico del ácido 4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Petidina, intermediario C de la	ácido 1-metil-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Piminodina	éster etílico del ácido 4-fenil-1-(3-fenilaminopropil)-piperidín-4-carboxílico
Piritramida	amida del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidín)-piperidín-4- carboxílico
Proheptacina	1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazacicloheptano
Properidina	éster isopropílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidín-4-carboxílico
Racemetorfán	(±)-3-metoxi-N-metilmorfinán
Racemoramida	(±)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]-morfolina
Racemorfán	(±)-3-hidroxi-N-metilmorfinán
Sufentanil	N-[4-(metoximetil)-1-[2-(2-tienil)-etil]-4-piperidil]propionanilida
Tebacón	acetildihidrocodeinona
Tebaína	
Tilidina	(±)-etil-trans-2-(dimetilamino)-1-fenil-3-ciclohexeno-1-carboxilato
Tiofantán	N-[1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida
Trimeperidina	1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina

y: los isómeros, a menos que estén expresamente exceptuados, de los estupefacientes de esta Lista, siempre que la existencia de dichos isómeros sea posible dentro de la nomenclatura química especificada en esta Lista;

los ésteres y éteres de los estupefacientes enumerados en la presente Lista, siempre y cuando no figuren en otra Lista, y la existencia de dichos ésteres o éteres sea posible;

las sales de los estupefacientes enumerados en esta Lista, incluso las sales de ésteres, éteres e isómeros en las condiciones antes expuestas, siempre que sea posible formar dichas sales.

Estupefacientes incluidos en la Lista II de la Convención de 1961 y/o en el Grupo II de la Convención de 1931

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Acetildihidrocodeína	
Codeína	3-0-metilmorfina
Dextropropoxifeno	propionato de alfa-(+)-4-dimetilamino-1,2-difenil-3-metil-2-butanol
Dihidrocodeína	
Etilmorfina	3-0-etilmorfina
Folcodina	morfolinietilmorfina
Nicocodina	6-nicotinilcodeína
Nicodicodina	6-nicotinildihidrocodeína
Norcodeína	N-demetilcodeína
Propiramo	N-(1-metil-2-piperidín-etil)-N-2-piridilpropionamida

y: los isómeros, a menos que estén expresamente exceptuados, de los estupefacientes de esta Lista, siempre que sea posible formar dichos isómeros dentro de la nomenclatura química especificada en esta Lista;

las sales de los estupefacientes enumerados en esta Lista, incluso las sales de los isómeros en las condiciones antes expuestas, siempre que sea posible formar dichas sales.

Preparados incluidos en la Lista III de la Convención de 1961

1. Preparados de:

- Acetildihidrocodeína,
- Codeína,
- Dihidrocodeína,
- Etilmorfina,
- Folcodina,
- Nicocodina,
- Nicodicodina y
- Norcodeína

cuando estén mezclados con uno o varios ingredientes más y no contengan más de 100 mg de estupefacientes por unidad de dosificación, y la concentración no exceda al 2,5% en los preparados no divididos.

2. **Preparados de:** Propiramo que no contengan más de 100 mg de propiramo por unidad de dosificación y estén mezclados con la misma cantidad por lo menos de metilcelulosa.

3. **Preparados de:** Dextropropoxifeno para uso oral que no contengan más de 135 mg de dextropropoxifeno por unidad de dosificación, o con una concentración no superior al 2,5% en preparados no divididos, siempre que tales preparados no contengan ninguna sustancia que sea objeto de fiscalización con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

4. **Preparados de:** Cocaína que no contengan más del 0,1% de cocaína calculado en cocaína base y;

Preparados de: Opio o morfina que no contengan más del 0,2% de morfina calculado en morfina base anhidra y estén mezclados con uno o varios ingredientes más, de tal manera que el estupefaciente no pueda separarse por medios sencillos o en cantidades que constituyan un peligro para la salud pública.

