

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS

MADRID

FACULTAD DE TEOLOGIA

**REFLEXION ETICA CRISTIANA
SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE
LA DROGA.**



TESINA DE LICENCIATURA

JUAN LUIS NEGRON DELGADO

DIRECTOR: JAVIER GAFO S.J.

MAYO DE 1996

V = B =

Sanz / G F

Dedico este trabajo a mis padres Irma y Juan Francisco que me dieron la vida. A mí amigo Miguel Mendoza que me enseñó a vivir el sacerdocio con fortaleza y alegría, y a mis amigos del Colegio Mayor Loyola con los que he compartido la vida.

INDICE

0.-INTRODUCCION	6
I.-FARMACOLOGIA DE LA DROGA	13
1. Concepto Droga	14
2. Etiología de la drogadicción	18
3. Clasificación y tipos de drogas	21
3.1 Opiáceos	22
3.2 Psicoestimulantes mayores	28
A) Cocaína	28
B) Anfetaminas	34
3.3 Psicodepresores	37
A) Barbitúricos	37
3.4 Cannabis	39
3.5 Alucinógenos	43
4. Metadona como alternativa	46
5. Tabla (dependencia física, dependencia psicológica, tolerancia)	51
II.-REFLEXION DEL MAGISTERIO	52
0. Introducción	53
1. Visión general	58
2. Causas	60
3. Narcotráfico	63
4. Situación Internacional	66
5. Aspecto Cultural	68
6. Reflexión moral	69
6.1. Nueva esclavitud	69
6.2. Liberación y esperanza	71
7. Respuesta de la Iglesia	73
8. Resumen	78

III.- DEBATE SOBRE POLITICA PROHIBICIONISTA VS LIBERALIZACION	80
0. Introducción	81
1. Actual Política Prohibicionista	83
1.1. Fundamentación	86
1.2. Convención de la ONU de 1988	89
1.3. Relación droga-delinuencia	92
1.4. Rol del Derecho Penal	95
1.5. Resumen	101
2. La postura despenalizadora y legalizadora de las drogas	104
2.1. Política ineficaz	105
2.2. Coste social	108
2.3. Marginalidad del consumidor	109
2.4. Saturación del Sistema de Justicia Penal	110
2.5. Problema sanitario	112
2.6. Actitud paternalista	113
2.7. Medidas indiscriminatorias de control	114
2.8. Política internacional intervencionista	116
2.9. Fomento de la corrupción	118
2.10. Mal enfoque del problema	119
2.11. Hacia una nueva política de las drogas	123
A) Nuevo enfoque	124
B) Principio de autonomía y autodeterminación	125
C) Control administrativo	126
D) Intervención del Derecho Penal sólo para	127
E) Aplicación a nivel internacional	127
IV.- EL PROBLEMA ETICO	128
0. Introducción	129
1. Planteamiento del problema ético	131
1.1. Marciano Vidal	131
1.2. Javier Gafo	136
1.3. Francisco Javier Elizari	139

1.4. Eduardo López Azpitarte	140
1.5. Urbano Sánchez García	143
1.6. L. Rossi (Nuevo Diccionario de Teología Moral)	144
2. Síntesis de la valoración moral	147
V. CONCLUSIONES	149
VI.- BIBLIOGRAFIA	153



INTRODUCCION

El momento histórico actual presenta una gran interés por el fenómeno de las drogas. No son pocas las áreas del saber humano en las que hoy en día se hace referencia a este fenómeno, así nos lo indica el profesor Javier Gafo: "El tema del consumo de drogas se ha convertido en uno de los más candentes y dramáticos de nuestro tiempo, en el que inciden elementos claramente nuevos."¹ Las drogas tienen tras de sí una ya larga historia que se remonta a los primeros escritos históricos que conocemos. Desde tiempos muy antiguos está atestiguado el recurso a las drogas con diversos fines: rituales, iniciación, diagnósticos, terapéuticos, se afirma que "estos usos, para unos fines y otros, estaba bastante normalizado por la sociedad."²

Se considera que las culturas china, egipcia, romana y árabe, utilizaron las drogas con fines religiosos, mágicos y en la iniciación de misterios cálticos. Datos históricos confirman que "las caravanas de comerciantes que traficaban en Asia Menor durante los siglos IX y X incluían dentro de sus productos determinadas drogas."³ Excavaciones en poblados lacustres de algunos lagos suizos y el norte de Italia -fechables hacia 2500 a.C.- han descubierto semillas de adormidera cultivada (*papaver somniferum*). La primera noticia escrita sobre adormidera aparece en tablillas sumerias del tercer milenio antes de Cristo.⁴

¹ GAFO J., *10 Palabras Clave en Bioética*, Estella, Navarra, 1994, 305.

² ELIZARI F., *Bioética*, Paulinas, Madrid, 1991, 315.

³ GAFO J., *10 Palabras...*, 305.

⁴ Varios., *Las Drogas: De Ayer A Mañana*, Talasa, Madrid, 1994,39.

En el siglo XVII, los comerciantes holandeses empezaron a fumar opio para combatir la malaria en Formosa y Jamaica. Parece que en esa misma época comenzó a difundirse el uso del opio en China, donde hasta el siglo XVIII no se usa con fines médicos. Los mercaderes portugueses primero y, luego, los ingleses lograban importantes beneficios traficando con el opio en las costas chinas.

Son varios los factores históricos que aportan a la difusión de las drogas "a partir de mediados del siglo XIX entramos en una nueva fase de amplia difusión de las drogas, con la colaboración de los siguientes factores: mayor disponibilidad de productos, desarrollo de los sistemas de comunicación, factores socio-económicos, emigración y rápida urbanización, cambios en la mentalidad y en los valores sociales."⁵ El uso del opio fue introducido en EE.UU. por los *coolies* o peones chinos que trabajaron en la construcción de la red de ferrocarriles en el siglo XIX. Existen noticias de que durante la Guerra Civil (1861-1865) se cultivaron plantaciones de opio en algunas granjas y que en 1865 la adicción al opio era considerada como enfermedad en el ejército. Sin embargo, no existían regulaciones que prohibieran su uso y se podía comprar droga en las farmacias sin necesidad de receta médica.

Un momento importante en la historia de las drogas tiene lugar en 1806, cuando Friedrich Setürner logra aislar el alcaloide más importante y activo del opio, la morfina.⁶ Los médicos no tardan en comenzar a usarla como calmante aplicado a los heridos de guerra franco-prusiana. Años después, en 1898, H. Dreseer, trabajando en la policlínica Bayer, en la Universidad de Berlín, logra sintetizar un derivado de la morfina y más potente que ésta, al que llamó heroína, cuyo poder analgésico era muy superior al de la morfina. A comienzos del siglo XX se inicia la producción de barbitúricos, cuya difusión ha sido masiva posteriormente.

⁵ ELIZARI F., *Bioética*, 315.

⁶ GAFO J., *10 palabras...*, 306.

En otros ámbitos culturales debe citarse la planta *cannabis sativa*, conocida desde antiguo por sus efectos como droga. El producto extraído del cannabis "ha recibido distintos nombres: hachís (procedente de la resina de la planta), marihuana (que se extrae de sus hojas secas), kiff en Marruecos y Francia, grifa (o griffa en México). Son todos derivados de esa planta, el cáñamo indio. Su gran difusión en el mundo occidental comienza en el siglo XX."⁷

Una droga que ha tenido una gran importancia en los movimientos contraculturales occidentales de los años 60 es el LSD-25. Fue descubierta accidentalmente por un investigador de la Compañía Sandoz en Basilea, Albert Hofmann. Trabajando en vísperas de la II Guerra Mundial (1938) con el cornezuelo, un hongo que germina en el centeno, consiguió la síntesis de la dietilamida del ácido lisérgico, que fue enumerada con el número 25 en una lista de productos. Años más tarde en 1943, Hofmann inhaló inadvertidamente una pequeña dosis que le produjo "fantásticas visiones, extraordinariamente vividas".⁸

La problemática del consumo de drogas ha venido incrementándose en los últimos años en diferentes países como España, EE.UU. y Puerto Rico. Se asegura que "aun cuando existen múltiples caracterizaciones del drogodependiente típico, basándose especialmente en su nivel cultural e intelectual, extracción social, circunstancias familiares, etc., es cierto que el gran problema de la droga afecta a distintas áreas de la población que incluso se escapan de tales caracterizaciones."⁹

Marciano Vidal en su obra *Moral de Actitudes* afirma que para captar el sentido del fenómeno de las drogas es necesario partir de esta realidad: la posibilidad que tiene el hombre de cambiar su vida psíquica mediante la utilización de ciertas sustancias (naturales o

⁷ Ibid., p.307.

⁸ Ibid.

⁹ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas de Abuso: Un Reto Sanitario*, Estudios 53, Madrid, 1994, 14.

artificiales). Cuando esta posibilidad se verifica nos encontramos con el hecho de las drogas.¹⁰ Esto puede ser interpretado de muchas maneras. Entre estas interpretaciones encontramos las siguientes:

- *relación de dependencia*, es la relación patológica del hombre con la droga, se identifica la falta de libertad entre la persona y una sustancia determinada, en este caso se habla de "toxicomanía." En esta situación de dependencia, se identifica un amplio espectro, que va desde la utilización normal hasta la dependencia patológica, pasando por una progresiva intensificación del hábito.

- *un deseo o búsqueda de placer*, lo decisivo está en la apetencia de goce. El hombre prolonga así sus posibilidades normales de gozar: "La moral tradicional se situó fundamentalmente en esta perspectiva al colocar estos problemas dentro de la virtud de la templanza."¹¹

- *la evasión*, en este caso la droga se utiliza para escaparse de la realidad, para vivir en la inacción, en un mundo de irrealidad. Lo decisivo de este comportamiento radica en eludir la necesaria responsabilidad humana.

- *provocar un cambio de situación de la persona*: esta interpretación es prolongación de la anterior en términos más personales. Al no poder hacerse un cambio desde el sistema de referencias y posibilidades del sujeto, se recurre a un procedimiento más económico desde el punto de vista psíquico: evasión mediante el uso de drogas.

La aproximación ética al fenómeno de la droga puede hacerse por diversos flancos, Marciano Vidal asegura: "La droga es un hecho de tal amplitud significativa que ofrece muchos aspectos para la consideración ética."¹² El vacío moral de la civilización es el contexto

¹⁰ VIDAL M., *Moral de la Persona y Bioética Teológica*, PS, Madrid, 1991, 194.

¹¹ *Ibid.*, p.195.

más amplio y el factor envolvente en relación con el fenómeno de la droga. Pero este vacío no es algo abstracto, sino que se manifiesta a través de las estructuras sociales. La droga manifiesta profundas carencias éticas en la sociedad actual. Se considera que "el camino de la droga -desde la producción al consumo pasando por el tráfico comercial- es uno de los caminos de la injusticia social."¹³

Thomas Szasz hablando del abuso de drogas señala: "A mi entender el abuso de drogas es un asunto convencional; es un tema que pertenece a la antropología y a la sociología, a la religión y al derecho, a la ética y la criminología; pero no, sin duda a la farmacología."¹⁴

El fenómeno de las drogas, dada su magnitud en la vida de la sociedad actual, se presenta como lugar preferente para la reflexión teológica moral. La elección del tema de la problemática de las drogas para este trabajo está motivado por la situación social que vive Puerto Rico como resultado de este fenómeno. En el trabajo pastoral no son pocas las ocasiones en que nos encontramos con el dolor y el sufrimiento del drogodependiente o el de su familia. Cuando llegó el momento de continuar estudios teológicos, estos no podían ser al margen de la vida personal y pastoral.

El recurso de la carrera en Ciencias Farmacéuticas unido a la preparación teológica y la sensibilidad pastoral hacia el problema social, de mayor envergadura en Puerto Rico, no podían llevar por otro camino. Entrar en una reflexión de la problemática de las drogas desde un paradigma científico y ético cristiano se hace necesario y urgente.

En este trabajo encontramos una referencia frecuente a la realidad de la problemática de las drogas en los EE.UU. Esto se debe a dos razones: a) EE.UU. es el país abanderado y promotor de la política prohibicionista hacia las drogas, con gran influencia en convenios y

¹² Ibid., p.202.

¹³ Ibid., p.206.

¹⁴ SZASZ T., *Droga y Ritual*. F.C.E., Madrid, 1990, 31.

acuerdos internacionales; y b) La ley federal implantada en EE.UU., con su enfoque prohibicionista, aplica totalmente a Puerto Rico como territorio estadounidense.

Este enfoque prohibicionista hacia las drogas se encuentra cuestionado por aquellos que presentan dentro del debate internacional argumentos a favor de un enfoque liberalizador. Este trabajo busca unificar la información farmacológica de las drogas, el debate actual sobre la política prohibicionista versus la política liberalizadora de las drogas, al hacer énfasis en el tema ético.

La política liberalizadora trae consigo nuevos enfoques del fenómeno de las drogas, nuevas formas de aproximación al problema y nuevas actitudes por parte del Estado y la comunidad. El objetivo de esta tesina es presentar el debate actual sobre la problemática de las drogas y la reflexión ética cristiana sobre el tema. No pretendemos en ningún momento promover alguna política con respecto al fenómeno de las drogas. Creemos que es momento de diálogo y reflexión ante esta problemática. El debate es muy reciente y se va extendiendo en los diferentes foros nacionales e internacionales. Es necesario que la teología, en este caso la ética, asuma con actitud reflexiva y dialogante el actual reto.

CAPITULO 1: FARMACOLOGIA DE LA

DROGA

1. CONCEPTO DROGA

El término droga desde el punto de vista de la farmacología se define como todo medicamento que cura, previene o alivia una enfermedad. Sin embargo, no es fácil dar una definición de lo que es "droga", dado el amplio espectro que presenta. La más significativa, por la autoridad de la organización de la que procede, es la de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.): "Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste."¹⁵ Se trata de una definición intencionalmente amplia, ya que abarca tanto los medicamentos destinados preferentemente al tratamiento de una enfermedad, como también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.

Nos podemos encontrar con definiciones más restrictivas, como es la de GISBERT CALABUIG, que define droga como: "Sustancias psicotrópicas que producen dependencia y que se absorben voluntariamente para provocar determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente."¹⁶ Otra definición es la de Segarra: "Un fármaco, en algunos casos utilizado como medicamento, que actúa sobre el sistema nervioso central, en su esfera psíquica y que es capaz de estimular o inhibir sus funciones pudiendo ocasionar tolerancia, dependencia psíquica y física."¹⁷

En torno al término droga hay que incluir los siguientes conceptos implicados:

- **adicción** podemos decir que, "se refiere al estilo de vida que supone la drogodependencia, en general tanto física como psicológica, pero principalmente conlleva el consumo compulsivo continuo y la implicación desbordante con la droga."¹⁸

¹⁵FARRERAS P. y ROZMAN C., *Medicina Interna*, Mosby-Doyma, Madrid, 1995, 1603.

¹⁶ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas de Abuso...*, 13.

¹⁷ Cf. *10 Palabras claves en Bioética*, 308.

¹⁸ BERKOW R. y otros, *El Manual Merck*, MSD, West Point, Pa., 1989, 1639.

- **dependencia psicológica** que se caracteriza por, "Sentimientos de satisfacción y un deseo de repetir la administración de la droga para producir placer o para evitar el malestar."¹⁹ Este estado mental es un potente factor implicado en el consumo crónico de drogas psicotrópicas. En el caso de algunas drogas, la dependencia psicológica puede ser el único factor implicado en el intenso deseo y el consumo compulsivo.

- **dependencia física** se define como, "Un estado de adaptación a la droga que se acompaña del desarrollo de tolerancia y se manifiesta con un síndrome de retirada o de abstinencia."²⁰

- **tolerancia** se define como "estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto."²¹

La dependencia física y la tolerancia no acompañan a todas las formas de drogodependencias.

- **síndrome de abstinencia:** se caracteriza por "cambios fisiológicos indeseados que se producen cuando se interrumpe el consumo de drogas o cuando su efecto es contrarrestado por un antagonista específico."²²

- **dependencia cruzada** es "la capacidad de una droga para suprimir las manifestaciones de deseo o necesidad y suprimir el síndrome de abstinencia producido no sólo por ésta, sino también por otra droga del mismo tipo o a veces de otro anexo. La dependencia cruzada puede ser parcial o completa."²³

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ FARRERAS P. y ROZMAN C., *Medicina...*, 1603.

²² BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1639.

²³ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*, Panamericana, México, 1994, 518.

- *tolerancia cruzada* es "el fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro anexo; por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa."²⁴

Las drogas que producen dependencia actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Por ello, deben considerarse como drogas aquellos productos cuyo mecanismo básico de acción se sitúa en el SNC. Los efectos presentados por éstas en el SNC son: reducción de la ansiedad y de la tensión, júbilo, euforia u otros cambios de humor placenteros para el consumidor, sentimientos de aumento de la capacidad física y mental, modificación de la percepción sensorial y cambios de comportamiento. De ahí el acertado nombre de "drogas psicotrópicas", para distinguirlas de otros fármacos que no tienen inmediatamente ese efecto.

Cuando hablamos de abuso de drogas hay que enmarcarlo dentro de la desaprobación social e incluye diferentes tipos de comportamiento:

- 1). Consumo experimental y recreativo de drogas.
- 2). Consumo de drogas psicotrópicas para aliviar problemas y síntomas.
- 3). Consumo inicial de drogas por las razones anteriores y posteriormente desarrollo de drogodependencia. Se continúa con el consumo al menos parcialmente buscando prevenir las molestias de la abstinencia..

Es obvio que el problema del consumo de drogas provoca, al menos, cuatro tipos de situaciones médico-sanitarias, sobre los cuales girará otra multitud de problemas sociales, criminalísticos e incluso políticos.²⁵ Esta realidad podría afrontarse desde cuatro panorámicas distintas:

- 1) Problemas sanitarios derivados de los efectos farmacológicos o fisiológicos de la droga que aparecen de forma aguda tras su consumo.

²⁴ FARRERAS P. y ROZMAN C., *Medicina...*, 1603.

²⁵ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas...*, 15.

2) Problemas sanitarios que surgen de los efectos nocivos que pueden causar los distintos adulterantes (sustancias añadidas a la droga con alguna actividad químico-farmacológica), impurezas (sustancias que acompañan a la droga y que se originan en su proceso de fabricación o extracción y cuya presencia obedece a una mala depuración de la sustancia final) o diluyentes (sustancias añadidas a la droga con objeto de aumentar su peso y volumen pero con escasos o nulos efectos químico-farmacológicos).

3) Problemas sanitarios que surgen a largo plazo, bien por el consumo crónico de la droga, o como secuela, una vez abandonado el hábito. Este es el caso del Sida por intercambio de jeringuillas, que es una de las primeras causas de Sida en Puerto Rico y en España.

4) Problemas médico-sociales relacionados con el uso de la droga, tanto desde el punto de vista de las relaciones interpersonales como de la aptitud para el desarrollo de la actividad laboral habitual. Puede acarrear mucho peligro cuando el consumidor de drogas es responsable de otros, por ejemplo, chófer de un autobús con niños.

2. ETIOLOGIA DE LA DROGADICCION

Las drogas pueden producir en el hombre efectos experimentados como placenteros, novedosos o distensivos. Estos efectos no son reforzadores tan poderosos que hagan inevitable el uso repetitivo de la droga. No son pocos los estudios en los que "se ha investigado mucho sobre los motivos por los cuales algunos individuos suspenden el consumo de droga después de la experimentación, otros, en cambio, continúan tomándolos, pero no se vuelven dependientes y por último, hay quienes se convierten en consumidores compulsivos de drogas."²⁶ El desarrollo de la dependencia hacia una droga es complejo y no está muy claro. Sí podemos hablar, desde el punto de vista científico, de tres componentes presentes que requieren consideración : la droga adictiva como tal, las condiciones que predisponen y la personalidad del usuario.²⁷ La psicología del individuo y la droga disponible determinan la selección de ésta última y la frecuencia de su uso.

La dependencia de la droga se relaciona parcialmente con los patrones culturales y con el status socio-económico. El progreso en la experimentación del consumo ocasional y el desarrollo de la tolerancia y la dependencia física son procesos mal comprendidos.²⁸ Los factores que conducen al aumento del consumo y a la habituación o adicción parecen incluir los compañeros o presión de grupo y el distrés emocional que es aliviado sintomáticamente por los efectos de la droga específica. Los factores implicados en los mecanismos que conducen al abuso de droga incluyen baja autoestima, tristeza, alienación social, ambientes de mucha tensión emocional. Se identifican especialmente los acompañados por sentimientos de impotencia para lograr conseguir o alcanzar los objetivos propuestos en su vida personal. Se

²⁶ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 520.

²⁷ *Ibid.*, 521.

²⁸ HOFMANN F., *A Hand Book on Drug and Alcohol Abuse*, O.U.P., Oxford. 1983, 21.

ha identificado el consumo de drogas como una forma de sobrevivir en determinados ambientes marginales de pobreza, en los que la única oferta es la droga. Se reconoce que existe una interacción entre la persona, el ambiente que le rodea y la droga.

La medicina se han planteado cuáles son las características de una personalidad que puede estar predispuesta a la drogodependencia. Hay pocas pruebas científicas al respecto.²⁹ Goodman y Gilman afirman en sus estudios que "las personas que luego se hacen consumidores regulares de drogas desaprobadas por la sociedad o las que abusan del alcohol tienden a ser impulsivos, más interesados en nuevas experiencias, más rebeldes con respecto a las normas sociales, toleran menos la frustración y se preocupan menos por evitar el daño a sí mismos."³⁰ La agresión en la primera infancia también es una causa de problemas posteriores con el uso de drogas. Existe una mayor representación de ciertas categorías psiquiátricas entre quienes buscan tratamiento para el alcoholismo o la drogodependencia. Estos incluyen trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y personalidad antisocial.

Algunos concluyen que el drogodependiente es una persona que quiere evadirse y no enfrentarse a la realidad. Otros expresan que son personas con mucho miedo, depresivos, con historial de suicidios y tendencia a hacerse daño a sí mismos. Los usuarios de drogas son muy dependientes en sus relaciones y con frecuencia presentan una sexualidad inmadura.³¹

EL Manual Merck afirma que el abuso de drogas de prescripción médica, las que podemos llamar drogas legales, ocurre en personas con avanzada educación y profesionales, que antes de desarrollar la dependencia a las drogas, no presentaban conducta irresponsable que les pueda perjudicar. Muchas veces justifican el uso de la droga por razón de crisis, presión de trabajo, situaciones familiares muy difíciles, ansiedad temporera y depresión.³² Se

²⁹ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 521.

³⁰ *Ibid.*, p.520

³¹ *Ibid.*

ha encontrado que muchos de estos pacientes abusan del alcohol y otras drogas, a la vez que podrían ser admitidos en urgencias en un hospital por sobredosis, reacciones adversas o problemas de síndrome de abstinencia. Goodman y Gilman concluyen que "a pesar de estas observaciones no se ha reconocido una personalidad adictiva única ni una constelación de condiciones que puedan aplicarse de igual modo a todas las variedades de individuos drogodependientes."³³

³² BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1640.

³³ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 520.

3. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE DROGAS

Hay distintas clasificaciones de las drogas psicotrópicas. Presentamos parte de la que ha sido propuesta por G.G. Nahas.³⁴

1) *Opiáceos*

-Opio

-Morfina

-Heroína

-Metadona

2) *Psicoestimulantes mayores*

-Cocaína

-Anfetaminas

3) *Psicodepresores*

-Barbitúricos

4) *Cannabis*

-Hachís, marihuana

5) *Alucinógenos*

-LSD

-Mescalina

³⁴ NAHAS G. y TROUVE R., *Toxicomanías*, Masson, Barcelona, 1992, 32.

3.1. Opiáceos

Se denominan opiáceos tanto a los alcaloides del opio (morfina, codeína, narcotina, etc.) como a diversas sustancias sintéticas y semisintéticas caracterizadas por sus potentes efectos analgésicos (heroína, metadona, meperidina, pentazocina, etc.).

El opio es una resina que se obtiene al practicar incisiones en las cápsulas de la planta *Papaver somniferum*, originaria del Asia Menor. La heroína (diacilmorfina) es un derivado de la morfina con un poder analgésico 2 o 3 veces superior. Se reporta que "el descubrimiento en 1973 de la existencia de receptores opiáceos en el SNC y a partir de 1975 la identificación de sustancias opiáceas endógenas (encefalinas y endomorfina) en el SNC ha permitido conocer los mecanismos de acción neurofarmacológicos y neuroquímicos de los opiáceos."³⁵ Los opiáceos actúan fijándose a unos receptores celulares cuyos ligandos naturales son las encefalinas y endomorfina.

En los EE.UU. existen tres patrones básicos de uso y dependencia de los opiáceos. Uno de ellos, incluye a los individuos que comienzan a utilizar la droga en el contexto de un tratamiento médico y obtienen su suministro inicial a través de canales médicos. Este grupo constituye un porcentaje muy pequeño de la población adicta. Otro patrón de uso comienza con la utilización experimental o "de recreación" de la droga y progresa hacia un uso más intensivo; los componentes principales de este patrón son adolescentes y adultos jóvenes, más varones que mujeres. Un tercer patrón de uso implica a consumidores que comienzan con alguno de los modos precedentes, pero cambian luego a opiáceos orales (metadona) que obtienen en los programas de tratamiento organizado.³⁶ Dentro de los opiáceos se encuentran la heroína, la morfina, la metadona y la meperidina. En los EE.UU. la morfina, la metadona

³⁵ FARRERAS P. y ROZMAN C., *Medicina...*, 1605.

³⁶ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, p.522.

y la meperidida están clasificadas como drogas para uso médico y se pueden conseguir por prescripción médica con ciertos controles legales.

Muchos factores pueden ser ocasión de inicio en el consumo de opiáceos "en 1971, cerca del 42% de los hombres alistados en la Armada de los EE.UU. con asiento en Vietnam utilizaron opiáceos por lo menos una vez y la mitad de estos individuos manifestaron que tuvieron dependencia física en algún momento durante su año en Vietnam."³⁷

La incidencia de adicción a los opiáceos entre médicos, enfermeras y los que trabajan en profesiones relacionadas con la salud es muchas veces mayor que en cualquier grupo con antecedentes educacionales comparables. Muchos adictos médicos declararon que tomaron opiáceos por primera vez para superar el cansancio, la depresión y aliviar algún malestar orgánico.

- Efectos y síntomas

A menudo, la primera experiencia del consumidor de opiáceos es desagradable, con náuseas y vómitos como los efectos más sobresalientes. Algunos pueden abstenerse probar otra vez durante días o semanas, pero otros descubren un nuevo mundo de satisfacción interior con la primera dosis y toman la decisión consciente de continuar usando la droga con tanta frecuencia como sus finanzas lo permitan.

La inyección intravenosa rápida de un opiáceo produce ruboración cutánea caliente y sensaciones en el abdomen inferior que los adictos describen como semejantes al orgasmo sexual, en intensidad y calidad. Esta sensación persiste unos 45 segundos y le llaman popularmente en EE.UU. y Puerto Rico "arrebato", "flash", "patada", o "estremecimiento". No se sabe cuanta tolerancia se desarrolla a este efecto. Aunque la heroína es el opiáceo

³⁷ Ibid.

ilícito utilizado con mayor frecuencia, tiene muy pocas propiedades farmacológicas especiales que justifiquen su popularidad.

Los opiáceos reducen el dolor, la agresión y los impulsos sexuales, por lo que es improbable que su uso induzca a la criminalidad. Otros efectos que produce son picor en la piel, miosis (pupila contraída), depresión respiratoria, hipotensión, bradicardia (baja en la frecuencia cardíaca) y descenso de la temperatura del cuerpo.

Se han informado en estudios que "aun los consumidores experimentados no pueden distinguir la heroína de la morfina en forma confiable cuando se administra por vía subcutánea, lo cual es comprensible ya que la heroína se convierte rápidamente en morfina en el organismo. En el cerebro, la heroína sufre una desacetilación rápida a 6-monoacetilmorfina y luego a morfina."³⁸ La heroína es más liposoluble que la morfina, atravesando la barrera hematoencefálica con más rapidez cuando ambas drogas se dan por vía intravenosa. La heroína es 1,5 - 2 veces más potente que la morfina como analgésico, sin embargo, inyectada subcutáneamente no produce mayor euforia o dependencia física.

La adicción de la madre consumidora de heroína se transfieren al feto. Tanto la heroína como la metadona atraviesan libremente la barrera placentaria y el feto fácilmente se vuelve drogodependiente. Las madres consumidoras de heroína controladas precozmente "deben ser animadas a ingresar en un programa de mantenimiento con metadona."³⁹ En madres gestantes que presentan abstinencia de heroína o de metadona a finales del tercer trimestre existe riesgo de parto. La madre mantenida con metadona "puede cuidar al recién nacido sin problemas clínicos aparentes para el niño y se han confirmado concentraciones

³⁸Ibid, p.522.

³⁹ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1647.

mínimas en la leche materna."⁴⁰ Los hijos de madres con dependencia a los opiáceos pueden presentar temblores, llanto agudo, inquietud y convulsiones.

- Tolerancia

La tolerancia a los opiáceos se desarrolla rápidamente. Dosis terapéuticas "tomadas regularmente durante un período de dos a tres días pueden conducir a cierta tolerancia y dependencia."⁴¹ La tolerancia más rápidamente desarrollada es para los efectos analgésicos, euforizantes y depresores centrales. El consumidor puede mostrar síntomas de abstinencia cuando se interrumpe la administración del fármaco. Los opiáceos inducen tolerancia cruzada entre todos los miembros del grupo farmacológico. Los que caen en el abuso pueden sustituir una droga por otra. La tolerancia a los diversos efectos de estas drogas se desarrolla frecuentemente de forma heterogénea; por ejemplo, un consumidor de heroína puede mostrar tolerancia absoluta a los efectos eufóricos, pero tiene las pupilas contraídas.

- Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia de los opiáceos incluye generalmente síntomas y signos opuestos a los efectos farmacológicos de la droga: "la gravedad del síndrome de abstinencia aumenta con la magnitud de la dosis de opioide utilizada y la duración de la dependencia."⁴² Los síntomas de abstinencia en el caso de la heroína comienzan a aparecer a las 4 a 6 horas de la retirada y alcanzan un máximo a las 36-72 horas. Un signo fiable de abstinencia precoz es el aumento de la frecuencia respiratoria de reposo mayor de 16/min., generalmente acompañada por bostezos, perspiración, lagrimeo y secreciones nasales.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid., p.1645.

⁴² Ibid.

Otros síntomas son temblores, anorexia, dilatación de la pupila y piloerección ("piel de gallina"). En personas que han estado consumiendo metadona, el síndrome de abstinencia se desarrolla de forma más lenta y es claramente menos severo que la abstinencia de heroína. El síndrome de abstinencia de los opiáceos no es mortal, pero siempre requiere tratamiento porque implica un sufrimiento intenso, predispone a la comisión de delitos para conseguir la droga. El tratamiento sustitutivo se realiza con metadona a una dosis inicial de 5 - 10 mg por vía intramuscular, para conseguir alivio rápido. Luego se mantiene una dosis diaria de 60mg por vía oral. El uso de la metadona a largo plazo dependerá de si el drogodependiente acepta entrar en un programa terapéutico basado en este medicamento.

- Repercusión social

Como afirma Goodman y Gilman en sus estudios "cuando los consumidores crónicos de opiáceos en Inglaterra pudieron obtener heroína pura de fuentes médicas legítimas y sin costo los patrones de ajuste social fueron en extremo variados y similares a los observados en el programa de metadona en los EE.UU."⁴³ Se observaron cuatro patrones principales a saber:

1) "estables": se trata de pacientes que obtuvieron empleo en forma legítima, no se involucraron en actividad criminal, no se asociaron con otros drogodependientes y no compraron heroína extra de forma ilícita.

2) "toxicómanos": se trata de pacientes que fueron el opuesto de los estables, se asociaron a otros drogodependientes, se involucraron en actividad criminal, se compraron heroína extra de forma ilícita y no se integraron a sus empleos.

⁴³ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 522.

3) "solitarios": son los pacientes que dependieron de la asistencia social y no se involucraron en hechos delictivos, no se asociaron con otros drogodependientes, pero sí utilizaron una amplia variedad de drogas no recetadas para tratamientos clínicos.

4) "de dos mundos": pacientes que estuvieron empleados, pero se asociaron con otros adictos, compraron drogas extra de forma ilícita y se involucraron en actividades criminales.

Se descubrió que "la conducta desorganizada y la criminalidad de los "toxicómanos" y la conducta organizada de los "estables" eran anteriores a la adicción."⁴⁴ A pesar de la fuente legal de las drogas, los pacientes que recibieron heroína en las clínicas de Londres presentaron una incidencia elevada de infecciones (debida a negligencia en los procedimientos higiénicos o a las agujas compartidas) y una mortalidad sorprendentemente elevada, oscilando entre el 2 y el 6% anual.

Un estudio de seguimiento de jóvenes adictos a la heroína, tratados en las clínicas de Londres, reveló que "sólo el 48% usaba todavía opiáceos 7 años después (el 43% obtenía drogas de las clínicas), el 32% era abstinentes y no abusaba de otras drogas y el 12% había muerto"⁴⁵

⁴⁴ Ibid., p. 523.

⁴⁵ Ibid.

3.2. *Psicoestimulantes mayores*

A) *Cocaína*

Es un alcaloide que se encuentra a una concentración del 1-2 %, junto a otros alcaloides, en las hojas del arbusto *Erytroxylon coca*. Crece abundantemente en las laderas de los Andes, especialmente en Bolivia y Perú. Los aldeanos de los Andes masticaban las hojas para compensar la falta de oxígeno, aumentar la temperatura del cuerpo, mitigar el dolor, el hambre y la fatiga. Las hojas de coca contienen sólo una cantidad pequeña de droga, de la cual se obtiene la cocaína. En la planta la cocaína se halla en forma alcalina, razón por la cual es relativamente insoluble en agua. A través de una extracción bastante sencilla, utilizando solventes orgánicos, la cocaína se extrae en forma de sal (por lo general, clorhidrato), con lo que resulta más soluble en agua. Esta extracción y purificación produce una poderosa sustancia.⁴⁶ Una persona que usa cocaína tiene la habilidad de mantenerlo en secreto por un tiempo, pero más tarde aparecen señales físicas tales como: pérdida de peso, apariencia descuidada, catarro crónico e infecciones en las vías respiratorias.

Es un fuerte estimulante del SNC, un anestésico local y un potente vasoconstrictor. En el SNC inhibe la recaptación de aminas biógenas como dopamina, noradrenalina y serotonina, esto hace que tenga propiedades de alteración mental y aumento de energía.

Se puede administrar por vía oral, intranasal, intravenosa o inhalada. La masticación de las hojas de coca es la forma históricamente más antigua de su uso y abuso de cocaína. Se mastica junto a cal o cenizas con el fin de facilitar la liberación de la cocaína. Administrada de esta forma se consigue un incremento del estado de ánimo, una estimulación moderada, una mejoría en la forma física y una disminución del apetito.⁴⁷

⁴⁶ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1653.

⁴⁷ FARRERAS P. y ROZMAN C., *Medicina...*, 1606.

La pasta de coca "fumada" es la forma predominante de uso y abuso de cocaína en sudamérica. La pasta de coca es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína. Contiene alrededor de un 50% de sulfato de cocaína así como otros alcaloides de la coca y contaminantes como el queroseno y el ácido sulfúrico proveniente del proceso de refinamiento. La pasta se coloca dentro de los cigarrillos de marihuana o tabaco y luego se fuma. Inicialmente produce un período de intensa euforia que conduce al uso compulsivo, seguido de ideas paranoides y alucinaciones. La adicción conduce a problemas de ansiedad, de depresión, problemas cardiovasculares, malnutrición, temblor y convulsiones. La muerte puede producirse por sobredosis accidental, arritmia cardíaca o conducta violenta incluido el suicidio.

La aspiración por la nariz, lo que también se llama "esnifar", se lleva a cabo extendiendo el polvo en líneas sobre una superficie lisa y luego se aspira. Este polvo cristalino de color blanco denominado "nieve" es el resultado de la pasta de coca ulteriormente refinada que da origen al clorhidrato de cocaína. Al administrar el clorhidrato de cocaína de forma aspirada se produce una sensación de euforia que dura de 10-30 minutos. Esta vía de administración por aspiración puede causar perforaciones del tabique nasal, por necrosis isquémica que genera la vasoconstricción continuada.

La vía intravenosa posee una capacidad de adicción potencialmente muy alta, dada su rápida entrada en el torrente circulatorio y su llegada al cerebro. En esta forma de administración es frecuente que se presenten hepatitis, abscesos, septicemias e infecciones de todo tipo, incluido el sida, debido a las malas condiciones higiénicas en las que suele llevarse a cabo.

En la década de los 80 se hizo popular el hábito de fumar cocaína como base libre o cocaína básica ("crack"). La cocaína básica se prepara disolviendo el clorhidrato de cocaína en

agua destilada y se añade un álcali, por ejemplo, el bicarbonato sódico. De esta forma se produce la precipitación de cristales de cocaína básica. Este procedimiento químico se llama alcalinización. Recibe el nombre de "crack" por el ruido de crepitación que producen tales cristales al calentarlos para fumarlos a través de una "pipa de agua."

El "crack" comienza a evaporarse cerca de los 90 grados C, temperaturas mayores producen su descomposición.⁴⁸ El calentamiento de la cocaína básica produce un rocío de partículas de alrededor de 2 a 3 micrones de diámetro y una pequeña cantidad de droga vaporizada. Cuando se fuma, la cocaína básica se absorbe con rapidez y eficiencia en los pulmones en pocos minutos. Los consumidores de "crack" pueden progresar desde la experimentación hacia la dependencia en cuestión de semanas. Si su uso continúa, llega a aparecer un claro síndrome de abstinencia de tipo depresivo, con tristeza, ansiedad e irritabilidad, por todo lo cual se ve forzado a acceder de nuevo a la sustancia. Los consumidores de "crack" pueden sentir anhelo de repetir la droga a los 10 o 30 minutos después de su uso. Los individuos que consumen cocaína por vía intranasal pueden repetir la droga cada 40 ó 60 minutos.

La cocaína penetra en el cerebro con gran rapidez: "las concentraciones cerebrales de cocaína son muy superiores a las del plasma sanguíneo después de su administración intravenosa."⁴⁹ Se piensa que el contraste entre estas concentraciones cerebrales elevadas pero breves, y la rápida declinación posterior genera el impulso intenso de consumir más droga dentro de un período muy breve. La experiencia es menos intensa que con el consumo intranasal y la disminución de las concentraciones cerebrales se modifica por la absorción más lenta en las membranas mucosas nasales. Después del uso prolongado de dosis elevadas la

⁴⁸ *Ibid.*, p.1607.

⁴⁹ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1653.

droga puede ser detectada en el plasma durante 5 a 10 días después de la suspensión del consumo.