5. **Preparados de:** Difenoxina que no contengan, por unidad de dosificación, más de 0,5 mg de difenoxina y una cantidad de sulfato de atropina equivalente, como mínimo, al 5% de la dosis de difenoxina.

6. **Preparados de:** Difenoxilato que no contengan, por unidad de dosificación, más de 2,5 mg de difenoxilato calculado como base y una cantidad de sulfato de atropina equivalente, como mínimo, al 1% de la dosis de difenoxilato.

7. **Preparados de:** Pulvis ipecacuanhae et opii compositus

10% de polvo de opio
10% de polvo de raíz de ipecacuana, bien mezclados con
80% de cualquier otro ingrediente en polvo, que no contenga estupefaciente alguno.

8. Los preparados que respondan a cualesquiera de las fórmulas enumeradas en la Lista y mezclas de dichos preparados con cualquier ingrediente que no contenga estupefaciente alguno.

Estupefacientes incluidos en la Lista IV de la Convención de 1961 y/o en el Grupo II de la Convención de 1931

ESTUPEFACIENTE	DESCRIPCION/DENOMINACION QUIMICA
Acetil-alfa-metilfentanil	N-[1-(alfa-metilfenetil)-4-piperidil]acetanilida
Acetorfina	3-O-acetiltetrahydro-7-alfa-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoeteno-oripavina
Alfa-metilfentanil	N-[1-(alfa-metilfenetil)-4-piperidil]propionanilida
Alfa-metiltiofentanil	N-[1-[1-metil-2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida
Beta-hidroxifentanil	N-[1-(beta-hidroxifenetil)-4-piperidil]propionanilida
Beta-hidroxi-3-metilfentanil	N-[1-(beta-hidroxifenetil)-3-metil-4-piperidil]propionanilida
Cannabis (cáñamo índico) y su resina	
Cetobemidona	4-meta-hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina
Desomorfina	dihidrodeoximorfina
Etorfina	tetrahydro-7-alfa-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoeteno-oripavina
Heroína	diacetilmorfina
3-metilfentanil	N-(3-metil-1-fenetil-4-piperidil)propionanilida
3-metiltiofentanil	N-[3-metil-1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida
MPPP	1-metil-4-fenil-4-propionato de piperidina (éster)
Para-fluorofentanil	4'-fluoro-N-(1-fenetil-4-piperidil)propionanilida
PEPAP	1-fenetil-4-fenil-4-acetato de piperidina (éster)
Tiofentanil	N-[1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida

y: las sales de los estupefacientes enumerados en esta Lista siempre que sea posible formar dichas sales.

Sustancias incluidas en las Listas I, II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Las denominaciones que aparecen en la columna de la izquierda son las Denominaciones Comunes Internacionales (DCI). Únicamente se indican otras denominaciones comunes o vulgares en aquellos casos en que aún no se ha propuesto ninguna DCI o cuando tales denominaciones se utilizan corrientemente para designar las sustancias. Las sales de las sustancias enumeradas en las Listas también están sometidas a fiscalización internacional en todos aquellos casos en que la existencia de dichas sales es posible.

SUSTANCIAS DE LA LISTA I

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
BROLANFETAMINA	DOB	(±)-4-bromo-2,5-dimetoxi- α metilfenetilamina
CATINONA		(-)-(S)-2-aminopropiofenona
NO CONSTA	DET	3-[2-(dietilamino)etil]indol
NO CONSTA	DMA	(±)-2,5 dimetoxi α metilfenetilamina
NO CONSTA	DMHP	3-(1,2-dimetilheptil)-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol
NO CONSTA	DMT	3-[2-(dimetilamino)etil]indol
NO CONSTA	DOET	(±)-4-etil-2,5-dimetoxi α fenetilamina
ETICICLIDINA	PCE	N-etil-1-fenilciclohexilamina