Según Goodman y Gilman "los patrones del consumo de cocaína muestran una variabilidad considerable. En los EE.UU. el clorhidrato de cocaína (también llamado "coca", "nieve", "polvo dorado" y "dama") se vende como un polvo hidrosoluble, con grandes variaciones en su pureza; a menudo se adultera con procaína."⁵⁰ La procaína (es un anestésico local) provoca, cuando se inhala, sensaciones locales no diferentes de las de la cocaína. La procaína en polvo es ampliamente utilizada para cortar la cocaína y en ocasiones se mezcla con manitol o lactosa y se vende como cocaína. Por lo general, el polvo se consume por vía intranasal ("resoplado"), pero también se administra en forma intravenosa.

El consumo de cocaína suele comenzar con la experimentación intermitente. Se estima que alrededor del 20% de los que experimentan con la droga por vía intranasal se convierten en consumidores regulares y que cerca del 25% de éstos se convierten en dependientes. "Los grandes consumidores intranasales pueden consumir la droga en encuentros o en embriagueces y con frecuencia la utilizan hasta agotar la provisión."⁵¹ La cocaína intravenosa o inhalada puede tomarse cada 10 ó 15 minutos. Una embriaguez de cocaína suele durar cerca de 12 horas, pero puede extenderse a varios días.

- Efectos y síntomas

Los consumidores de cocaína describen sus efectos eufóricos como casi indistinguibles de los que consumen anfetaminas. En experiencias de laboratorio se confirma que "los individuos familiarizados con la cocaína no pueden distinguir entre efectos subjetivos de 16mg de cocaína y los producidos por 10mg de dextroanfetamina cuando ambas se administran por

⁵⁰ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 530.

⁵¹ Ibid.

vía intravenosa."⁵² Sin embargo, la duración de los efectos de la cocaína es bastante breve; tiene una vida media de sólo 50 minutos, mientras que la vida media de las anfetaminas es de alrededor de 10 horas y la metanfetamina es de cerca de 5 horas.

La cocaína reduce la sensación de fatiga y la disminución en el rendimiento, producidas por la falta de sueño. Hay mejoría del ánimo (euforia) y una sensación de aumento de la autoestima del bienestar y de la capacidad mental y física. También se identifican efectos de excitación, desinhibición e hiperactividad. Con el desarrollo de síntomas tóxicos en el SNC se produce ansiedad, hiperinsomnio, desconfianza y temores persecutorios; disminuye el apetito y la necesidad de sueño. El aumento de la energía y de la sociabilidad pueden despertar respuestas positivas en amigos y colaboradores en los estadios iniciales del consumo. Con el tiempo las experiencias socialmente reforzadoras son reemplazadas por un enfoque centrado en la euforia inducida por la droga.

Además de los trastornos psiquiátricos, los efectos tóxicos graves más comunes inducidos por la cocaína incluyen arritmias cardíacas, isquemia miocárdica o infarto, miocarditis (inflamación del músculo cardíaco), insuficiencia cardíaca congestiva, coagulación intravascular diseminada, convulsiones y depresión respiratoria. La cocaína ha inducido problemas cardiovasculares y neurológicos fatales en personas jóvenes con arterias coronarias y cerebrales normales.

Goodman y Gilman consideran que "el consumo de cocaína puede ser asociado con un aumento del interés sexual, que en adición, a los efectos desinhibición, grandiosidad y alteración del juicio, llevan con frecuencia a actos sexuales promiscuos o atípicos que favorecen la transmisión de enfermedades venéreas, incluyendo infección por HIV."⁵³ Muchos consumidores afirman que el orgasmo se demora y permite períodos prolongados de actividad

⁵² Ibid., p. 530.

⁵³ Ibid.

sexual que culminan un clímax, aparentemente más intenso. Sin embargo, la disfunción sexual es una queja común entre quienes buscan tratamiento.

Las mujeres embarazadas que consumen cocaína durante el embarazo tienen mayores probabilidades de tener abortos espontáneos en el primer trimestre y de presentar desprendimiento placentario y muerte fetal hacia el final del embarazo. La ingestión de cocaína puede inducir el comienzo súbito de contracciones uterinas, taquicardia fetal y actividad fetal excesiva. También aumenta la probabilidad de parto prematuro y hemorragia. Es probable que la mayor parte de la toxicidad se deba a los efectos vasoconstrictores de la droga. No hay certeza acerca de la teratogenicidad (daño al feto) de la cocaína; "parece haber un aumento en la incidencia de muerte infantil súbita entre niños nacidos de madres dependientes de cocaína."⁵⁴

- Tolerancia

Según *El Manual Merck*, "no se ha señalado tolerancia ni dependencia física y, en consecuencia, no existe síndrome de abstinencia cuando se retira la droga."⁵⁵ Sin embargo, Goodman y Gilman en sus estudios afirman que se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos centrales de la cocaína. No obstante, existe sensibilización más que tolerancia para otros efectos. Se desarrolla cierta tolerancia al "arrebato" eufórico breve después de una sola dosis intravenosa. Debe aumentarse la dosis al cabo de alrededor de una hora para experimentar efectos de igual intensidad.⁵⁶ En encuestas hechas para estudiar los efectos de la cocaína, un porcentaje elevado de grandes consumidores de cocaína informa que necesitan más cocaína para producir los mismos efectos subjetivos. La dependencia psicológica es muy

⁵⁴ Ibid., p.533.

⁵⁵ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1653.

⁵⁶ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 533.

fuerte haciendo del usuario una presa fácil para la adicción.⁵⁷ La tendencia a continuar consumiendo la droga es fuerte.

B) Anfetaminas

Incluye la dextroanfetamina, la metanfetamina, la fenmetrazina, el metilfenidato y el dietilpropión. Su efecto dentro del SNC dependerá de la dosis de la droga, de la ruta de administración, de la persona que la recibe (su metabolismo y tolerancia) y del ambiente. En los EE.UU. ha habido un incremento en el uso de cocaína y el uso de las anfetaminas intravenosas ha disminuido, si lo comparamos con el período final de los 60.

El uso de anfetaminas puede haberse iniciado por varias razones:

1) los que la usan por receta médica para tratamiento contra la obesidad o depresión y, posteriormente se habitúan a ella.

2) conductor de camiones y estudiantes que las usan para mantenerse despiertos y acaban habituándose a ellas.

3) quienes la usan buscando el efecto estimulante; en EE.UU. se conocen como los "Uppers". Estos la utilizan oralmente, aunque también hay quienes disuelven la tableta oral en laboratorios ilegales y se la inyectan en la vena. Se considera suficiente tres o cuatro dosis de 20 a 40 mg de anfetaminas para obtener efectos placenteros durante las fases iniciales de uso intravenoso.

- Efectos y síntomas

Una dosis moderada de anfetaminas por vía oral a una persona normal le produce una mejoría del ánimo, una sensación de aumento de energía y del estado de alerta y disminución

⁵⁷ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1654.

del apetito. También mejoran el desempeño de las tareas que se habían deteriorado por la fatiga y aburrimiento. Algunos individuos pueden volverse ansiosos, irritables y es común el insomnio. Los adictos a cocaína describen los efectos de euforia como indistinguibles de los de las anfetaminas.

El uso intravenoso de anfetaminas, así como de cocaína, puede producir una sensación de "destello" o "arrebato", que no ocurre con la administración oral o intranasal. El consumidor puede continuar inyectándose hasta 1 g de droga por vía intravenosa cada 2-3 horas en el curso de un día, durante períodos de varios días, sin comer ni dormir, lo que se conoce como una "corrida". Por lo general un episodio de esta naturaleza finaliza "cuando se acaba la droga o cuando la persona está demasiado descontrolada para continuar."⁵⁸ Pocas horas después de la suspensión del consumo, la persona cae en un sueño profundo que dura de 12 a 18 horas o más, según la duración de la "corrida".

Los consumidores de anfetaminas y cocaína intentan por lo general antagonizar varios síntomas tóxicos con otras drogas. La mezcla de un opioide con anfetaminas o cocaína se conoce en inglés como "speedball". Muchos consumidores de cocaína y anfetaminas utilizan de forma simultánea grandes cantidades de barbitúricos o de alcohol.

Goodman y Gilman señalan que: "La psicosis paranoide es el resultado casi inevitable del consumo prolongado de dosis intravenosas elevadas."⁵⁹ También se han reportado episodios en dosis orales altas. Raras veces se presentan estos episodios en los casos de una sola dosis alta o en dosis crónicas moderadas. Las características típicas de la psicosis anfetamínica incluyen ideas delirantes de persecución y sentimientos de omnipotencia. Se afirma que: "la psicosis anfetamínica, incluso la de larga duración, suele resolverse

⁵⁸ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 531.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 532.

completamente. La lenta pero total recuperación de los consumidores que han quedado completamente desorganizados y paranoides es un fenómeno sorprendente."⁶⁰

- Tolerancia

La tolerancia hacia las anfetaminas se desarrolla lentamente es por ello que: "se puede producir un aumento progresivo en la dosis que permite llegar a cantidades de hasta 100 veces mayores a la dosis terapéutica inicial."⁶¹ No obstante, ni siquiera las dosis masivas son mortales. Los consumidores crónicos de droga han comunicado haberse inyectado hasta 15,000 mg de anfetaminas en 24 horas sin que se produjera enfermedad aguda. Sin embargo, los que se inician en el consumo de anfetaminas la inyección rápida de 120 mg puede ser mortal, aunque algunos han sobrevivido a 400 ó 500 mg. La tolerancia a los diversos efectos se desarrolla de forma desigual.

- Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia si existe no es grave, sin embargo, la interrupción brusca de las anfetaminas no carece de complicaciones. Se confirma que: "la retirada de la droga puede descubrir una depresión subyacente o precipitar una reacción depresiva a menudo con un posible suicidio."⁶² En muchas personas cuyo consumo de anfetaminas enmascara el cansancio crónico, la retirada se sigue de 2-3 días de cansancio y somnolencia intensos. Los pacientes que se recuperan de una psicosis anfetamínica pueden mostrar una intensa ansiedad e inquietud extrema. Los efectos son cualitativamente similares a los producidos por la cocaína. La dependencia psicológica es variable.

⁶⁰ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1654.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*, p. 1655.

3.3. *Psicodepresores*

A) Barbitúricos

La incidencia en el uso no médico de los barbitúricos y drogas relacionadas no se ha establecido claramente, pero se cree que excede en mucho a los opiáceos. La cantidad de barbitúricos ingerida varía de forma considerable, pero es común una dosis diaria media de 1,5 g de barbitúrico de acción corta. Algunos consumidores han llegado a utilizar hasta 2,5 g diarios durante muchos meses. En 1977 el 18% de los adultos jóvenes de USA se administraban sedantes sin supervisión médica. Los consumidores de opiáceos utilizan en combinación otras drogas como barbitúricos y benzodiazepinas (sedantes). De esta forma aumentan los efectos de la heroína no pura que consiguen ilegalmente.⁶³

Algunos alcohólicos utilizan barbitúricos para aliviar el síndrome de supresión del etanol o para producir un estado de intoxicación desprovista del olor del alcohol. "Se prefieren los barbitúricos de acción corta, como pentobarbital ("avispas") o secobarbital ("diablos rojos") a los agentes de acción prolongada, como el fenobarbital."⁶⁴

- Efectos y síntomas

Los barbitúricos son drogas sedantes e hipnóticas. En estudios de investigación se afirma: "los efectos agudos y crónicos de intoxicación leve con barbitúricos se parecen a los de intoxicación alcohólica."⁶⁵ El consumidor intoxicado muestra una inactividad generalizada, dificultad en el pensamiento, lentitud, dificultad al hablar, memoria deficiente y juicio erróneo. La irritabilidad, el carácter provocativo y el malhumor son frecuentes. Puede haber risas o llantos inmotivados, ideas hostiles, pensamientos paranoicos y tendencias suicidas. También se

⁶³ Ibid.

⁶⁴ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 526.

⁶⁵ Ibid.

han informado pérdida del reflejo de la superficie de la piel, pupilas contraídas y depresión respiratoria.

- Tolerancia

La tolerancia a los barbitúricos es irregular e incompleta y depende del efecto farmacodinámico de la droga.⁶⁶ Hay tolerancia cruzada, aunque incompleta, entre los barbitúricos y el alcohol. Los consumidores que toman dosis ordinarias de barbitúricos durante varias semanas muestran tolerancia a los efectos hipnóticos.

- Síndrome de abstinencia

Los barbitúricos causan un síndrome de abstinencia parecido al alcohol. La dependencia, tanto de los barbitúricos como del alcohol, es psicológica en su inicio; más tarde pasa a ser física. El síndrome de abstinencia por dosis altas de barbitúricos o tranquilizantes produce un cuadro grave, que atemoriza al consumidor. Potencialmente pone en peligro su vida y es esencialmente similar al *delirium tremens*. La abstinencia de barbitúricos conlleva una tasa de mortalidad significativa, por lo que la desintoxicación debe llevarse a cabo siempre en el hospital.

Una vez iniciado el síndrome de abstinencia es difícil revertirlo, pero con un protocolo cuidadoso pueden reducirse los síntomas. El restablecimiento de la estabilidad del SNC requiere aproximadamente 30 días. El método para tratar la dependencia de agentes depresores, en particular de los barbitúricos, es "reintoxicar al consumidor y seguidamente retirar la droga con un programa estricto permaneciendo alerta a los signos de abstinencia pronunciada."⁶⁷

⁶⁶ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1649.

⁶⁷ *Ibid.*, p.1651.

3.4. *Cannabis*

Hachís, marihuana

El cannabis es conocido también como *cáñamo de la India*, obtenido de las flores de las plantas del cáñamo, es una droga muy antigua. Otros nombres para esta droga o sus productos son: "hachís, charas, bhang, dagga, ganja y marihuana."⁶⁸ El cáñamo común es una planta herbácea anual cuya única especie es *Cannabis sativa* que presenta dos variedades: la *indica* y la *americana*. Aunque todas las partes de ambas plantas, masculina y femenina, contienen sustancias psicoactivas (canabinoides), sus mayores concentraciones se encuentran en las flores. La resina del cannabis se denomina hachís (llamada también por "chocolate") y se obtiene de las flores. Las hojas, menos potentes, son conocidas como marihuana. En los EE.UU. se utiliza el término marihuana para referirse a cualquier parte de la planta o extracto de ella que induzca cambios somáticos y psíquicos en el hombre.⁶⁹

Fue introducida en América por los españoles, es actualmente la droga ilegal de abuso más utilizada en los EE.UU., Puerto Rico y España. En España ya era bien conocida desde mucho antes de su difusión en la década de los 60 por la proximidad al Magreb.⁷⁰ En el Oriente Medio y en el norte de Africa, el exudado resinoso seco de los extremos se llama hachís; en el Lejano Oriente se denomina charas. Las hojas secas y los brotes en flor de la planta, que contienen cantidades más pequeñas de sustancia activa, se llaman bhang y las masas resinosas de las hojas más chicas se denominan ganja. La planta de cáñamo de la India sintetiza no menos de 400 compuestos químicos, de los cuales 60 son canabinoides. Los tres más abundantes incluyen: canabinol (CBN), canabidiol (CBD) y varios isómeros del

⁶⁸ GOODMAN y GILMAN. *Las Bases Farmacológicas...*, 539.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ DIAZ M. y ESPINOS D., *Tratado de Medicina Interna*, Panamericana, Madrid, 1994, 2010.

tetrahidrocanabinol (THC). La mayoría de los otros cannabinoides "no son psicoactivos pero pueden interactuar con el tetrahidrocanabinol aumentando o disminuyendo su potencia.

Es una de las drogas psicotrópicas más usadas. "En conjunto, tiene un efecto más bien trivial sobre el comportamiento y la conciencia. Las actitudes de rechazo en el mundo occidental pueden explicarse por su procedencia de otras culturas y por su vinculación social con otras drogas más peligrosas."⁷¹ En EE.UU. es muy frecuente el uso en forma de cigarrillo, al igual que en España (donde se le llama "porros") y Puerto Rico. El metabolito producto de la marihuana se retiene en los tejidos durante 8 días.⁷² Su uso se hace predominantemente en grupo, fumando los preparados de cannabis solos o mezclados con el tabaco para su mejor combustión. El aceite de hachís es un destilado concentrado que suele suministrarse en papelillos impregnados que se usan para enriquecer los cigarrillos. Su combustión produce un olor característico y el humo se aspira muy profundamente para poder absorber mayor cantidad de sustancia activa. También se puede ingerir mezclado con comidas o en infusiones.

-Efectos y síntomas

El THC ejerce sus efectos más importantes sobre el SNC y el aparato cardiovascular. Las respuestas de la conducta varían en función de la dosis, vía de administración, experiencia y expectativas de los consumidores. El contenido de sustancia activa puede variar, así lo afirman Goodman y Gilman: "en EE.UU. el contenido de THC de la marihuana tiene una amplia variación, desde 0,5 a 11 %."⁷³ Al igual que el tabaco la cantidad de material activo que alcanza la corriente sanguínea es altamente dependiente de la técnica de fumar.

⁷¹ GAFO J., *10 Palabras...*, 316.

⁷² CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas...*, 49.

⁷³ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 539.

Dosis orales de 20mg de THC o un cigarrillo que contenga un 2% de THC produce efectos sobre el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, la sensibilidad, el sentido del tiempo y la autopercepción. El efecto más común es la sensación de bienestar o la euforia, acompañada de relajación, somnolencia y risa espontánea.⁷⁴ Dosis muy altas de cannabis inducen alucinaciones y sentimientos paranoides.

Los fumadores de marihuana manifiestan a menudo aumento del apetito, boca y garganta seca, imágenes visuales más vividas y un sentido de la audición más agudo. Sin embargo, la marihuana disminuye en las dosis usuales sociales, la empatía y la percepción de las emociones de otras personas. La claridad del diálogo secuencial está alterada, las ideas y palabras irrelevantes se introducen en la corriente de comunicación. Con el uso crónico pueden manifestarse actitudes de apatía, torpeza, deterioro del juicio, pérdida del interés en el aspecto personal y en la persecución de objetivos.

Los efectos cardiovasculares más constantes son aumento en la frecuencia cardíaca, aumento en la presión arterial sistólica en posición horizontal y disminución de la presión arterial en posición de pie. Aumentos de 20 a 50 latidos por minuto son usuales, pero no es infrecuente una taquicardia de 140 latidos por minuto. El requerimiento de oxígeno miocárdico aumenta.

Existen datos contradictorios en relación con los efectos de dosis crónicas elevadas de marihuana sobre la función sexual humana. Se han informado "concentraciones disminuidas de testosterona e inhibición reversible de la espermatogénesis en el hombre. Las mujeres pueden ser más sensibles y un sólo cigarrillo de marihuana puede suprimir la LH plasmática afectando el ciclo menstrual."⁷⁵

⁷⁴ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 540.

⁷⁵ *Ibid.*, p.541.

Los recién nacidos de madres consumidoras de marihuana tienden a presentar un menor peso al nacer, periodos de gestación más cortos y mayor frecuencia de malformaciones. El recién nacido puede presentar efectos persistentes sobre su conducta que son más evidentes en términos de aprendizaje y respuestas a los estímulos.

Estudios preliminares sugieren que la marihuana podría ser terapéuticamente útil en el tratamiento del glaucoma agudo, diversos tipos de asma, en las náuseas y vómitos que acompañan al tratamiento de quimioterapia.⁷⁶

- Tolerancia

Se desarrolla tolerancia a los efectos cardíacos en unos pocos días, que decae en forma bastante rápida (48 horas). Goodman y Gilman informan que: "cuando se administra THC oral a voluntarios cada 4 horas (dosis máxima de 210mg diarios), se desarrolla tolerancia a los cambios de ánimo inducidos por la droga, a la taquicardia, a la disminución de la temperatura cutánea, al aumento de la temperatura corporal, a la disminución de la presión intraocular y al deterioro en la realización de las pruebas psicomotoras."⁷⁷ Se ha observado cierto grado de tolerancia cruzada entre el alcohol y los opiáceos en experimentos con animales.

- Síndrome de abstinencia

La administración crónica o periódica de cannabis o de sustancias extraídas produce cierta dependencia psíquica debido a los efectos subjetivos deseados. No causa dependencia física ni síndrome de abstinencia al interrumpirse el consumo de la droga.

⁷⁶ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las drogas ...*, 48.

⁷⁷ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 542.

3.4. Alucinógenos

Durante siglos se han utilizado drogas que inducen efectos psicodélicos. Los nativos de México y del sudoeste de EE.UU. utilizaban peyote (cactus que contiene mescalina) y hongos (que contienen psilocina) en el momento de la conquista española.

Los principales alucinógenos son: dietilamida del ácido lisérgico (LSD), psilocibina, mescalina, peyote, 2,5-dimetoxi-4-metilamfetamina (DOM, "STP"), 3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA) y otras anfetaminas. La MDA es más tóxica que la MDMA y tiene además unos efectos alucinatorios de los que carece esta última. Ambas se han vendido en España bajo el nombre popular de "Extasis" o "Droga del amor". Debido a la mayor toxicidad de la MDA "se ha iniciado la paulatina, aunque lenta, desaparición de ésta. No obstante aún es frecuente, en análisis de droga decomisada, tanto MDA como MDMA, no existiendo por tanto base fundamentada para afirmar que el "extasis" es únicamente MDMA."⁷⁸

A mediados de los 80 la MDMA ("éxtasis") alcanzó popularidad, en especial en estudiantes universitarios como droga de recreación. Su síntesis y venta fueron legales durante un período breve porque al principio no estaba listada en el acta de sustancias controladas, siendo utilizada por psiquiatras para facilitar la psicoterapia.

- Efectos y síntomas

Dosis orales de LSD de tan sólo 20 a 25 microgramos producen efectos sobre el SNC. Produce dilatación pupilar, aumento de la presión arterial, taquicardia, temblor, náuseas, debilidad muscular y aumento de la temperatura corporal. Se manifiesta una sensación de tensión interior que se alivia mediante la risa o el llanto. Puede parecer que coexisten varias sensaciones al mismo tiempo, aunque tienden a predominar los efectos eufóricos. Se producen

⁷⁸ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas...*, 64.

ilusiones visuales, recurrencias de cambios perceptivos y síntomas afectivos. Las alucinaciones auditivas son raras. "Se pueden presentar sinestesias, el desbordamiento de una modalidad sensitiva a otra, se escuchan los colores y pueden verse los sonidos."⁷⁹

También hay una alteración importante del tiempo subjetivo, de modo que el horario parece pasar con extrema lentitud. El ánimo puede ser lábil; pasa de la depresión a la alegría, del júbilo al temor. Puede presentarse tensión y ansiedad, alcanzando proporciones de pánico. Si no se produce un episodio importante de pánico, 4 a 5 horas después puede producirse una sensación de despreocupación y la convicción de que se tiene el dominio de las cosas mágicamente.

- Tolerancia

Con el LSD se desarrolla rápidamente un alto grado de tolerancia a los efectos en la conducta. La sensibilidad se vuelve a recuperar después de un intervalo (que iguale el período de consumo) libre de droga. La tolerancia hacia los efectos cardiovasculares es menos pronunciada. Existe considerable tolerancia cruzada entre LSD, mescalina y psilocibina. La LSD no tiene tolerancia cruzada con anfetaminas y THC. Los consumidores de alucinógenos que muestren tolerancia a cualquiera de éstos experimentan tolerancia cruzada con todos los alucinógenos.

-Síndrome de abstinencia

La dependencia psíquica varía ampliamente y en general no es intensa. No hay pruebas de dependencia física ni de alucinación al retirar su uso. Aparece una gran tolerancia al LSD que es de muy poca duración. El daño mayor es el psicológico. Se observan reacciones

⁷⁹ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 542.

adversas con el uso de estos alucinógenos, como son, ataques de ansiedad y estados de pánico. Incluso después de su uso, hay personas que mantienen un estado psicótico persistente. Estos episodios, a los que llaman "Flashback", se manifiestan en distorsión en la visión, y en sensaciones de confusión en la percepción del tiempo, del espacio y alucinaciones. Estos episodios pueden incrementar con el uso de alcohol, marihuana, barbitúricos, fatiga o tensión, y pueden aparecer sin aparente razón.

4. LA METADONA COMO ALTERNATIVA

Llamada inicialmente "dolofina" en homenaje al nombre propio de Hitler, esta droga fue ofrecida en 1939 a los médicos del ejército alemán como analgésico. En 1945 se descubre que había sido sintetizada por químicos alemanes durante la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, bastaron unos meses de experimentos para que la sanidad militar la desechase por "demasiado peligrosa." Años más tarde renació en EE.UU. como sedante y remedio contra la tos. No adquirió importancia hasta mediado de los años 70, cuando el entonces presidente Nixon lanzó la idea de que era una "droga contrarrevolucionaria" capaz de curar a los consumidores de heroína.⁸⁰

En la actualidad la sustitución con metadona es el método preferido para abstinencia de opiáceos. Se administra la menor cantidad de metadona, por vía oral, que prevenga los síntomas graves de abstinencia, pero no necesariamente todos. Es importante la estricta observación del paciente.

El mantenimiento con metadona está indicado en: pacientes que fracasan repetidamente en la desintoxicación o deshabituación, pacientes embarazadas, pacientes con una enfermedad psiquiátrica y pacientes con enfermedades físicas graves que si reanudan el consumo por vía intravenosa pueden poner en peligro su vida.⁸¹ El mantenimiento con opiáceos, como la metadona, de forma controlada por lo general consigue que un 30-60 % de los pacientes se mantenga en abstinencia permanente, aunque algunos continúan consumiendo otras drogas. En estudios hechos se ha encontrado que "hay mejor pronóstico cuando el paciente está trabajando, tiene escolaridad adecuada y sigue el tratamiento al menos dos meses."⁸² En cuanto a las recaídas en el consumo de drogas no deben ser consideradas como

⁸⁰ ESCOTADO A., *Aprendiendo de las Drogas*, Anagrama, Barcelona, 1995, 82.

⁸¹ Varios, *Manual C.T.O.*, Cañizares, Madrid, 1994, 360.

un fracaso en el tratamiento. No siempre llevan a un nuevo consumo habitual y, si son controladas y se vuelve a la abstinencia, se consideran como un paso más en el proceso terapéutico.

Además de la administración de la metadona se debe dar asesoramiento y ayuda para conseguir la readaptación social, laboral y familiar del paciente, aunque siga consumiendo opiáceos. En ello se han mostrado bastante efectivos estos programas, así como en evitar complicaciones físicas. Aunque se puede mantener al paciente con dosis bajas (30mg por día), parece que dosis mayores (120mg por día) consiguen una persistencia hasta en el 75% de los pacientes. Tras un período de 6 meses a un año, se puede intentar la reducción de la dosis de forma muy prudente, un 5% por semana.

La dosis de metadona varía según el grado de dependencia física y el estado médico del paciente. Se observa a la persona, y si aparecen síntomas significativos de abstinencia, se administra una dosis oral inicial de metadona que rara vez excede de 15-20 mg. Puede administrarse metadona adicional si no se suprimen los síntomas o cada vez que éstos reaparezcan. En raras ocasiones se necesita administrar más de 80 mg de metadona en las primeras 24 horas. En comparación con sus efectos analgésicos "la metadona es más potente y actúa en forma más prolongada en la supresión de los síntomas de abstinencia."⁸³

Por lo general 1 mg de metadona oral puede sustituir la administración parenteral de 4mg de morfina, 2 mg de heroína o 20 mg de meperidina. La reducción puede iniciarse tan pronto como se haya determinado la dosis para la estabilización. No es necesario administrarla más de dos veces diarias. Las personas hospitalizadas toleran bien el tratamiento. Hay pocas molestias con una reducción diaria del 20% de la dosis diaria total. La mayoría de las personas con tratamiento de metadona pueden suspender los opiáceos por

⁸² Ibid., 360.

⁸³ Ibid., p. 549.

completo en menos de 10 días, aunque es posible que persistan síntomas leves de abstinencia durante varios días después de la última dosis de metadona.

La suspensión de la metadona después de un período de estabilización social (por lo general 6 a 18 meses) puede producir un período prolongado de supresión. A pesar de ello "los individuos antes adictos a la heroína y mantenidos con metadona fueron suprimiendo ésta en forma gradual sólo sobre una base ambulatoria."⁸⁴ Aun cuando la dosificación se redujo en forma muy lenta, muchos de estos pacientes experimentaron síntomas de abstinencia de opiáceos, al reducir la dosis diaria de metadona a cerca de 10-30 mg.

En cantidad suficiente, la metadona produce cierta sedación y analgesia. Muchos describen los efectos de la metadona como un apaciguador psíquico y nada satisfactorio como vehículo eufórico. En estudios realizados con consumidores de metadona se describe que sus efectos son percibidos como: "En vez de calma lo que se siente por el consumidor es una frustración de una promesa incumplida en la que no está presente la parte estética del opio y la heroína."⁸⁵ Ello explica que una inmensa mayoría de los mantenidos en metadona traten de reorientar su estado con alcohol, estimulantes y tranquilizantes. De esta forma potencian los efectos analgésicos, o para limar aspectos incómodos de la intoxicación. Por lo que respecta al síndrome de abstinencia de la metadona se dice que es "suave" en comparación con el de opiáceos naturales. Lo cierto es que resulta dos o tres veces más prolongado.

Goodman y Gilman afirman que "la salud y el ajuste social de los pacientes mantenidos con metadona oral presentó resultados variables." Muchos de estos pacientes conservaron sus empleos, criaron niños, no cometieron crímenes y no utilizaron drogas ilícitas. Otros pacientes continuaron cometiendo crímenes, sin obtener empleo y consumiendo otras

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ ESCOHOTADO A., *Aprendiendo de...*, 84.

drogas o cantidades excesivas de alcohol. Un número sustancial experimentó una depresión significativa.

En España el programa de mantenimiento con metadona está regulado por el Real Decreto 75/1990 en el que se aceptan otros opiáceos sustitutivos como la bupremorfina. Se considera que las personas de elección para este programa son: aquellos que poseen un estilo de vida adaptado y homogéneo, mujeres embarazadas y personas que por diversas razones de orden sanitario se benefician del consumo diario de metadona. La dosis usual es de 50-100mg/día, ésta se va disminuyendo paulatinamente según las necesidades de cada caso. Se estima en 21 días el tiempo mínimo de detoxicación, no hay plazos concretos para el mantenimiento.

Hoy día el programa de metadona es muy criticado. Estudiosos del tema expresan que si lo que se busca con el programa de metadona es que el consumidor de opiáceos naturales abandone este hábito sin sufrir una reacción de abstinencia, por ejemplo dejar la heroína por la metadona, esto es actuar como el que abandona el whisky con ayuda de la ginebra. Expresa Antonio Escotado al referirse al programa de metadona: "Esta sustitución sólo puede ser de provecho si el individuo quiere, conscientemente, sustituir una droga con alto valor eufórico por otra con mínimo valor eufórico."⁸⁶

También se encuentran otras alternativas para la reinserción inmediata del paciente en su ambiente. Si a pesar de mantener habitualmente la abstinencia tiene frecuentes recaídas, se puede usar un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos. El uso de antagonistas de opiáceos evita que éstos produzcan su efecto al consumirlos. Cuando los receptores de opiáceos en el SNC se encuentran siempre ocupados por antagonistas, los efectos de dosis ordinarias de opiáceos son atenuados o bloqueados en forma completa y aun

⁸⁶ Ibid., p. 85.

su administración repetida durante varias semanas no induce un grado significativo de dependencia física.

Goodman y Gilman afirman que "en teoría el uso de dosis suficientemente elevadas de antagonistas de opiáceos podría ayudar a prevenir el refuerzo del consumo de la droga y la reiniciación de dependencia física."⁸⁷ El paciente que toma un antagonista se comporta como si los opiáceos fueran inaccesibles. Esto sirve para disminuir la necesidad.

La naltrexona es el antagonista más usado. Es un antagonista puro, no produce abstinencia al retirarlo y los efectos colaterales son poco importantes. Es eficaz durante 24 horas, 50 mg de naltrexona bloquean el efecto de 15 mg de heroína. Para comenzar con este procedimiento el paciente debe llevar sin consumir opiáceos al menos 5 días porque los antagonistas precipitan síntomas graves de abstinencia en los individuos que presentan dependencia física.

Las indicaciones para este programa son: un consumo de opiáceos de breve duración, pacientes que han estado abstinentes largo tiempo y han recaído recientemente, profesionales sanitarios adictos a opiáceos, pacientes en abstinencia tras una estancia en prisión, un hospital o una comunidad terapéutica y pacientes que lo solicitan expresamente o que desean interrumpir un programa de mantenimiento con metadona. Están excluidos de este programa las embarazadas, y lactantes, los menores de 18 años, los pacientes con enfermedades físicas o psiquiátricas graves y los pacientes que abusan de varias sustancias no siendo la principal un opiáceo.⁸⁸ Los resultados de este programa son un tanto incierto. Según los estudios que se han hecho entre el 10-50% de los pacientes permanecen en el programa seis meses. Hay que ayudar al paciente con asesoramiento y psicoterapia específica a adaptarse a una vida sin droga.

⁸⁷ GOODMAN y GILMAN, *Las Bases Farmacológicas...*, 554.

⁸⁸ Varios, *Manual...*, 360.

5. TABLA RESUMEN

Esta tabla es tomada del *Manual Merck* como resumen para presentar las drogas frecuentemente utilizadas con potencial de producir dependencia.⁸⁹

	Dependencia Física	Dependencia Psicológica	Tolerancia
Depresores SNC			
Opiáceos	++++	++++	++++
Barbitúricos	+++	+++	++
Estimulantes			
Anfetaminas	?	+++	++++
Cocaína	0	+++	0
Alucinógenos			
LSD	0	++	++
Mescalina, Peyote	0	++	++
Cannabis			
Marihuana	0	++	0

LEYENDA:

0----- Sin efecto

+----- Grado de intensidad del efecto, + = ligero a ++++ pronunciado.

⁸⁹ BERKOW R. y otros, *El Manual...*, 1638.

CAPITULO 2: REFLEXION DEL

MAGISTERIO

Introducción

La problemática de las drogas afecta a toda la humanidad. Hoy día no son pocos los que identifican a la situación de la drogadicción como la "epidemia de nuestro tiempo." La Iglesia como parte de la humanidad sufre esta cruda realidad. En su misión propia, está llamada a encarnarse en la historia del hombre. Encontramos en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* n.22 la siguiente cita: "El Hijo de Dios, con su encarnación, se ha unido, en cierto modo, con todo hombre", todo lo que el hombre vive es también vida de la Iglesia por medio de Jesucristo.

La Iglesia acogiendo la miseria del hombre e iluminándola desde la Fe transmite un mensaje de esperanza que da sentido y valor a la vida del hombre. La encíclica *Evangelium Vitae* afirma en el n.2 que la Iglesia escrutando asiduamente el misterio de la Redención, descubre con renovado asombro el valor de la persona humana y se siente llamada a anunciar a los hombres de todos los tiempos este evangelio, fuente de esperanza inquebrantable y de verdadera alegría para cada época de la historia. Por ello el hombre, el hombre viviente, constituye el camino primero y fundamental de la Iglesia. Por eso ante la problemática de las drogas la Iglesia tiene algo que decir y no es propio de ella el permanecer en silencio.

La vocación del hombre es la plenitud de la vida: así nos lo recuerda la *Evangelium Vitae* al decir que el hombre está llamado a una plenitud de vida que va más allá de las dimensiones de su existencia terrena, ya que consiste en la participación de la vida misma de Dios. Todo lo que afecte esta vocación de plenitud en el hombre afecta a lo más profundo de la razón de su existencia humana y requiere el acercamiento maternal de la Iglesia.

Nuestros pastores, sobre todo aquellos que viven en países muy afectados por la realidad de la drogadicción, llamados por su propio compromiso pastoral, expresan su sentir, su reflexión y su mensaje de esperanza. La comunidad cristiana hace suyo este problema,

como nos dice Gaudium et Spes en el n.1: "La Iglesia por ello se siente íntima y realmente solidaria del género humano y de su historia", todo lo que sufren los países, las familias y la persona misma del drogodependiente es motivo de solidaridad de parte de la Iglesia.

Este capítulo recoge diferentes documentos como son las cartas, los mensajes, las exhortaciones y las reflexiones hechas por el Papa Juan Pablo II y las Conferencias Episcopales de los últimos diez años acerca de la problemática de las drogas. Además de lo expresado por el Papa Juan Pablo II, en los últimos 10 años, he encontrado en seis Conferencias Episcopales expresiones acerca del tema de las drogas, éstas son las de: Bolivia, Perú, México, EE.UU., Colombia y los obispos del País Vasco. Sin embargo, a pesar de que no hay mucho escrito, lo recopilado hasta ahora es muy interesante e iluminador.

Los documentos utilizados para este segundo capítulo son:

1. Mensaje del Papa Juan Pablo II en su visita a Colombia, *La droga, nueva esclavitud de nuestro tiempo*.⁹⁰
2. Mensaje del Papa Juan Pablo II a la ONU, *La droga provoca la pérdida de valores éticos y espirituales*.⁹¹
3. Mensaje del Papa Juan Pablo II al Consejo Pontificio para la Pastoral de Agentes Sanitarios, *No se puede hablar de la libertad de drogarse*.⁹²
4. Mensaje del Papa Juan Pablo II al Consejo Pontificio para la Pastoral de Agentes Sanitarios, *Respuesta al abuso de drogas y alcoholismo*.⁹³
5. Documento del Consejo Pontificio para la Familia, *De la Desesperación a la Esperanza*.⁹⁴

⁹⁰Ecclesia núm.2277 (26 de julio de 1986), 25.

⁹¹ Ecclesia núm. 2329, (25 de julio de 1987), 24-25.

⁹² Ecclesia núm. 2560, (28 de diciembre de 1991), 29-31.

⁹³ Origins vol. 21, núm.26, (5 de diciembre de 1991), 421.

⁹⁴ Ecclesia núm. 2581, (23 de mayo de 1992), 28.

6. Conferencia Episcopal de Bolivia, exhortaciones y reflexiones pastorales,
 - El narcotráfico está destruyendo las bases de la sociedad boliviana.*⁹⁵
 - Denuncia del drama de la droga.*⁹⁶
 - Ante el problema de la corrupción y la droga.*⁹⁷
7. Conferencia Episcopal de Colombia, Mensaje Pastoral: *Frente al narcotráfico y la drogadicción.*⁹⁸
8. Conferencia Episcopal de EE.UU., Mensaje Pastoral: *Sobre el abuso de drogas.*⁹⁹
9. Conferencia Episcopal de México, Mensaje Pastoral: *El narcotráfico, preocupación pastoral.*¹⁰⁰
10. Conferencia Episcopal de Perú, Documento: *La Iglesia y el narcotráfico.*¹⁰¹
11. Obispos del País Vasco, Carta Pastoral: *El oscuro mundo de la droga juvenil.*¹⁰²

Como puntos importantes dentro de las reflexiones hechas en los documentos anteriormente enumerados podemos mencionar:

1. *El fenómeno de la adicción a las drogas es uno complejo de grandes proporciones y amplia extensión.*
2. *En la problemática de las drogas confluyen elementos de índole económico, político, cultural, social, psicológico y personal.*

⁹⁵ **Ecclesia** núm. 2184, (28 de julio de 1984), 13-15.