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
ETRIPTAMINA		3-(2-aminobutil)indol
(+)-LISÉRGIDA	LSD, LSD-25	9,10-didehidro-N,N-dietil-6-metilergolina-8 βcarboxamida
NO CONSTA	MDMA	(±)-N, αdimetil-3,4-(metilenedioxi)fenetilamina
NO CONSTA	mescalina	3,4,5-trimetoxifenetilamina
NO CONSTA	metcatinona	2-(metilamino)-1-fenilpropan-1-ona
NO CONSTA	4-metilaminorex	(±)-cis-2-amino-4-metil-5-fenil-2-oxazolina
NO CONSTA	MMDA	2-metoxiαmetil-4,5-(metilenedioxi)fenetilamina
NO CONSTA	N-etil MDA	(±)-N-etilαmetil-3,4-(metilenedioxi)fenetilamina
NO CONSTA	N-hidroxi MDA	(±)-N-[αmetil-3,4-(metilenedioxi)fenetil]hidroxilamina
NO CONSTA	parahexilo	3-hexil-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol
NO CONSTA	PMA	p-metoxiαmetilfenetilamina
PSILOCIBINA		fosfato dihidrogenado de 3-[2-(dimetilaminoetil)]indol-4-ilo
NO CONSTA	psilocina, psilotsina	3-[2-(dimetilamino)etil]indol-4-ol

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
ROLICICLIDINA	PHP, PCPY	1-(1-fenilciclohexil)piperidina
NO CONSTA	STP, DOM	2,5-dimetoxi- α -4-dimetilfenetilamina
TENANFETAMINA	MDA	α -metil-3,4-(metilenedioxi)fenetilamina
TENOCICLIDINA	TCP	1-[1-(2-tienil)ciclohexil]piperidina
NO CONSTA	etrahidrocannabinol,	los siguientes isómeros y sus variantes estereoquímicas: 7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo [b,d]pirano-1-ol (9R,10aR)-8,9,10,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo [b,d] pirano-1-ol (6aR,9R,10aR)-6a,9,10,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol (6aR,10aR)-6a,7,10,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol 6a,7,8,9-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol (6aR,10aR)-6a,7,8,9,10,10a-hexahidro-6,6-dimetil-9-metileno-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol
NO CONSTA	TMA	(\pm)-3,4,5-trimetoxi- α -metilfenetilamina

SUSTANCIAS DE LA LISTA II

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
ANFETAMINA	anfetamina	(±)αmetilfenetilamina
DEXANFETAMINA	dexanfetamina	(+)αmetilfenetilamina
FENCICLIDINA	PCP	1-(1-fenilciclohexil) piperidina
FENETILINA		7-[2-[(αmetilfenetil)amino]etil]teofilina
FENMETRACINA		3-metil-2-fenilmorfolina
LEVANFETAMINA	levanfetamina	(-)-(R)- αmetilfenetilamina
NO CONSTA	levometanfetamina	(-)-N, αdimetilfenetilamina
MECLOCUALONA		3-(o-clorofenil)-2-metil-4(3H)-quinazolinona
METACUALONA		2-metil-3-o-tolil-4(3H)-quinazolinona
METANFETAMINA	metanfetamina	(+)-(S)-N, αdimetilfenetilamina
METILFENIDATO		metil a-fenil-2-acetato de piperidina
RACEMATO DE METANFETAMINA	racemato de metanfetamina	(±)-N, αdimetilfenetilamina
SECOBARBITAL		ácido 5-alil-5-(1-metilbutil)-barbitúrico
DRONABINOL*	delta-9-tetrahidro cannabinol y sus variantes estereoquímicas	(6aR,10aR)-6a,7,8,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H- dibenzo [b,d]pirano-1-ol
ZIPEPROL		α(αmetoxibenil)-4-(β metoxifenetil)-1-piperazi-naetanol