⁹⁶ **Ecclesia** núm. 2185, (4 y 11 de agosto de 1984), 37.

⁹⁷ **Ecclesia** núm. 2549, (5 de octubre de 1991), 38.

⁹⁸ **Ecclesia** núm. 2405-2406, (7-14 de enero de 1989), 43-47.

⁹⁹ **Origins** vol. 20, núm.24, (22 de noviembre de 1990), 390.

¹⁰⁰ **Ecclesia** núm. 2405-2406, (7-14 de enero de 1989), 48-50.

¹⁰¹ **Ecclesia** núm.2485, (21 de julio de 1990), 35-38.

¹⁰² **Ecclesia** núm.2199, (1 de diciembre de 1984), 12-23.

3. *Relación directa entre la falta de sentido positivo de la vida y el fenómeno del vacío interior del hombre. La droga se presenta como alternativa para la evasión y la búsqueda de salida fácil ante las situaciones de la vida.*
4. *El don de la personalidad y la dignidad humana quedan afectados negativamente como resultado de la drogodependencia que afecta la libertad del hombre, llevándolo a situaciones de esclavitud y dependencia.*
5. *La actitud de consumo incontrolado y la permisividad inmoderada de la sociedad traen como consecuencia actitudes egoístas e individualistas. Estas llevan a buscar un bien ilusorio y una satisfacción inmediata bajo la marca de máximo placer.*
6. *Una actitud de comprensión y acogida para con el drogodependiente y su familia.*
7. *Se identifica el narcotráfico con una realidad de dimensiones internacionales que promueve la cultura de muerte y la esclavitud. Este requiere un total rechazo y un esfuerzo común por parte de los Estados para combatirlo.*
8. *Se denuncia a los países que utilizan la política contra las drogas para sus propios intereses económicos y políticos.*
9. *Hay presente una clara defensa del uso tradicional de la hoja de coca por culturas milenarias presentes en Bolivia y Perú.*
10. *La respuesta por parte de la Iglesia es esperanzadora e invita a superar el problema desde la dimensión comunitaria y desde el valor de la persona humana con todo su potencial.*
11. *Se presenta la familia como el lugar ideal para la prevención.*

Las expresiones del magisterio nos sitúan dentro del marco de reflexión moral de la Iglesia hacia la problemática de las drogas y nos dan pistas para el análisis y la acción concreta. Hemos seleccionado aquellos puntos, de la reflexión del magisterio, que nos ayudan a presentar un resumen global y que creemos fundamentales para señalar la postura del magisterio hacia el fenómeno de las drogas. Estos incluyen:

1. Aproximación general

2. Causas
3. Narcotráfico
4. Situación Internacional
5. Aspecto cultural
6. Reflexión moral
7. Respuesta de la Iglesia

1. *Visión general*

El Papa Juan Pablo II, en uno de sus mensajes relaciona el problema de las drogas con: a) *pérdida de los valores éticos y espirituales*: Las consecuencias de la drogadicción en la vida de la sociedad actual tiene dimensiones extensas y profundas, según nos expresa el Papa: "El fenómeno de abuso de drogas es una de las mayores tragedias que azota a la sociedad de hoy. El hecho de que los que abusan son predominantemente jóvenes plantea una particular amenaza para la futura estabilidad de la sociedad."¹⁰³ No existe en la actualidad ningún país que permanezca inmune a este moderno azote.

b) *es un problema de proporciones epidémicas*: Así lo afirma Juan Pablo II: "El fenómeno de las drogas es de amplitud y proporciones aterradoras no solamente por el elevadísimo número de vidas arruinadas, sino por la preocupante extensión del contagio moral."¹⁰⁴ Esta preocupante extensión alcanza a los niños que por desgracia son obligados a convertirse en expendedores y como consecuencia terminan como consumidores.

c) La Conferencia Episcopal de Bolivia señala que "el problema de la droga está íntimamente **relacionado con todos los males** que aquejan al país."¹⁰⁵ La producción de coca, es una fuente de empleos en Bolivia. En las regiones donde se produce la cocaína existe una gran explotación de las personas contratadas para estos trabajos, lo que trae consigo la degradación de la propia vida y la de los demás. Esto acarrea que los obispos de Bolivia denuncien "la degradación y la destrucción del don precioso de la personalidad, muchas veces en forma irreversible; la degeneración de la juventud y la pérdida de la propia dignidad humana querida por Dios para todos los hombres."¹⁰⁶ Son muchas las familias pobres del

¹⁰³ Juan Pablo II, *La droga provoca...*, p. 24.

¹⁰⁴ Juan Pablo II, *No se puede hablar...*, p. 30.

¹⁰⁵ Conferencia Episcopal de Bolivia, *El narcotráfico está...*, p. 13.

¹⁰⁶ *Ibid.*

altiplano y del valle boliviano que, afectadas por la sequía, salen de sus casas y van con el sueño de la plata a regiones donde se produce la coca. Allí se convierten en objeto de la peor de las explotaciones.

d) El Consejo Pontificio para la Familia afirma que "la droga no es el problema principal del drogodependiente. El consumo de drogas es sólo *una respuesta falaz* a la falta de sentido positivo de la vida."¹⁰⁷ Nos encontramos frente a una realidad violenta donde la caída del carácter moral es efecto del uso de la droga. La persona y la familia se encuentran hoy en una sociedad "pasiva", es decir, sin ideales, pesimista y secularizada. En la sociedad actual encontramos varias alternativas de evasión. La drogodependencia es una de las alternativas de evasión más utilizada actualmente. El significado de la problemática de la drogadicción juvenil se enmarca en un fenómeno social y es un síntoma clamoroso que revela la enfermedad de nuestra sociedad, sus contradicciones y sus crisis.

e) La crisis que padece la civilización de Occidente se caracteriza, entre otros rasgos, por la *decadencia de ideales*, como los religiosos, sociales, patrióticos, que constituían en el pasado un horizonte de realización, un estímulo de superación y un cauce de servicio generoso. Los jóvenes que viven y padecen las características de nuestra civilización occidental son los más afectados, encontrándose con un vacío interior, como lo expresa el Consejo Pontificio para la Familia: "En este relativo desierto espiritual, la juventud siente el vértigo del vacío. Uno se hace adicto a la droga porque carece de motivaciones fuertes en cualquier dirección."¹⁰⁸

¹⁰⁷ Consejo Pontificio para la Familia, *De la Desesperación ...*, p. 28.

¹⁰⁸ Ibid.

2. Causas

No son pocas las causas que identificamos dentro del complicado problema de las drogas. Estas van desde la persona misma con toda su historia personal, el ambiente familiar, la situación social y hasta las que incluyen los intereses económicos y políticos. En la reflexión hecha por el magisterio en estos últimos años podemos identificar como las más fundamentales las siguientes:

A) La **exaltación de una libertad** que no se ve positivamente como una tensión hacia el bien sino como una emancipación de todos los condicionamientos que impiden a cada uno seguir su propia razón. La permisividad inmoderada crea seres incapaces de tolerar las inevitables frustraciones de la vida y, por ello más propensos a recursos artificiales y dañinos, como la sustancia tóxica.

B) Una sociedad donde prima el **utilitarismo**, el **hedonismo** y, con ellos, el individualismo y el egoísmo. Los obispos de Bolivia expresan que la búsqueda de un bien ilusorio bajo la marca del máximo placer termina por privilegiar a los más fuertes creando en la mayoría de los ciudadanos condiciones de frustración y dependencia.

C) La promoción del **consumismo** artificial, contrario a la salud y a la dignidad del hombre, que favorece la difusión de la droga. Este consumismo lleva a crear falsas necesidades y hace que el hombre, en particular los jóvenes, busquen satisfacciones sólo en las cosas materiales, causando dependencia de ellas.

D) Como causas de este triste fenómeno social destacan las de índole **político**, **económico** y **cultural**: la pobreza generalizada; la pérdida del sentido de la responsabilidad por parte de las autoridades, y pérdida del respeto del pueblo a la autoridad y a la ley ; falta de trabajo, sueldos y salarios insuficientes, alienación cultural y la influencia del mercado internacional de la droga.

E) Los obispos vascos expresan como causa importante en el problema de la droga lo que ellos llaman la "**complicidad interior del sujeto**". Este concepto de complicidad interior lo explican como la realidad interior de la persona donde encontramos una mal estructura psíquica, desde los estadios iniciales de la vida infantil, algún trauma grave en fases anteriores a la adolescencia que no han podido superar convenientemente y que les hace presa de la toxicomanía. Es verdad que un porcentaje apreciable de jóvenes se drogan habitualmente, pero un porcentaje mucho mayor no cae en la trampa de la droga, aunque la haya probado ocasionalmente. Señalan los obispos vascos que "los adolescentes y los jóvenes que viven un conflicto actual agudo en su entorno familiar, escolar o sentimental, la huida hacia la droga se convierte en una falsa y cómoda salida o refugio."¹⁰⁹ A esto hay que sumar el aumento espectacular del mercado de la droga y la facilidad extraordinaria de acceder a él.

F) Cabe hacerse la pregunta presentada por los obispos del País Vasco, **¿Por qué se drogan nuestros jóvenes?** Esta cuestión no puede ser respondida sólo desde la clave de las causas que concurren para la emergencia de este fenómeno. Ha de ser resuelta desde la clave de los motivos que inducen a los jóvenes a este modo de vida. Es preciso analizar y combinar causalidad y significación.

El hombre en su proceso hacia la madurez humana tiene que aprender a posponer la satisfacción inmediata de muchos de sus deseos. La droga interfiere con este proceso presentándose como una aparente alternativa. Los obispos vascos lo expresan de la siguiente manera: "La droga está unida a la satisfacción inmediata de los deseos, el hombre madura en la medida en que va diferenciando la satisfacción inmediata de sus deseos en aras de unos ideales. El hueco entre la emergencia del deseo y la satisfacción diferida hace que aquél se elabore, se humanice y se domestique. Cuando la satisfacción es inmediata, el deseo

¹⁰⁹ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 13.

imperioso y exigente no se saborea pausadamente ni aquieta suficientemente el espíritu humano.¹¹⁰ Pronto surge un nuevo deseo más apremiante de un objeto más intensamente excitante. Recurrir a la droga sería la expresión de un deseo de satisfacción que no sabe labrar y conseguir su propio objetivo. La droga se lo proporciona de inmediato, pero irrealmente y por un momento. Esto es lo que identifican los obispos vascos como la evasión a un mundo ilusorio.

De la distancia que hay entre la realidad vivida y el ideal soñado brota la inquietud. Esta inquietud, que caracteriza al ser humano y lo distingue del animal, puede orientarse en una doble dirección: asumir la realidad, tal cual es, o acercarla al ideal transformándola. Esto es costoso para el adolescente y para el joven, poco avezados, pacientes y preparados para tolerar la frustración que nace de la constatación de que, tras los esfuerzos, subsiste la distancia entre el ideal y la realidad. Surge entonces la tentación de orientar la inquietud en otra dirección. El sujeto intenta negar la realidad y huir hacia la construcción imaginaria de un mundo feliz. La droga se convierte en el vehículo apto para este viaje imaginario.

G) La **crisis económica**, con su alta tasa de desempleo juvenil, las deficiencias de equipamiento deportivo, sanitario y el fenómeno terrorista, que han concentrado la atención de la sociedad, son factores que han contribuido al rápido desarrollo del problema de la droga.

H) La rápida **alteración del modelo familiar**, las corrientes permisivas en la educación, el consumismo alocado de los últimos decenios, la crisis de valores, el desinflamiento de los ideales sociales y políticos y el oscurecimiento del sentido religioso de la vida.

¹¹⁰ Ibid., p.14.

3. Narcotráfico

Nos encontramos con una postura de rechazo por parte del magisterio hacia el narcotráfico. Este está identificado con la muerte y la destrucción de la dignidad y la libertad de la persona.

El Papa Juan Pablo II, denuncia el narcotráfico como el resultado de la ambición del dinero y la pérdida de los valores morales: "En nuestro tiempo surgen nuevas y más sutiles formas de esclavitud porque *"el misterio de la iniquidad"* no cesa de actuar en el hombre y en el mundo. La ambición por el dinero se enseñorea del corazón de muchas personas y las convierte mediante el comercio de la droga en traficantes de la libertad de sus hermanos. Los narcotraficantes, los nuevos *"mercaderes de la muerte"*, conducen a sus víctimas a la destrucción de su propia personalidad."¹¹¹ Las consecuencias del narcotráfico para la vida del hombre están enmarcadas dentro de una cultura de la muerte. Así, los obispos de Perú se hacen eco de esta realidad cuando manifiestan que el narcotráfico, en sí mismo (además de las matanzas directas realizadas por los implicados en él) es un asesinato porque destruye vidas enviando a los adictos, esclavizándolos y degradándolos moralmente.

La actitud que pide el magisterio para con el narcotráfico es de un total y absoluto rechazo. Hay que reprobar con toda firmeza la conducta de los grandes "profesionales" del tráfico de la droga y de todos aquellos que colaboran con éstos. Los obispos vascos expresan firmemente que "la misión profética obliga igualmente a formular sin paliativos una severa censura de la conducta de aquellos estados multinacionales y ejecutivos implicados, en un grado u otro, en el tráfico de drogas."¹¹²

La situación del narcotráfico no se da sólo en una nación, sino que es ante todo un problema de dimensiones internacionales. Conlleva un gran montaje económico. Los obispos

¹¹¹ Juan Pablo II, *La droga, nueva...*, p. 25.

¹¹² Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 17.

de México así lo afirman: "Es en otros países como en los EE.UU., donde operan los grandes centros de decisión del narcotráfico y donde está el mayor mercado para el consumo de drogas."¹¹³ Hablar del narcotráfico es entrar en un mundo oscuro de poder e intereses económicos. Los obispos del País Vasco lo recogen en su documento: "La batalla del tráfico de drogas se juega en instancias más escondidas y más poderosas. En la cúpula se encuentran los grandes traficantes internacionales. Sus beneficios económicos son inmensos y son invertidos en empresas legales e incluso en instituciones benéficas que les sirven de cobertura legitimadora para "*purificar el dinero sucio*" obtenido."¹¹⁴

El tráfico ilícito de la droga genera un creciente volumen de divisas en las economías, tanto a nivel regional como nacional en Perú. En la actualidad, a nivel de dicho país, éstas se encuentran entre los 800 a 1.000 millones de dólares. El narcotráfico genera así el 25% del total de las divisas peruanas. Esta es una cantidad superior a cualquier exportación tradicional (cobre, petróleo, plomo, plata, zinc). La Comisión Andina de Juristas (1988) de Perú indica que las ganancias por el narcotráfico en el área de la selva representan hasta el 50% del PIB del Perú.

Toda esta ganancia económica trae consigo situaciones de inmoralidad que afectan al bien común. Los obispos de Bolivia advierten esta situación en su país y denuncian que "la propagación del narcotráfico en los últimos años ha dejado una grave secuela de inmoralidad, tanto en el dominio privado como en el público; tanto a nivel nacional como a nivel internacional."¹¹⁵

Otra situación que se ha sumado a la ya complicada situación del narcotráfico es el terrorismo. Los grupos terroristas entran en alianza con los cabecillas del narcotráfico para

¹¹³ Conferencia Episcopal de México, *El Narcotráfico...*, p. 49.

¹¹⁴ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p.13.

¹¹⁵ Conferencia episcopal de Bolivia, *El narcotráfico...*, p.13.

expulsar a las autoridades civiles y policiales de las zonas donde operan. A cambio de la protección y el permiso para realizar su negocio, los narcotraficantes abastecen a los grupos terroristas con armas, dinero, alimentos y medios de transporte.

En Colombia, donde la situación del narcotráfico es de una magnitud sin precedentes, los obispos han expresado públicamente que "el único diálogo posible de la Iglesia con los narcotraficantes es el que lleva a la conversión y salvación en el ámbito profundo de la conciencia y del perdón."¹¹⁶ Mientras perseveren en el narcotráfico no hay obra de beneficencia o de piedad que descontamine su vida y sus acciones. Nunca en tal situación serán moralmente aceptables sus donaciones y limosnas.

¹¹⁶ Conferencia Episcopal de Colombia, *Frente al narcotráfico...*, p. 46.

4. Situación Internacional

El problema de la droga supera los ámbitos nacionales. Es una problemática que requiere el concurso de todas las naciones para encontrar una posible solución. Exige un diálogo sincero y solidario a nivel internacional. Ningún país podrá enfrentar exitosamente esta realidad si no cuenta a su vez con el apoyo internacional. La solución debe venir de la cooperación entre los gobiernos, respetando las identidades nacionales y las diferentes culturas.

Es verdad que los países productores de droga tienen parte de la responsabilidad, pero los países consumidores no están exentos. El crecimiento vertiginoso en la producción y comercialización ilícita de la coca responde a la demanda externa. Esta demanda ha ido aumentando notablemente en los últimos años, especialmente durante la década de los 70, siendo la de EE.UU. y la de Europa las de mayor crecimiento.

Los obispos vascos condenan la complicidad de los países ricos diciendo que "los países productores de estas sustancias tóxicas no son los mayores beneficiarios económicos de dichos productos. Quienes se benefician principalmente de este negocio son los países *civilizados*. A éstos les interesa mantener zonas de producción alejadas de su propio suelo."¹¹⁷ Hay intereses concretos por parte de los países ricos. En primer lugar, los geoestratégicos que ayudan a mantener gobiernos inestables que favorezcan o toleren más fácilmente la producción y el tráfico de la droga. Esto hace posible un ingreso saneado aportado a las arcas públicas, por multinacionales e instituciones implicadas. Es sintomático, por ejemplo, que sólo el 10% de las drogas que circulan por el mundo desarrollado sean decomisadas por la autoridad pública. Tal escaso porcentaje sólo se explica desde la clave de un cierto grado de complicidad y tolerancia.

¹¹⁷ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 14.

Los obispos de Colombia señalan que en el marco internacional es necesario una justa solidaridad: "La solución de la problemática de las drogas tiene que partir de convenios internacionales, en que no prevalezcan los criterios de los poderosos, sino la equidad y la justicia entre naciones."¹¹⁸ Es inútil la represión de la producción y oferta, si no obran simultáneamente las acciones restrictivas del consumo. La coordinación entre las naciones se hace necesaria a la hora de combatir esta realidad.

Es necesario la cooperación internacional, buscando un buen desarrollo económico, especialmente en los países productores de droga. Son muy interesantes las expresiones de los obispos EE.UU., cuando presentan su deseo de colaborar con la Iglesia Latinoamericana, en cuyos países el gobierno de EE.UU. se esfuerza por reducir la producción de drogas. En su deseo de colaborar expresan la siguiente preocupación: "Este trabajo ha de ser en conjunto, buscando que la política implantada por el gobierno norteamericano responda a criterios apropiados y no a una política de militarización de la zona, la cual será ineficaz y contraproducente."¹¹⁹

¹¹⁸ Conferencia Episcopal de Colombia, *Frente al narcotráfico...*, p. 46.

¹¹⁹ Conferencia Episcopal de EE.UU., *Mensaje Pastoral...*, p. 394.

5. Aspecto cultural

En países como Bolivia y Perú, con gran población indígena con tradiciones milenarias, la hoja de coca ha sido utilizada como parte de su cultura y tradición. Tanto los obispos de Bolivia como los del Perú, recogiendo el valor cultural de la hoja de coca, subrayan este aspecto cultural al afirmar que "la hoja de coca es un producto que merece respeto y tiene una larga tradición social y cultural muy significativa."¹²⁰ La producción de la hoja de coca debe responder sólo a la demanda del uso tradicional, respetando tan importante herencia cultural de las poblaciones indígenas "exhortamos a los productores de la hoja de coca a que produzcan sólo lo necesario para responder al uso tradicional."¹²¹

El uso legítimo de la coca forma parte de la cultura andina ancestral. Sin embargo, en el año 1975 se incrementó notablemente el número de hectáreas dedicadas al cultivo de la coca y, en consecuencia, su producción, destinándose un altísimo porcentaje a fines ilícitos.

La producción de la hoja de coca está por encima de la demanda para el uso tradicional. Se está creando una situación que va contra los valores de la cultura campesina tanto en Bolivia como en Perú. Los obispos de estos países, que viven de cerca la realidad de los campesinos en las áreas rurales, denuncian que "la incorporación a la siembra ilícita de la coca cambia totalmente el sistema de vida y destruye los valores tradicionales de la cultura campesina, como su sentido comunitario y de solidaridad."¹²²

¹²⁰ Conferencia Episcopal de Bolivia, *Ante el problema...*, p. 38.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² Conferencia Episcopal de Perú, *La Iglesia y ...*, p. 37.

6. Reflexión moral

En esta parte hemos recogido la reflexión moral contenida en los documentos del magisterio. La reflexión moral la hemos enmarcado dentro de la denuncia y el anuncio cristiano. Por un lado, la denuncia del fenómeno de las drogas como la "nueva esclavitud" de nuestro tiempo, y por otro, un anuncio de esperanza para el hombre de hoy que sufre ante tal realidad.

6.1. *Nueva esclavitud*

La problemática de las drogas es valorada por el Papa Juan Pablo II como la "nueva esclavitud de nuestro tiempo". Partiendo de la antropología cristiana, el hombre como persona tiene unos derechos inviolables. Entre éstos se encuentra el derecho a una existencia digna y en armonía con su condición de ser inteligente y libre. El Papa señala que "mirado a la luz de la revelación, este derecho adquiere una dimensión insospechada, pues Cristo con su muerte y resurrección nos liberó de la esclavitud radical del pecado para que fuéramos libres en plenitud, con la libertad de los hijos de Dios."¹²³

La dependencia de sustancias químicas afecta directamente a la dignidad de la persona; es una invasión destructiva a la vida de los consumidores, sus familias y sus comunidades. Conduce a la degradación, a la destrucción del don precioso de la personalidad, en ocasiones de forma irreversible, a la degeneración de la juventud y a la pérdida de la propia dignidad humana. El ser humano ha sido creado por Dios en libertad, amor y esperanza. Las personas que, física, mental y emocionalmente son adictas a las drogas, en contraste con lo anterior, son claramente dependientes, esclavas y viven una gran tristeza.

¹²³ Juan Pablo II, *La droga...*, p. 25.

Debemos luchar decididamente contra esta nueva forma de esclavitud. El Papa Juan Pablo II recuerda en su visita a la ciudad de Cartagena (Colombia), la labor apostólica de Pedro Claver en esta ciudad, que "defendió a las víctimas de la entonces esclavitud, aliviando la situación de los hombres de color, elevando sus espíritus a la certeza de que, a pesar de su triste condición de esclavos, Dios los amaba como Padre y él, Pedro Claver, era su hermano".¹²⁴

En el centro del problema de la drogodependencia se encuentra el hombre, sujeto único e irrepetible, con su interioridad y específica personalidad. Es objeto del amor del Padre que en su plan de salvación lo llama a la sublime vocación de hijo en el Hijo. Este hombre irrepetible y objeto del amor del Padre ve afectada de forma negativa su vocación al entrar en el mundo de la drogadicción. El Consejo Pontificio para la Familia así lo señala: "sin embargo, la realidad de tal vocación es -junto a la felicidad en este mundo- gravemente comprometida por el uso de la droga." En la persona, imagen de Dios, la droga actúa sobre la sensibilidad y sobre el recto ejercicio del intelecto y de la voluntad. El drogodependiente permanece en una situación existencial que no le permite el uso pleno de todas sus facultades, vive en una condición mental que le dificulta su crecimiento como persona humana. Es lo que llama el documento del Consejo Pontificio para la Familia vivir en una adolescencia interminable, además, afirma que el drogodependiente es fundamentalmente un "enfermo de amor".

Para vivir los valores humanos y cristianos en modo auténtico, además de la indispensable ayuda de la gracia divina, son necesarios: la libertad del espíritu contra el materialismo y el consumismo; la verdad sobre el bien y el hombre contra el utilitarismo y el subjetivismo ético y la grandeza del amor que busca el bien del otro. Estamos ante una realidad que requiere grandes dosis de amor para sanarse y liberarse. Los obispos vascos

¹²⁴ Juan Pablo II, *La droga...*, p.25.

afirman que el amor misericordioso de Dios mira de modo especial a quienes necesitan más acción compasiva y liberadora. El Señor ha dicho que "son los enfermos los que tienen necesidad del médico" (cfr. Mt 9,12; Mc 2,17; Lc 5,31).

6.2. *Liberación y esperanza*

Hablar de liberación y esperanza desde el paradigma cristiano es vivir la vida a la luz de la fe. Los obispos vascos así lo declaran: "Ningún problema humano es ajeno a la fe ni escapa al interés de la comunidad eclesial. La fe cristiana proclama, en primer lugar, que vale la pena vivir esta existencia humana surcada por la impotencia, la contradicción y el sufrimiento. La vida está dotada de un sentido: construir piedra a piedra la humanidad nueva, proclamada e inaugurada por Jesús."¹²⁵ Por ello, la fe es una experiencia contraria al absurdo. Pero, además, nuestra fe nos descubre que, lejos de ser una carga insoportable, la vida es buena, es un regalo de Dios. Se puede y se debe vivir sin droga. Es más, no se puede vivir una vida auténticamente humana bajo la esclavitud de la droga.

El hombre, en su condición de fragilidad y debilidad, no puede olvidar que es criatura amada, que lleva consigo una dignidad que le impide una total corrupción. Los obispos vascos así lo anuncian: "creer en el Resucitado comporta albergar la convicción profunda de que nunca llega el ser humano a estar totalmente corrompido ni envilecido." Por muy deteriorado que se encuentre el toxicómano en su organismo, su psicología y su sentido moral, hay una posibilidad de recuperación.

Pablo VI dice en la ("Evangelii nuntiandi", n. 9) que la salvación es "liberación de todo lo que oprime al hombre, especialmente del pecado. Esta liberación es liberación de todos los automatismos psíquicos que hacen al hombre esclavo y desgraciado. Es liberación de los

¹²⁵ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 16.

condicionamientos sociales que le envilecen y empañan su dignidad de hijos de Dios. Es, finalmente, liberación de la muerte que queda definitivamente vencida por la resurrección final.

El primer paso para esta liberación lo vemos en Jesucristo que obviando los usos y la mentalidad estrecha de su tiempo, se acercó a los excluidos de la sociedad: las prostitutas, los publicanos, los leprosos y los endemoniados. Los invitó a entrar en su comunidad. Restauró así su dignidad perdida devolviéndoles la libertad de los hijos de Dios y conduciéndoles a reconciliarse con ellos mismos, con los demás y con Dios Padre.

El hombre no es dueño absoluto de su vida y, al recibirla, adquiere el deber de desarrollarla hasta su plenitud, darle creciente calidad, pues toda vida es vocación al desarrollo y al progreso ("Populorum Progressio", núm.15).

7. Respuesta de la Iglesia

El Concilio Vaticano II, en la Constitución *Gaudium et Spes* n. 1, afirma: "Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo."

La Iglesia quiere identificarse con el caminar de la humanidad y para ésta tiene palabras de esperanza que la motivan a continuar buscando el bien aun en aquellos momentos en que parece que no hay salida. El Papa Juan Pablo II expresa, como un derecho del hombre, "Esperar contra toda esperanza, jamás se debe abandonar la esperanza, incluso cuando, humanamente hablando, ésta podría aparecer como vacía e inconsistente."¹²⁶ Hay que recuperar los valores humanos del amor y de la vida, los únicos que son capaces de ser iluminados por la fe cristiana de dar pleno significado a la existencia del hombre.

Hay una respuesta afirmativa por parte de la Iglesia: la recuperación del drogodependiente sí es posible. Lo manifiesta el Papa con las siguientes palabras: "Ha sido concretamente probada la posibilidad de recuperación y de redención de la pesante esclavitud con métodos que excluyen rigurosamente cualquier concesión a la droga, legal o ilegal, con carácter sustitutivo. La droga no se vence con la droga"¹²⁷

La sociedad no puede ser indiferente; hay que legislar para crear estructuras que respondan con justicia y compromiso a esta difícil realidad. Hay que intentar sanar situaciones de malestar personal, entre las cuales destacan las crisis de familia, que es el principio y fundamento de la sociedad humana, el desempleo juvenil, la vivienda, los servicios socio-sanitarios y el sistema escolar.

¹²⁶ Juan Pablo II, *No se puede hablar...*, p. 30.

¹²⁷ Comisión Pontificia de la Familia, *De la Desesperación...*, p. 28.

Afirma el Papa que "la Iglesia en su vocación de ser levadura evangélica en la sociedad ha de continuar acompañando a todos los que se enfrentan, con entrega responsable, con las plagas sociales de la droga para animarlos y apoyarlos con la palabra y con la gracia de Cristo. El es la luz que ilumina al hombre y puede conducirlo a la obtención de una existencia más madura y más digna."¹²⁸ También los obispos vascos se identifican con esta actitud de dar respuesta y no permanecer como simples expectadores ante la problemática de las drogas: "Ante esta situación no podemos permanecer indiferentes ni inactivos, este es un hecho social de mucha envergadura. Descubrimos en él una llamada del Señor que exige de sus seguidores una respuesta lúcida, abnegada y concertada."¹²⁹

Un primer paso es que el drogodependiente recupere su autoestima y su dignidad como lo expresa el Papa: "Hay que llevar al drogodependiente al descubrimiento o redescubrimiento de la propia dignidad de hombre; ayudarlo a hacer resurgir y crecer como sujeto activo aquellos recursos personales que la droga había sepultado mediante una confiada reactivación de los mecanismos de la voluntad orientada hacia seguros y nobles ideales"¹³⁰ La verdad sobre el hombre y sobre Cristo debe estar en el centro de una recuperación integral. Los hombres tienen necesidad de la verdad, tienen necesidad absoluta de saber por qué viven, mueren y sufren.

Otra importante actitud por parte de la Iglesia es tener una particular solicitud pastoral hacia los individuos cuyas existencias están marcadas por tragedias personales y devastadoras, y hacia las sociedades que se encuentran ante el deber de dominar un fenómeno siempre más peligroso. En la comunidad cristiana, las familias o los grupos de

¹²⁸ Juan Pablo II, *No se puede hablar...*, p.31.

¹²⁹ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 18.

¹³⁰ Comisión Pontificia de la Familia, *De la Desesperación...*, p. 28.

familias, deberían hacerse disponibles para acoger o asistir al drogodependiente en la fase de reinserción social o laboral.

Los obispos de Bolivia manifiestan su deseo de acercarse a todos y a cada uno de los que se están dejando llevar por el vicio de las drogas, y también acercarse a aquéllos que practican la actividad del narcotráfico. Su acercamiento no es condenatorio, es más bien un intento de diálogo. Hay que despertar en los afectados una reflexión crítica sobre la situación que están viviendo.

El creyente debe mirar al consumidor de drogas con los ojos de Jesús. Con esta actitud podrá ofrecer ayuda en el proceso de regeneración y reinserción social al drogodependiente. La actitud de acercamiento al drogodependiente no puede ser paternalista; ha de ser una actitud fraternal que provoque en él un sentido de responsabilidad para consigo mismo. Los obispos vascos, hablando sobre la actitud de acercamiento al drogodependiente, señalan que "la ayuda a ofrecerse a las víctimas de la droga no puede ser paternalista. Hemos de acercarnos a ellos con espíritu verdaderamente fraterno, teniendo la convicción de que ellos son los protagonistas de su propia recuperación."¹³¹

En este cuerpo, que es la Iglesia, todos somos responsables unos de otros. En la Iglesia estamos llamados a vivir la solidaridad y fraternidad especialmente con los miembros más débiles son los que merecen un trato y un cuidado especialmente delicado (cf. Rm. 12,4-21; 1Co. 12, 12-13). Los Obispos del País Vasco reclaman que los jóvenes drogodependientes merecen un trato especialmente cuidadoso de parte de la comunidad eclesial. Son miembros enfermos del Cuerpo de Jesús.

Este acercamiento solidario, en el que hay presente un anuncio de esperanza y una denuncia contra la esclavitud, queda sustancialmente incompleto si no va acompañado del

¹³¹ Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo...*, p. 17.

compromiso liberador. Los obispos vascos así lo reconocen cuando indican que: "el mundo de los drogodependientes es un campo ineludible y privilegiado para el compromiso liberador de la Iglesia." ¹³²

Nadie tiene, actualmente, fórmulas y medios de solución adecuados ante la gravedad y extensión de esta lacra social. Las tareas propuestas son: prevención, rehabilitación del drogodependiente, atención a su familia, y vigilancia al tráfico de drogas. No podemos hablar sólo desde categorías de persecución y sospecha; hay que buscar nuevas alternativas. Los obispos mexicanos aportan la siguiente conclusión: "la persecución de los delincuentes es necesaria, sin embargo, ésta nunca será la solución adecuada a un problema tan grave."¹³³ La escuela y los profesionales deben poner sus mejores esfuerzos en esta noble tarea de salvaguardar la vida humana, la naturaleza y el bienestar de la patria.

La familia tiene un rol insustituible, ya que la educación y promoción de los valores auténticamente humanos le concierne en primer lugar. Los obispos de EE.UU. reconocen el lugar privilegiado de la familia para la prevención del problema de la drogadicción, ya que "la familia juega un papel esencial en la prevención. Buenos modelos de familia, relaciones estables y presencia del amor familiar constituyen la mejor esperanza para una sociedad libre de drogas y plena de vida."¹³⁴

La familia debe estar presente en todo el proceso de tratamiento, acompañando y apoyado al consumidor de droga para que pueda recuperarse y sanarse. Hay situaciones en que las familias viven la prolongación del calvario del Crucificado. Están en pie, como María,

¹³² Ibid.

¹³³ Conferencia Episcopal de México, *El narcotráfico...*, p. 50.

¹³⁴ Conferencia Episcopal de EE.UU., *Mensaje Pastoral...*, p. 392.

junto a la cruz en la que va acabándose el hijo, el hermano, el esposo. Aceptan tomar parte en la cruz de Cristo. Aceptan "completar en su propia carne lo que falta a la pasión de Cristo, por su Cuerpo que es la Iglesia" (cf.Col. 1,24).

Resumen

Para concluir este capítulo, queremos recoger aquellos puntos que presenta el magisterio y que se discuten actualmente dentro del debate sobre la política a llevarse a cabo contra las drogas. Aunque las aportaciones del magisterio no se dan dentro del marco del debate actual, sin embargo, pueden ser pistas de orientación.

Dentro de la reflexión del magisterio no encontramos una postura de defensa a una u otra política sobre las drogas. No obstante, encontramos fuertes críticas a la política prohibicionista. Hay consenso en que actualmente la problemática de las drogas se sigue extendiendo y que cada día se sigue complicando. El magisterio ha pedido nueva legislación para crear estructuras que respondan con justicia y compromiso a esta difícil realidad. Esto, nos hace pensar en la insatisfacción con la legislación vigente que no logra enfrentar la situación eficazmente.

Se rechaza toda actitud paternalista para con el drogodependiente. El magisterio mira al drogodependiente como una persona que es capaz de ser protagonista de su propia recuperación. No se puede enfrentar el problema de las drogas desde una categoría de persecución y sospecha, hace falta algo más. Entendemos que ese "algo más" va más allá de la política actual. Se está pidiendo creatividad y nuevas alternativas al problema por parte del magisterio.

Hablan también del respeto a tradiciones culturales en las que se utiliza la hoja de coca, lo cual requiere una nueva visión de la problemática a nivel internacional evitando la represión y la persecución a estas poblaciones. Inclusive rechazan la militarización de los países productores.

Cuando hablan del narcotráfico, el cual rechazan totalmente, denuncian un montaje económico que hace que los beneficios de la venta ilegal de drogas lleguen a países ricos. Lo que se puede considerar que la política actual no es eficaz ante el problema del narcotráfico.

También expresa el magisterio que la droga no se vence con la droga. Igualmente hablan de que la droga actúa sobre la sensibilidad y sobre el recto ejercicio del intelecto y de la voluntad cosa que hace que el drogodependiente permanezca en una situación existencial que no le permite el uso pleno de todas sus facultades. Esto podríamos aplicarlo como una crítica a la legalización de las drogas.

Podemos concluir, que el magisterio no opta por una política específica contra las drogas, sin embargo, encontramos en su reflexión puntos importantes que abren una puerta a considerar nuevas alternativas ante situaciones concretas que la política actual de prohibición no soluciona.

**□ CAPITULO 3 DEBATE SOBRE POLITICA
DE LIBERALIZACION VS POLITICA
PROHIBICIONISTA DE LAS DROGAS**

Introducción

Este capítulo incluye el debate actual sobre la política a seguir respecto a la problemática legal de las drogas. En este debate identificamos dos grandes posturas: la política prohibicionista o represiva contra las drogas (la más utilizada y promovida actualmente a nivel internacional) y la política liberalizadora que se implantaría con la legalización o la despenalización de la venta y el consumo de droga. Los que promueven la despenalización señalan que ésta requiere para su implantación el concurso internacional de todas las naciones.

Actualmente la política implantada en la mayoría de los países es la prohibicionista con EE.UU. como país abanderado y promotor internacional. La Convención de la ONU contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, realizada en Viena el 20 de diciembre de 1988, marcó la política a seguir contra la problemática de las drogas. No son pocos los países que anteriormente a esta Convención tenían una legislación más liberalizadora y despenalizadora hacia las drogas. Sin embargo, debido a la presión internacional, han comenzado a dar un giro con énfasis prohibicionista y en sus políticas a nivel nacional.

Igualmente en la Convención del Consejo de Europa de 1990, posterior a la de Viena, se enfatizó la política prohibicionista, dejándose sentir en la regulación de los países europeos, como Holanda y España, que contenían elementos despenalizadores en sus legislaciones.

No obstante, el debate va en aumento y con mayor intensidad. No son pocos los que piensan que la actual política criminal en materia de tráfico y consumo de drogas no resuelve el problema y que éste cada día se extiende y se complica más.

Las dos posturas que se encuentran hoy en debate, tanto la prohibicionista como la liberalizadora, buscan honestamente solucionar el problema de las drogas en toda su amplitud. Ambas tienen fundamentos valiosos que requieren un diálogo sin apasionamientos ni extremismos. El gran reto es encontrar una salida que recoja elementos válidos de ambas propuestas en beneficio del bien común.

Veremos en este capítulo como la problemática de las drogas contiene un conglomerado de realidades que entran en conflicto e interaccionan haciendo más difícil y complicada esta situación. Se necesita una visión global del problema, igualmente que el consenso de todos los países para entrar en un diálogo maduro que alcance soluciones eficaces. Este capítulo presenta el esfuerzo de personas que se encuentran en el debate actual sobre las drogas y que buscan una salida que logre disminuir o solventar tanto el tráfico como el consumo de drogas.