SUSTANCIAS DE LA LISTA III

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
AMOBARBITAL		ácido 5-etil-5-isopentilbarbitúrico
BUPRENORFINA		21-ciclopropil-7- α -[(S)-1-hidroxi-1,2,2-trimetilpropil]-6,14-endoetano-6,7,8,14-tetrahidrooripavina
BUTALBITAL		ácido 5-alil-5-isobutilbarbitúrico
CATINA	(+)-norpseudo-efedrina	+)-(R)- α [(R)-1-aminoetil]alcohol bencílico
CICLOBARBITAL		ácido 5-(ciclohexen-1-il)-5-etilbarbitúrico
FLUNITRAZEPAM		5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona
GLUTETIMIDA		2-etil-2-fenilglutari-mida
PENTAZOCINA		(2R*,6R*,11R*)-1,2,3,4,5,6-hexahidro-6,11-dimetil-3-(3-metil-2-butenil)-2,6-metano-3-benzazocin-8-ol
PENTOBARBITAL		ácido 5-etil-5-(1-metilbutil)barbitúrico

SUSTANCIAS DE LA LISTA IV

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
ALOBARBITAL		ácido 5,5-dialilbarbitúrico
ALPRAZOLAM		8-cloro-1-metil-6-fenil-4H-s-triazolo[4,3- α][1,4]benzodiazepina
AMINOREX		2-amino-5-fenil-2-oxazolina
ANFEPRAMONA	dietilpropion	2-(dietilamino)propiofenona
BARBITAL		ácido 5,5-dietilbarbitúrico
BENZFETAMINA	benzfetamina	N-bencil-N, α -dimetilfenetilamina
BROMAZEPAM		7-bromo-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
BROTIZOLAM		(2-bromo-4-(o-clorofenil)-9-metil-6H-tieno[3,2-f]-s-triazolo[4,3- α][1,4]diazepina
NO CONSTA	butobarbital	ácido- 5-butil-5-etilbarbitúrico
CAMAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzo-diazepin-2-ona dimetilcarbamato (éster)
CLOBAZAM		7-cloro-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-diona

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
CLONAZEPAM		5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
CLORAZEPATO		ácido-7-cloro-2,3-dihidro-2-oxo-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-carboxílico
CLORDIAZEPÓXIDO		7-cloro-2-(metilamino)-5-fenil-3H-1,4-óxido-4-benzodiazepina
CLOTIAZEPAM		5-(o-clorofenil)-7-etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno [2,3-e]-1,4-diazepin-2-ona
CLOXAZOLAM		10-cloro-11b-(o-clorofenil)-2,3,7,11b-tetrahidro-oxazolo[3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona
DELORAZEPAM		7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
DIAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
ESTAZOLAM		8-cloro-6-fenil-4H-s-triazolo[4,3- α][1,4]benzodiazepina
ETCLORVINOL		1-cloro-3-etil-1-penteno-4-in-3-ol
ETILANFETAMINA	N-etilanfetamina	N-etil- α -metilfenetilamina

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
ETINAMATO		carbamato de 1-etinilciclohexanol
FENCANFAMINA		N-etil-3-fenil-2-norbornanamina
FENDIMETRACINA		(+)-(2S,3S)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina
FENOBARBITAL		ácido 5-etil-5-fenilbarbitúrico
FENPROPOREX		(±)-3-[(“-metilfenetil)amino]propionitrilo
FENTERMINA		α,α-dimetilfenetilamina
FLUDIAZEPAM		7-cloro-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
FLURAZEPAM		7-cloro-1-[2-(dietilamino)etil]-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
HALAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
HALOXAZOLAM		10-bromo-11b-(o-fluorofenil)-2,3,7,11b-tetrahidrooxazolo [3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona
KETAZOLAM		11-cloro-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-[1,3]-oxazino[3,2-d][1,4]benzodiazepin-4,7(6H)-diona