1. LA ACTUAL POLÍTICA PROHIBICIONISTA

La política prohibicionista es hasta ahora la implantada en la mayoría de los países y la más promovida a niveles internacionales. Es la que cuenta con el mayor apoyo económico y la más criticada, dados los resultados obtenidos hasta el momento en cuanto al consumo y tráfico de drogas. Las medidas de política pública adoptadas contra el consumo de drogas pueden ser diseñadas contra la oferta, contra la demanda o contra ambos lados del mercado.

A) Contra la demanda

Si la política pública se dirige contra la demanda, incrementando la persecución de los consumidores e imponiendo mayores sanciones, el precio efectivo de la droga asociado con cualquier precio monetario aumentará y se reducirá la cantidad demandada de la misma para cada precio monetario. Una reducción de la demanda supone "una reducción en el volumen de gasto y en la tasa de nuevas adicciones, reduciendo así los costes sociales."¹³⁵

Si la acción contra la demanda se hace a través de políticas de disuasión el resultado será una reducción de la demanda por sí misma sin que haya aumentado inicialmente el precio efectivo. Otra forma de acción contra la demanda es la reducción de los beneficios obtenidos de los delitos contra la propiedad.

Los programas de rehabilitación pueden ser también una buena medida para actuar sobre la demanda, siempre que no generen un aumento en la tasa de nuevas adicciones. Las políticas o programas de rehabilitación reducen los costes a largo plazo de la adicción.

Los resultados son mucho más efectivos cuando se hace una combinación de medidas de presión contra los consumidores y de disuasión acompañadas de programas de rehabilitación. Las medidas de presión son fundamentales para mantener alto el precio de la

¹³⁵ Varios, *¿Legalizar las drogas?*, Popular, Madrid, 1991, 109.

droga, lo que debería generar rechazo hacia el consumo por parte de los no adictos, e incentivaría a los drogodependientes a acogerse a las políticas de rehabilitación. Las medidas de disuasión tienen gran importancia como medida preventiva actuando sobre la población sometida a riesgo, como es la población joven, para eliminar su deseo de experimentación.

B) *Contra la oferta*

Las medidas de política pública contra la oferta se manifiestan fundamentalmente a través de una mayor persecución sobre los importadores y sobre los distribuidores, lo que supone una mayor probabilidad de ser detenidos, arrestados o encarcelados. Estas medidas ocasionan un aumento en el precio efectivo de la droga, tanto por el elevado precio monetario, como por el aumento en los costes de búsqueda para los consumidores, lo que conlleva una reducción en la tasa de nuevas adicciones.

Una política general en este campo contribuirá a frenar y reducir el consumo de drogas que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo. Como ejemplo de una política pública a seguir tenemos el *Plan Nacional Sobre Drogas* en España que presenta los siguientes objetivos a conseguir:¹³⁶

- *Reducción de la oferta y de la demanda.*
- *Disminución de la inseguridad ciudadana.*
- *Oferta de una Red Pública de servicios de atención suficiente y transparente para el consumidor y para la sociedad en su conjunto.*
- *Coordinación y cooperación de las administraciones e instituciones sociales implicadas en el problema.*

¹³⁶ MARTINEZ A. y MOYA F., *Legislación sobre drogas*, Tecnos, Madrid, 1990, 1207.

A continuación, pasamos a desarrollar los elementos importantes para entender la política prohibicionista de las drogas:

- **Fundamentación**
- **Convención de la ONU de 1988**
- **Relación droga-delincuencia**
- **Rol del Derecho Penal**

1.1. *Fundamentación:*

a)- *Intervención del Estado*: Se refiere al deber de intervención del Estado para evitar todo lo que deteriore la salud de sus ciudadanos en aras al bien común: "es natural y necesaria la intervención del Estado en un interés tan grande como es la salud pública."¹³⁷ La intervención estatal en esta materia se justifica porque existen unos bienes jurídicos afectados, de cuya tutela y protección está obligado el Estado por imperativos de orden constitucional. Si la política actual no ha tenido éxito, lo que debe hacerse es aumentar la represión penal aplicando sanciones a los consumidores, incrementando los efectivos policiales, aduaneros, etc.

Mediante la prohibición se busca, por un lado, restringir la oferta de drogas ilegales en el mercado negro (persecución de productores, contrabandistas, comerciantes, intermediarios...) y, por otro, limitar la demanda de dichas drogas ilegales (sancionando a los consumidores principiantes, ocasionales y dependientes).

b)- *La salud pública*, es otro argumento presentado como bien jurídico, esencial en tanto que es un principio rector de la política social y un valor imprescindible para el desarrollo equilibrado y armónico de la sociedad. El consumo de drogas ilegales es peligroso y daña la salud del propio consumidor.

Por ello, se resaltan los graves daños que las drogas ilegales causan en la salud de las personas. Se busca desalentar el consumo: "La legalización acarrearía un notable aumento de consumo y que el recurso al derecho penal está plenamente justificado por esas gravísimas consecuencias."¹³⁸ Las drogas ilegales tienen efectos devastadores en el organismo humano,

¹³⁷ Varios, *¿Legalizar...*, 191.

agravados más aún por la aparición de determinadas enfermedades o secuelas directamente vinculadas a su consumo. No es solución equipararlas en su tratamiento a las drogas legales o institucionalizadas.

c)- *La libertad y autonomía personal del individuo*, que quedan seriamente mermadas por la dependencia que generan las drogas. Los drogodependientes son considerados como personas que no pueden valerse por sí mismas, ya que son víctimas de sus impulsos irresistibles. Necesitan de otros que les protejan y les liberen de estos impulsos.

d)- *La seguridad, tanto personal como colectiva*. El Estado está llamado a garantizar la seguridad ciudadana. La condición de drogodependiente predispone al individuo a acciones delictivas, ya que "la adicción a determinadas drogas produce una pérdida de los frenos inhibitorios, como consecuencia de la dramática destrucción física y psíquica del adicto. Esto crea una situación de aislamiento social y de marginación con importantes potenciales delictivos."¹³⁹

e)- *Las bases políticas, económicas y culturales de la organización social y de la estabilidad democrática del Estado*: La producción y venta de la droga crea tal ganancia económica ilegal, al margen de la economía legal del Estado, que pone en peligro su estabilidad. Por esto se reconoce que "la capacidad económica y organizativa desarrollada por los narcotraficantes es tal que está socavando las economías lícitas de muy diversos países, corrompiendo las estructuras administrativas, comerciales y financieras. Afectando de modo directo a la estabilidad, seguridad y soberanía de los Estados."¹⁴⁰

¹³⁸ Ibid., p. 192.

¹³⁹ Gafo J., *Ética y Legislación en Enfermería*. Madrid: Ed. Universitas, 1994, 362.

Un gobierno fuerte conseguiría resolver el problema. Ejemplo de esto es la proclamación de "la guerra contra las drogas", como estrategia purificadora del cuerpo social conducida por el Estado. Esta se inició en EE.UU. con un sentido redentor: salvar al mundo de la plaga de la droga.

f)- *Peligro de incremento de la drogadicción*: la legalización podría ocasionar un aumento, tanto del número de drogodependientes, como de la droga consumida sin que necesariamente se eviten las muertes por sobredosis.

La persona drogodependiente necesita de un control externo que le evite el consumo de droga. Se considera que "dejar a los drogodependientes a su suerte y proporcionarles drogas baratas o gratuitas, lo que hace es contribuir a prolongar y agravar una dependencia que, en muchos casos, tiene gravísimos efectos nocivos para la salud física, psíquica y social."¹⁴¹ Conlleva el peligro de promover un imprevisible aumento del número de los afectados, con más familias y hogares destrozados. Sería muy difícil evitarlo con fuertes restricciones que serían al mismo tiempo contrarias a la filosofía liberalizadora.

La Junta Internacional de Fiscalización de Drogas de la ONU ha expresado que "los posibles drogodependientes interpretarán la despenalización como una confirmación de la legitimidad del consumo de drogas y es de prever que condujese a una explosión del uso indebido, acompañada de fallecimientos relacionados con la droga, una escalada de los gastos en atenciones de salud, la destrucción de familias y de valores básicos que rigen el comportamiento en sociedad."¹⁴²

¹⁴⁰ Díez J. y Lorenzo P., *La Política Criminal Sobre Drogas, Una Perspectiva Comparada*. Valencia: Ed. Tirant lo Blanch, 1993, 584.

¹⁴¹ Gafo J., *Ética y Legislación...*, 362.

¹⁴² ABC, 12 de febrero de 1993.

1.2. *Convención de la ONU de 1988:*

El énfasis de esta Convención es la especial preocupación por los efectos del tráfico y del consumo sobre la infancia. El acento se coloca en las repercusiones de tipo político, económico y cultural del tráfico ilícito. Se reconoce que la capacidad económica y organizativa desarrollada por los narcotraficantes es tal que está socavando las economías lícitas de muy diversos países. Como afirma el Documento de la Convención: "Las partes de la presente Convención profundamente preocupadas por la magnitud y la tendencia creciente de la producción, la demanda y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad, desean que esta Convención internacional sea instrumento completo, eficaz y operativo, específicamente dirigido contra el tráfico ilícito, en la que se tomen en cuenta los diversos aspectos del problema en su conjunto, en particular los que no estén previstos en los tratados vigentes en la esfera de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas."¹⁴³

Incluimos a continuación algunos aspectos importantes de la Convención que sirven de modelo para implantar las diferentes legislaciones nacionales:

A) Objeto material de los delitos

Incluye como objeto material de los delitos los estupefacientes y sustancias psicotrópicas con extensión a los precursores químicos precisos para elaborar ciertas drogas. También se añaden, en segundo lugar, los equipos y materiales destinados a fines de cultivo, fabricación o tráfico de las drogas. Como objeto material hay que considerar igualmente,

¹⁴³ Boletín Oficial del Estado Español, 10 de noviembre de 1990, núm. 270.

dados los delitos de recientemente incluidos, a los bienes obtenidos o derivados, directamente o indirectamente, de las actividades de tráfico.

B) Conductas delictivas básicas incluidas

En primer lugar incluye las conductas de tráfico de drogas. Se castiga el cultivo de adormidera, arbusto de coca y planta de cannabis con finalidades productoras, aunque no sean necesariamente de tráfico. Se consideran conductas punibles el cultivo, la adquisición y la posesión para el consumo personal, cerrando el paso a partir de ese momento a interpretaciones de los Convenios anteriores que estimaban que el consumo y los actos con él relacionados no estaban penados.

C) Comportamientos específicos de ejecución imperfecta, de autoría y participación

Se penaliza la fabricación, transporte o distribución de materiales, equipos o precursores químicos con conocimiento de que se pretende utilizarlos con fines de cultivo, producción o fabricación ilícitos de drogas. Se castigan la participación, la asistencia, la incitación, la facilitación y el asesoramiento en la realización de conductas relacionadas la producción y tráfico de drogas.

D) Conductas agravadas

Se deberán elevar las penas si se usa violencia o armas, si se utilizan menores o éstos son víctimas. Se aumentarán las penas si las conductas se realizan en centros penitenciarios, educativos, asistenciales, deportivos, sociales o en sus inmediaciones. Igualmente hay conducta agravada, si se cometen por funcionarios públicos en actividades relacionadas con su cargo y en el caso del delincuente que está integrado en la delincuencia organizada.

E) *Penalización*

La Convención insiste en que las sanciones estén en consonancia con la gravedad de estos delitos, lo que implica la imposición de penas privativas de libertad y pecuniarias, además de la del comiso. La pena del embargo o comiso desempeña un papel fundamental como instrumento de menoscabo del poderío económico del narcotráfico.

Se han previsto medidas complementarias o sustitutivas a las penas. Así se acepta, en los casos de infracciones leves, si el delincuente es drogodependiente, en los casos de suspensión del fallo o la remisión condicional vinculadas a medidas de reinserción y tratamiento. Se aconseja un uso muy limitado de la remisión y de la libertad condicional.

F) *Medidas procesales*

Se admite la suspensión de toda actividad policial o judicial contra testigos o peritos que consientan trasladarse a otro país para colaborar en una investigación o actuación judicial por los actos delictivos realizados con anterioridad en el país donde testifican hasta que hayan tenido oportunidad de abandonar tal país.

G) *Medidas de cooperación internacional*

Se introduce el mecanismo de la entrega vigilada. Esta consiste en dejar que remesas ilícitas o sospechosas de contener drogas prohibidas salgan, atraviesen o entren en el territorio de uno o más países, con el conocimiento de sus autoridades y la finalidad de identificar a las personas involucradas en la operación delictiva. Hay también otras reglas tendentes a facilitar la extradición o, en su defecto, a asegurar el enjuiciamiento y el cumplimiento de la condena por parte del delincuente.

1.3. *Relación droga y delincuencia:*

En la actualidad, la relación entre la conducta delictiva y el consumo de drogas se ha convertido en uno de los temas preferidos de estudiosos de investigaciones sociales. Se pretende clarificar el modo como se relacionan consumo y delincuencia. En realidad, y a pesar del gran número de estudios previos realizados que han sugerido la existencia o no de relación causal entre droga y delincuencia, y en los que a menudo se basa la política de control social, únicamente existe acuerdo en afirmar que "la relación existe pero que la naturaleza precisa y dirección de esta vinculación permanece inespecífica y en controversia."¹⁴⁴

Para profundizar en la comprensión del problema de las drogas y posibilitar el estudio de la relación droga-delincuencia, una condición necesaria es identificar los tipos de droga consumida y delimitar cualitativa y cuantitativamente la conducta de consumo de las distintas drogas. Hay que profundizar en el conocimiento de los siguientes parámetros relacionados con el consumo:

A) *Frecuencia del consumo de cada droga.* La frecuencia de consumo puede ser clasificada como:

esporádica- es el consumo con ocasión de alguna circunstancia especial
(ej., alguna fiesta o reunión).

experimental- se refiere al consumo de una o más drogas que causan dependencia, una o varias veces, sin que su utilización se haya convertido en una práctica habitual.

sistemático o habitual- que implica el consumo de una o varias drogas de forma frecuente y durante un periodo relativamente largo.

¹⁴⁴ OTERO J., *Droga y Delincuencia*, Pirámide, Madrid, 1996, 9.

- B) *Periodo de tiempo.*
- C) *Existencia o no de policonsumo.*
- D) *Cantidad de droga consumida.*

A continuación presentamos tres categorías de delitos relacionados con las drogas. Estas han sido formuladas por el *Panel de Estudio del Consumo de Drogas y la Conducta Criminal* de EE.UU. Hacen énfasis en la relación droga-delinuencia, el tipo de consumo y el coste humano, social y económico.¹⁴⁵

Las tres categorías son:

a). **Delitos directamente relacionados con las drogas:** son aquéllos que tienen como finalidad el conseguir dinero para mantener el consumo (ej., delitos contra la propiedad y contra las personas). También se incluyen los que pueden estar originados por los efectos específicos de las drogas (ej., delitos con violencia).

b). **Delitos en el sistema de distribución de drogas:** que hacen referencia al mantenimiento de los medios necesarios para asegurar el fluido ininterrumpido de drogas en el mercado. El alcance real de este tipo de delitos es desconocido ya que la información acerca de la red de distribución es guardada por los agentes del cumplimiento de la ley para poder ser utilizada en las acusaciones ojuicios a los presuntos delincuentes.

¹⁴⁵ Ibid., p.38.

c). **Delitos definidos por las drogas:** incluyen la posesión y el tráfico de drogas. Estos delitos son considerados como tales en virtud de sanciones legales dirigidas a la prohibición del consumo.

Estudiosos del tema en España, como son Elzo J., Lidon J. y Urquijo M., presentan cuatro conceptos básicos en la relación droga-delincuencia a saber.¹⁴⁶

a). **Delincuencia inducida:** es la que tiene su origen en la intoxicación producida por la ingesta de sustancias. La delincuencia dependerá de los efectos que las drogas tengan sobre el organismo. Se relaciona con delitos contra las personas, contra la libertad sexual, contra la seguridad interior del Estado, contra la seguridad en el tráfico y ocasionalmente contra la propiedad.

b). **Delincuencia funcional:** es la realizada por un drogodependiente con la finalidad de procurarse la droga que necesita y evitar los efectos indeseables de la abstinencia. Los delitos más característicos son los lucrativos, delitos de falsedades (ej., falsificación de recetas) y malversación.

c). **Delincuencia relacional:** son las actividades delictivas que se producen en torno al consumo de drogas y que son facilitadoras de dicho consumo. Aquí entran las conductas realizadas por consumidores, las de tráfico de drogas, y la compra o venta de objetos de conocida procedencia ilegal.

¹⁴⁶ ELZO J. y otros, *Delincuencia y Drogas*, Analisis Jurídico Sociológico, P.G.V., Vitoria, 1992.

d). **Tráfico por no consumidor:** se trata del delito de tráfico de drogas realizado por un no consumidor. Este concepto, aunque es un subtipo de la delincuencia relacional, requiere un tratamiento diferenciado, fundamentalmente por razones metodológicas, con el fin de no confundirlo con el supuesto de que el tráfico lo realiza un consumidor.

1.4. Rol del Derecho Penal:

El Derecho Penal constituye "la manifestación del "ius puniendi" del Estado frente al individuo. La pena es la respuesta del Derecho penal a las manifestaciones de la voluntad individual frente a valores expresos que se afirman como socialmente compartidos."¹⁴⁷ El Derecho penal está integrado por distintas relaciones de poder. Estas buscan disciplinar las voluntades rebeldes emergentes.

El Derecho Penal en los Estados modernos no es tanto la manifestación de la defensa del orden jurídico social determinado por las mayorías frente a las minorías, sino la afirmación de los intereses y valores que se manifiestan como colectivamente compartidos a través de la organización política del Estado. Los valores que se definen jurídicamente como de especial protección y que se denominan bienes jurídicos tutelados por la norma penal deben necesariamente ser asumidos y emanar además de la voluntad popular.

El ordenamiento jurídico debe nacer con vocación de ser asumido por el conjunto de la sociedad. Debe ganarse la voluntad del individuo porque debe emanar del mismo individuo, como conjunto de voluntades. La respuesta del Derecho penal a la infracción de la norma de prohibición es la pena o sanción. La pena se puede considerar de dos maneras:

- como expiación del daño causado y como restauración del orden quebrantado,

¹⁴⁷ Jueces para la Democracia. Conclusiones del IX congreso: *¿Hasta Dónde El Control Penal En Una Sociedad Democrática?*. Alicante, 27 de octubre de 1994, 37.

- como prevención general frente a futuros delitos. Es la forma de coacción del Estado frente a futuras conductas o la prevención especial sobre el mismo delincuente para evitar que vuelva a delinquir.

En el caso de España, se identifican como delitos contra la salud pública una serie de conductas que no siempre atacan al bien de ésta y sí afectan más específicamente a la salud individual y a la seguridad colectiva (se recoge en el artículo 344 del Código penal). En esta última perspectiva se comprenden aquellas drogas que producen síndromes de dependencia y afectan la voluntad del individuo, que siente compulsivamente la necesidad de delinquir contra la propiedad ajena para obtener medios económicos que le permitan la adquisición de la droga.

La alarma social y la aplicación de la pena "se producen fundamentalmente por el efecto devastador que la conducta de las personas drogodependientes tienen sobre la propiedad privada ajena."¹⁴⁸ La necesidad de autoprocursarse el consumo para huir de los efectos del síndrome de abstinencia provoca una proporción alarmante de robos y hurtos.