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
LEFETAMINA	SPA	(-)-N,N-dimetil-1,2-difeniletilamina
LOFLAZEPATO DE ETILO		etil 7-cloro-5-(o-fluorofenil)-2,3-dihidro-2-oxo-1H-1,3-carboxilato-4-benzodiazepina
LOPRAZOLAM		6-(o-clorofenil)-2,4-dihidro-2-[(4-metil-1-piperacil)metileno]-8-nitro-1H-imidazo[1,2-a][1,4]benzodiazepin-1-ona
LORAZEPAM		7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
LORMETAZEPAM		7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
MAZINDOL		5-(p-clorofenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo[2,1-a]isoindol-5-ol
MEDAZEPAM		7-cloro-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina
MEFENOREX		N-(3-cloropropil)- α -metil-fenilamina
MEPROBAMATO		dicarbamato de 2-metil-2-propil-1,3-propanodiol
MESOCARBO		(imina de 3-(α -metilfenil)-N-(fenilcarbamoi)sidnona)

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
METILFENOBARBITAL		ácido 5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico
METIPRILONA		3,3-dietil-5-metil-2,4-piperidino-diona
MIDAZOLAM		8-cloro-6-(o-fluorofenil)-1-metil-4H-imidazo[1,5-a][1,4]benzodiazepina
NIMETAZEPAM		1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
NITRAZEPAM		1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
NORDAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
OXAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
OXAZOLAM		10-cloro-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazolo [3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona
PEMOLINA		2-amino-5-fenil-2-oxazolina-4-ona(= 2-imino-5-fenil-4-oxazolidinona)
PINAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2H-1,4-benzo-diazepin-2-ona
PIPRADROL		1,1-difenil-1-(2-piperidil)-metanol

DENOMINACIONES COMUNES INTERNACIONALES (DCI)	OTRAS DENOMINACIONES COMUNES O VULGARES	DENOMINACIÓN QUÍMICA
PIROVALERONA		4'-metil-2-(1-pirrolidinil) valerofenona
PRAZEPAM		7-cloro-1-(ciclopilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
SECBUTABARBITAL		ácido 5-sec-butil-5-etilbarbitúrico
TEMAZEPAM		7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
TETRAZEPAM		7-cloro-5-(1-ciclohexen-1-il)-1,3-dihidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona
TRIAZOLAM		8-cloro-6-(o-clorofenil)-1-metil-4H-s-triazolo[4,3-a][1,4] benzodiazepina
VINILBITAL		ácido 5-(1-metilbutil)-5-vinilbarbitúrico

8.2. RELACIÓN BÁSICA DE NORMAS ESTATALES EN VIGOR

Leyes orgánicas

- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana [Artículos 23 h); 25; 26 d) y 28].
- Ley Orgánica 5/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de perfeccionamiento de la acción investigadora relacionada con el tráfico ilegal de drogas y otras actividades ilícitas graves.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de Represión del Contrabando.

Leyes

- Ley 17/1967, de 8 de abril, de Normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas.
- Código Civil. Reforma introducida por la Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio (Artículo 82.4ª).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 5/1988, de 22 de marzo, por la que se crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas.
- Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad (arts. 3 y 8).

- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
- Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales.
- Ley 21/1994, de 6 de julio, por la que se modifica el artículo 338 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre destrucción de la droga decomisada.
- Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la creación de un fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
- Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
- Ley 5/1997, de 24 de marzo, de reforma del texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo (Artículo único. A.5).
- Ley 61/1997, de 19 de diciembre, de modificación de la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (arts. 89 a 98).
- Ley 36/1999, de 18 de octubre, de concesión del subsidio por desempleo y de garantías de integración sociolaboral para los delincuentes toxicómanos que hayan visto suspendida la ejecución de su pena, de conformidad con lo previsto en la legislación penal.

Reales Decretos Legislativos

- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores [Artículo 54.2 f)].

Reales Decretos

- Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regula la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos.
- Real Decreto 709/1982, de 5 de marzo, sobre publicidad y consumo de tabaco.
- Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y actividades recreativas (art. 60.2).
- Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.
- Real Decreto 75/1990, de 19 de enero por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.
- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
- Real Decreto 1573/1993, de 10 de septiembre, por el que se somete a ciertas restricciones la circulación de los productos psicotrópicos.
- Real Decreto 925/1995, de 9 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales.

- Real Decreto 2023/1995, de 22 de diciembre de creación de la Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas.
- Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. (artículos: 51.1 y 51.4; 102.5,f); 115; 116.1, 2 y 3; 154.4; 164; 175.2.c); 183; y 199.2).
- Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio de Interior. (artículos 1.1; y 6).
- Real Decreto 79/1997, de 24 de enero, por el que se modifica la composición y estructura del Grupo Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.
- Real Decreto 364/1997, de 14 de marzo, por el que se modifica la estructura y funciones de determinados órganos colegiados del Ministerio del Interior en materia de lucha contra el tráfico de drogas.
- Real Decreto 864/1997, de 6 de junio, por el que se aprueba el Reglamento del fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
- Real Decreto 865/1997, de 6 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
- Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

- Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre, por el que se modifican los artículos 20 y 23 del Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 13/1992, de 17 de enero.

Convenios internacionales

- Convención única, sobre Estupefacientes, de 30 de marzo de 1961, enmendada por Protocolo de 25 de mayo de 1972. Nueva York, 8 de agosto de 1975.
- Convenio sobre sustancias psicotrópicas. Viena, 21 de febrero de 1971.
- Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988.

8.3. DIRECCIONES ÚTILES

Administración del Estado

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
C/Recoletos nº 22.
28001 MADRID
Telf.: 91/537.26.91 - 537.26.88 -537.27.00
Fax: 91/537.27.88
Correo electrónico: cendocu@.mir.es
- Agencia Española del Medicamento
División de Estupefacientes
Príncipe de Vergara, 54
28006 MADRID
Telf.: 91/431.18.36 -576.45.35
Fax: 91/593.15.00

- Unidad Central de Estupefacientes - Comisaría General de Policía Judicial
Gran Vía de Hortaleza, s/n
28043 MADRID
Telf.: (91) 582.25.54
Fax: (91)300.39.03
- Instituto Nacional de Toxicología
Luis Cabrera, 9
28002 MADRID
Telf.: (91) 562.04.20
Centro de Información Toxicológica. Telf.: (91) 562.84.69
- Planes Autonómicos sobre Drogas

C.A. de Andalucía

Héroes de Toledo, s/n
EDIFICIO JUNTA DE ANDALUCÍA
41006 SEVILLA
Tel: 95/455.42.25
Fax: 95/455.41.35
Tel. atención al público: 900.200.514

C.A. de Aragón

Pº María Agustín, 36
50071 ZARAGOZA
Tel: 976/71.43.14
Fax: 976/71.43.40
Tel. atención al público: 976/75.40.00
Correo electrónico: areadrog.salpubl.san@aragob.es

C.A. del Principado de Asturias

General Elorza, 35
33001 OVIEDO
Tel: 98/510.65.42/510.65.43
Fax: 98/510.65.78
Tel. atención al público: 98/510.65.64
Correo electrónico: drsp@salud.asturias.org

C.A. de las Islas Baleares
Cecilio Metelo, 18
07003 PALMA DE MALLORCA
Tel.: 971/17.68.88
Fax: 971/17.68.89
Tel: atención al público: 971/71.17.83

C.A. de Canarias
Rambla General Franco, 53
38006 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tel.: 922/47.43.65
Fax: 922/47.43.65

C.A. de Cantabria
Hernán Cortés, 9 - 2ª planta
39002 SANTANDER
Tel: 942/20.77.99-92
Fax: 942/20.77.93
Tel. atención al público: 942/20.77.00

C.A. de Castilla La Mancha
Avda. de Francia, 4
45005 TOLEDO
Tel: 925/26.72.67 - 26.71.17
Fax: 925/26.71.94

C.A. de Castilla y León
Avda. de Burgos, 5
47071 VALLADOLID
Tel: 983/41.36.60/41.36.70
Fax: 983/41.37.42
Tel. atención al público: 983/41.36.74 y 900.10.11.00

C.A. de Cataluña

Travessera de les Corts, 131-159
08028 BARCELONA
Tel: 93/227.29.00, ext. 1166
Fax: 93/227.29.90
Tel. atención al público: 93/412.04.12

C.A. de Extremadura

Pº. de Roma, s/n
06800 MERIDA (Badajoz)
Tel: 924/38.53.77
Fax: 924/38.57.81
Tel. atención al público: 900.21.09.94

C.A. de Galicia

Edificio Administrativo San Cayetano, Bloque 2- 2º
15771 SANTIAGO DE COMPOSTELA (La Coruña)
Tel: 981/54.18.59
Fax: 981/54.18.65

C.A. de la Comunidad de Madrid

Agustín de Foxá, 31, 3ª
28036 MADRID
Tel: 91/580.99.01/03
Fax: 91/580.99.09
Tel. atención al público: 580.99.35

C.A. de la Región de Murcia

Ronda de Levante, 11 - 4ª planta
30008 MURCIA
Tel: 968/36.20.34
Fax: 968/20.16.14
Tel. atención al público: - Prevención: 36.22.55
- Tratamiento: 36.20.73 - 36.26.57

C.A. de Navarra

Amaya, 2, A
31002 PAMPLONA
Tel: 948/42.14.40
Fax: 948/42.35.10

C.A. del País Vasco

Duque de Wellington, 2
01010 VITORIA
Tel: 945/01.81.04
Fax: 945/01.93.11

C.A. de La Rioja

Villamediana, 17
26071 LOGROÑO
Tel: 941/29.11.00, ext. 4173
Fax: 941/29.11.47
Tel. atención al público: 941/29.11.60

C.A. de la Comunidad Valenciana

Pº Alameda, 16
46010 VALENCIA
Tel: 96/386.67.30
Fax: 96/386.72.53
Tel. atención al público: 900.15.15.15

Ceuta

Centro de Atención a Drogodependientes
Juan de Juanes, 4
11702 CEUTA
Tel: 956/50.33.59
Fax: 956/50.92.93

Melilla

Avda. de la Marina Española, 6
52001 MELILLA
Tel: 952/67.54.24 y 67.00.20
Fax: 952/67.80.80

Organismos Internacionales:

- Programa de las Naciones Unidas de Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, División de gestión de Proyectos y Promoción.
Departamento de Información Pública.
Naciones Unidas.
Nueva York, N.Y. 10017
Tel.: (212) 963-0353/4896
Fax: (212) 963-4556
Télex: 12 61 71 (EE.UU.)
42 05 44 (internacional)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
Centro Internacional de Viena
Despacho E-1339
Apartado Postal 500
A-1400 Viena
Austria
Telf.: (43-1) 26060
Télex: 135612
Telefax: (43 1) 26060-5867/26060-5868
Dirección Cablegráfica: unations vienna
Correo electrónico: secretariat@incb.org

- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías
Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25
PT-1149-045 Lisboa
Portugal
Telf: ++351 1 811 3000
Fax: ++351 1 813 1711
e-mail: info@emcdda.org

Otros Teléfonos de Interés

- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)
Telf.: (91) 383.84.30
Fax: (91) 302.69.79
- Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente (UNAD)
Telf.: (91) 542.49.66
Fax: (91) 542.84.30
- Cruz Roja Española
Telf.: (91) 335.44.44
Fax: (91) 335.44.55

Capítulo 9

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- AGENCIA ANTIDROGA. Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 1999
- BLANCO CORDERO, I. El delito de blanqueo de capitales. Aranzadi Editorial. Pamplona, 1997.
- CLIMENT DURAN, C. y otros. Las drogas en el nuevo Código Penal. Doctrina, Jurisprudencia y Formularios. Editorial Práctica de Derecho. Valencia, 1998.
- JOSHI JUBER, J. Los delitos de tráfico de drogas I. Un estudio analítico del artículo 368 C.P. J.M. Bosch Editor. Barcelona, 1999.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Ministerios de Interior. Madrid, 1997.
- PRIETO RODRÍGUEZ, J.I. El delito de tráfico y el consumo de drogas en el ordenamiento jurídico penal español. Segunda edición. Aranzadi Editorial. Pamplona, 1993.