La acción del Derecho penal debe ir especialmente dirigida sobre y hacia el autor del tráfico de las drogas como beneficio económico. En este campo el Estado debe reforzar, reformar y dotarse de nuevos medios de defensa que le permitan adentrarse en las denominadas redes de blanqueo de dinero procedente del narcotráfico. El fenómeno de las drogas exige una respuesta colectiva de los países del entorno geopolítico en el que se encuentra.

Se ha expresado, en muchos foros sobre el tema de las drogas, que el sistema actual no ha conseguido acabar con el negocio económico de las organizaciones criminales que se benefician del tráfico de droga. Sin embargo, los que defienden la política actual de prohibición afirman que "es prematuro hablar de fracaso e ineficacia del Derecho Penal en la

¹⁴⁸ Ibid., p.42.

lucha contra este fenómeno de la delincuencia organizada del tráfico de drogas, porque la política represiva contra el gran narcotraficante es reciente."¹⁴⁹

Las leyes que persiguen el blanqueo de capitales datan en Gran Bretaña de 1986, en Francia de 1987 y en España de 1988. La cooperación internacional no es lo suficientemente fluida y eficaz, las posibilidades de confiscar y decomisar los beneficios de la droga son muy reducidas. En definitiva el marco jurídico destinado a la represión de esta criminalidad no es todavía el apropiado.

Casi todos los estudiosos del tema están en general de acuerdo en considerar a los drogodependientes como imputables de sus delitos, "salvo en aquellas circunstancias muy particulares e incluso excepcionales en las que el nivel de la conciencia y la voluntad están gravemente afectados."¹⁵⁰

El Tribunal Supremo de España en sus distintas Sentencias en relación con los drogodependientes, especialmente los de heroína, ha establecido la siguiente gradación en las imputabilidades:

A) Sentencia del 28 de Octubre de 1988, R 4362/85

"*Atenuante analógica*": para los drogodependientes con fuerte dependencia a la droga, pero que no actuaron bajo el síndrome de abstinencia.

"*Eximente incompleta*": cuando el drogodependiente se encuentra en fase avanzada del síndrome de abstinencia, con la repercusión en el psiquismo y sobre todo en las facultades volutivas.

"*Eximente completa*": en los casos más agudos de exasperación del síndrome de abstinencia que deteriora gravemente el psiquismo.

¹⁴⁹ Varios, *¿Legalizar...*, 162.

¹⁵⁰ CABRERA BONET R. y CABRERA FORNEIRO J., *Las Drogas...*, 93.

B) Sentencia del 22 de Noviembre de 1989, R 15/89

"*Exención total*": cuando hay abolición total de las facultades intelectivas o, más frecuentemente, de las volitivas.

"*Exención incompleta*": cuando los efectos del consumo han influido intensamente en las funciones intelectivas pero sin llegar a anularlas.

"*Atenuante analógica*": se refiere a los casos en que la incidencia del consumo sobre la psique ha sido leve.

Una cuestión de interés para la jurisprudencia es la peligrosidad de las drogas. A la hora de valorar lo que se debe entender por droga tóxica, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la jurisprudencia se remite al contenido de las listas aprobadas en convenios internacionales, suscritos por España, con las modificaciones que se van sucediendo regularmente.

C) Esquema actualizado a diciembre de 1991 de las drogas enumeradas en las listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, hecho en Viena el 21 de febrero de 1971.¹⁵¹

A continuación presentamos las diferentes listas de drogas. Esta relación puede cambiar, si así lo considera la Organización Mundial de la Salud. Incluimos sólo aquellas drogas de mayor consumo y tráfico actualmente.

¹⁵¹MARTINEZ A. y MOYA F., *Legislación...*, 314.

La **lista I** incluye a los alucinógenos o ampliadores de conciencia, siendo algunos naturales o de origen vegetal y otros artificiales o de síntesis. Entre ellos encontramos:

- LSD
- Heroína
- MMDA
- Tetrahidrocannabinoles
- Dimetoxianfetamina (DHA)
- Mescalina
- Parametoxianfetamina
- Morfina
- Cocaina
- Metadona

La **lista II** incluye las que ejercen una acción estimulante sobre el Sistema Nervioso Central, son derivados anfetamínicos:

- Dexanfetamina
- Metanfetamina
- Metilfenidato
- Levanfetamina

La **lista III** incluye los derivados del ácido barbitúrico o productores de acción depresora o reductora de la conciencia:

- Amobarbital
- Butalbital

- Pentazocina
- Pentobarbital
- Ciclobarbitol
- Buprenorfina

La lista IV incluye sustancias con las que se puede formar alguna de las anteriores:

- Alobarbitol
- Fentermina
- Barbitol
- Meprobomato
- Metilfenobarbitol
- Metiprilona

1.5. *Resumen*

En resumen como parte del debate de la política prohibicionista versus la política liberalizadora presentamos a continuación tres respuestas de enfoque prohibicionistas por parte de R. Sánchez Ocaña, experto en cuestiones de sanidad, a tres argumentos de enfoque despenalizador de las drogas.¹⁵²

- "Se acabaría la mafia y el gran negocio."

Respuesta: No es cierto que se acabe con las mafias. Se acabaría sí con el pequeño traficante. Los grandes capos del narcotráfico seguirían su inmenso negocio, vendiendo sí no a los traficantes menores, sí a los enviados de cada país; porque parecería impensable organizar el cultivo.

No se eliminarían las mafias tampoco, porque habría que prohibir a los menores de edad la venta legal, con lo que se abriría un nuevo mercado negro favorecido además por quienes obtienen la droga legalmente.

- "Mejoraría notablemente la seguridad ciudadana."

Respuesta: La seguridad ciudadana mejoraría pero el problema grave de la droga no está en los delitos que se comenten para conseguirla, sino en la ruina física en que se sumergen los drogodependientes. Mejoraría la seguridad ciudadana a costa de hacer generaciones enteras de drogodependientes.

¹⁵² Sánchez R., "Sobre la Legalización de las Drogas." Opinión, 14 oct., 1989.

- "Mejoraría notablemente la calidad de la droga."

Respuesta: Es verdad que se podría conseguir la mejor calidad de la droga. Pero ello no impediría que el drogodependiente de heroína no llegara a cumplir los treinta años. Se muere por el deterioro físico que causa la droga, no por el accidente de la sobredosis o por la adulteración nociva.

Tabla resumen del enfoque prohibicionista:

Esta tabla ha sido preparada por el grupo de investigación sobre las drogas de la Universidad Autónoma de Madrid (*Proyecto Drogas U.A.M.*).¹⁵³

	PERSPECTIVA PROHIBICIONISTA
DEFINICION.....	-El problema de las drogas se debe a la corrupción moral.
ACTITUD.....	- La sociedad tiene derecho a "defenderse" del problema de las drogas.
FILOSOFIA.....	- Hay que reprimir los efectos del Problema de las drogas.
MEDIDAS	
1) LEGALES	
-consumidores.....	-Tipificación de delitos y endurecimiento de penas.
- tráfico.....	-Ampliación de medios de represión y desarticulación de redes.
2) TERAPEUTICAS.....	-Aislamiento total (cárcel) para los delincuentes. -Medios para "curar" drogodependientes no delincuentes.
3) INSTITUCIONALES.....	-Reforzar las instituciones encargadas de la represión de los efectos del problema de las drogas (Policía, Justicia, Sistema Carcelario, Centros de desintoxicación).
4) SOCIOLOGICAS	
-generales.....	-Incrementar la toma de conciencia social respecto del "peligro" de las drogas. -Creación de Entidades no-oficiales de lucha contra el problema.
-específicas.....	-Disuadir a los consumidores desprestigiando el consumo.

¹⁵³ Varios, *El Problema de la Droga*, Promolibro, Valencia, 1992, 37.

2.-LA POSTURA DESPENALIZADORA Y LEGALIZADORA DE LAS DROGAS.

Pasamos ahora a presentar los argumentos de fundamentación para una política liberalizadora de las drogas. Las razones están tomadas de las diferentes ponencias de los promotores de la política liberalizadora. Esta nueva propuesta busca solucionar la compleja problemática de las drogas desde un nuevo enfoque.

La presentación de los argumentos se hace dentro del marco del debate actual entre la política prohibicionista y la política liberalizadora. Comenzaremos con las críticas a la política actual de prohibición de las drogas para después presentar la propuesta liberalizadora.

Las críticas a la política prohibicionista están hechas dentro del esquema del debate actual. Se centra en diez áreas que están siendo actualmente discutidas por los estudiosos del tema de las drogas. Son las siguientes:

- la ineficacia de la actual política prohibicionista
- el costo social de la política prohibicionista
- la marginalidad del consumidor de droga que provoca la prohibición
- saturación del Sistema de Justicia Penal
- el problema sanitario
- la actitud paternalista con el drogodependiente
- las medidas indiscriminadas de control
- política internacional intervencionista
- fomento de la corrupción pública
- mal enfoque del problema de las drogas
- nueva política de las drogas

2.1. *Política Ineficaz*

El problema de las drogas se ha complicado, ya que el consumo aumenta al igual que la producción. Nos encontramos con un resultado no esperado: "El prohibicionismo ha desplazado el problema del consumo de drogas a los graves y complejos problemas derivados de su prohibición."¹⁵⁴ En la sociedad actual identificamos la marginación, la criminalización de amplios sectores de la población, la sobrecarga del sistema de justicia penal y la saturación de los centros penitenciarios.

Los partidarios de una nueva política de legalización y despenalización de la droga manifiestan su inconformidad con la actual política represiva. No se han logrado las metas supuestamente perseguidas: erradicar o disminuir sensiblemente el tráfico y consumo de drogas. El número de consumidores sigue en aumento y los narcotráficantes se siguen enriqueciendo.

Un dato que nos indica la extensión del problema es el siguiente: "En los EEUU donde la política hacia las drogas es de enfoque represivo, el presupuesto de las agencias antidrogas ha pasado de 1.2 billones de dólares en 1981 a 10 billones de dolares en 1990."¹⁵⁵ El aumento del presupuesto asignado nos indica que la problemática de la droga ha seguido un ritmo ascendente, que la oferta está en consonancia con el continuado incremento de la demanda por parte de los consumidores.

La política de amenaza y prohibición no ha podido disminuir el consumo de droga, y "la amenaza penal se ha revelado incapaz de disuadir a los delincuentes de continuar traficando y de motivar a los consumidores a renunciar a la droga."¹⁵⁶ No son pocos los abogados en Derecho Penal que expresan: "Esforzándose al máximo y trabajando en las condiciones

¹⁵⁴ Varios, *Las Drogas: De Ayer...*, 202.

¹⁵⁵ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 387.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 330.

óptimas, el impacto de la acción de la justicia penal sobre la oferta de droga no podría superar, casi con toda seguridad, el doble de este porcentaje. Por tanto es evidente que la acción de la justicia penal no puede modificar de manera relevante los actuales problemas de la drogodependencia."¹⁵⁷

Los traficantes principales y medianos escapan a la represión penal. Esta se centra especialmente en los pequeños traficantes (generalmente consumidores al mismo tiempo) y en los consumidores. Dentro de la actual política hay algo que no funciona, y los resultados no son los esperados. En el debate actual se ha llegado a expresar que "esto pone en evidencia el peso político-económico de los que manejan y controlan el tráfico, la inoperancia de los organos estatales de control y represión."¹⁵⁸

Muchos se preguntan ¿para qué sirve tanto esfuerzo y tanta frecuencia de decomisos si los cálculos, hechos a nivel mundial, señalan que la cantidad de estupefacientes incautados por la policía representa sólo un 5% a 10% de todo el volumen en circulación.¹⁵⁹ Se acepta de modo generalizado que el porcentaje de droga interceptada es mínimo respecto al que se pone a disposición de los consumidores.

El cultivo y consumo de estupefacientes se extiende como una mancha de aceite por todo el mundo. La Junta de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de la ONU advierte sobre la extensión de estas actividades en países y zonas del mundo más susceptibles de caer en las redes del narcotráfico. La ONU, en su informe anual presentado en Viena, da un toque de alerta importante a los países miembros de la organización.¹⁶⁰

¹⁵⁷ Varios, *¿Legalizar...*, 59.

¹⁵⁸ Díez J. y Laureano P., *La Actual Política...*, 330.

¹⁵⁹ Ruiz R., "Las Secuelas de la prohibición." *El País*, 19 dic., 1993.

¹⁶⁰ Fokkelman M., "La Droga, Nueva Vía de Ingresos para el Tercer Mundo." *ABC*, 29 feb., 1996.

En el caso de la heroína, que tiene origen en Afganistán y Pakistán, los países de tránsito más importantes son los cinco Estados de la CEI situados en Asia central, Kazajstán, Tayikistan, Turkmenistán y Uzbekistán, una ruta que sustituye a la tradicional de los Balcanes desde el comienzo del conflicto armado en la ex Yugoslavia. El cannabis silvestre ocupa grandes superficies en los Estados miembros de la CEI. Aproximadamente 140,000 hectáreas en Kazajstán y 6,000 hectáreas de Kirguistán.

Los países de Europa central y oriental, sobre todo Polonia, son utilizados por los carteles sudamericanos como países de tránsito para la cocaína destinada a los mercados clandestinos de Europa occidental. La cocaína entra en Europa a través de Rusia, Ucrania, y algunos países de Europa suroriental. España y Portugal siguen siendo el principal punto de entrada europea de la cocaína procedente de América del Sur, pero también lo son Francia, los Países Bajos y el Reino Unido.¹⁶¹

El contrabando está siendo uno de los canales más comunes para distribuir la metanfetamina. En su informe anual la JIFE expresa su preocupación por el tráfico ilegal de sustancias psicotrópicas, entre las que el "éxtasis"(Metilendioxiánfetamina) es una de las más conocidas. El "hielo" (clorhidrato de metanfetamina en polvo) tiene como precursores a la efedrina y pseudoefedrina. La mayor parte procede de Asia (China, Corea del Sur, Filipinas, Japón y Tailandia) y cuenta con Eslovenia, Alemania y Suiza como países intermediarios que desvían la droga hacia América del Norte y México, a través de Guatemala.

Según J. Hurtado Pozo (catedrático de Derecho Penal en la Universidad de Fribourg), Suiza se ha transformado en un país de tránsito, cuya importancia es considerada desmesurada con relación al tamaño del país: "Asimismo y de acuerdo a la tendencia que se constata en el tráfico internacional, los traficantes ya han llegado a establecer centros de producción en

¹⁶¹ Ibid.

Suiza; es el caso, por ejemplo, de los laboratorios desmantelados en Paccots (heroína), en el Ticino (morfina) y Estavayer du Lac (cocaína).¹⁶²

La droga se ha convertido en un producto muy caro, dados los elevados márgenes comerciales que retribuyen los riesgos de traficar con un producto tan perseguido. Esto ha originado la aparición de poderosas organizaciones de traficantes con un poder económico de mucha influencia. En los niveles medios y superiores eluden fácilmente la persecución penal.

2.2. *El coste social*

Según los sociólogos W. y D. S. Thomas: "En la problemática de la droga, la reacción social criminalizadora produce por sí misma la realidad que la legitima. La marginación de los drogodependientes es un efecto de la ilegalidad de la droga; el aislamiento social de los drogodependientes es un efecto de la estigmatización de que han sido hechos objeto."¹⁶³

Buena parte de los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas ilegales que se estudian como efectos primarios de las drogas, resultan ser en realidad efectos secundarios. Estos efectos secundarios podemos describirlos como los resultantes, "no de la naturaleza propia de las sustancias psicotrópicas (efectos primarios), sino que son derivados como consecuencia de la política prohibicionista."¹⁶⁴ Para muchos estudiosos del tema el principal efecto secundario sería el costo social de la política prohibicionista.

En los sujetos más sensibles se determinan síndromes de ansiedad, de aislamiento e incluso alteraciones de la personalidad, que corresponden a los efectos de la droga descritos como normales, y son valorados como típicos del drogodependiente y como efectos primarios de las drogas ilegales. Los sociólogos que estudian el fenómeno de las drogas nos aseguran

¹⁶² Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 318.

¹⁶³ Varios, *¿Legalizar...*, 57.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p.56.

que "los síndromes detectables en una parte de los consumidores de drogas aparecen precisamente en el momento en que la política de penalización y el estereotipo del drogodependiente enfatizado por los medios de comunicación surten sus propios efectos. La política de la droga determinada por esta estructura de actitudes produce así su propia realidad."¹⁶⁵

Así surge una actitud negativa en el público, inducida por la penalización y activada por la acción de los medios de comunicación. Esto trae como consecuencia que "por efecto de la represión y la estigmatización, la situación psíquica de los drogodependientes criminalizados se transforma no pocas veces en el sentido del estereotipo dominante."¹⁶⁶

Thomas Szasz afirma que el término adicción no se refiere a una enfermedad, sino a una forma de desviación menospreciada. En consecuencia, el término adicto no se refiere a un paciente de buena fe, sino a una identidad estigmatizada que normalmente se aplica a una persona contra su voluntad.¹⁶⁷

2.3. Marginalidad del Consumidor

El ambiente social que rodea a los drogodependientes está negativamente influenciado por su estigmatización: "La tendencia marcada en la política actual de represión hacia el consumo de drogas es más bien la de penalizar al consumidor en lugar de rescatarle del mundo de la marginación en que vive."¹⁶⁸

La pertenencia a grupos sociales más desaventajados produce una mayor exposición al peligro de ser confinado al mundo de la marginación y de la criminalidad, mientras que la

¹⁶⁵ Ibid, p.58.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Szasz T., *Droga y ...*, 15.

¹⁶⁸ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 526.

participación en el consumo de drogas ilegales esté presente en todas las áreas sociales. Según C. Conde-Pumpido (magistrado que trabajó como miembro de la Comisión para el estudio del problema de la droga de Jueces para la Democracia en España): "La política prohibicionista y penalizadora genera problemas secundarios que pueden ser más graves que la droga misma."¹⁶⁹

Por un lado, se agrava la marginación social de una buena parte de los consumidores, que no poseen los medios económicos necesarios para adquirir la droga, lo que les obliga a realizar actividades asociales o a caer en la delincuencia. Por otro lado, existen innumerables consumidores y adictos que, contrariamente al estereotipo prevaleciente, continúan desarrollando su rol de profesionales y trabajadores. Se puede asegurar que: "el mundo de la droga son en realidad los mundos de la droga."¹⁷⁰ Existen otros mundos subterráneos, discretos e invisibles y, desde este punto de vista, privilegiados. Se ha puesto de manifiesto una tendencia a la transformación del mundo de la droga hacia la figura de aquel consumidor que tiene la costumbre de "picarse" el sábado, y el lunes ir regularmente a trabajar. Esto significa que "el privilegio de la participación en estos mundos ocultos está desigualmente distribuido en la sociedad."¹⁷¹

2.4. Saturación del Sistema de Justicia Penal

Expertos en materia penal expresan, partiendo de su experiencia, que "indudablemente el Derecho Penal no es un instrumento autosuficiente para resolver este fenómeno, como no lo es en general para solventar problemas con aspectos extrajurídicos evidentes, ni tampoco para frenar el crecimiento de las tasas de criminalidad o de determinados tipos de delincuencia."¹⁷²

¹⁶⁹ Conde C., "Imaginación Contra Represión." El País, 5 oct., 1989.

¹⁷⁰ Varios, *¿Legalizar...*, 59.

¹⁷¹ Ibid.

Su función, así como su propia naturaleza, es secundaria y debe ser entendida como un complemento de una política preventiva y adecuada.

Los recursos del sistema judicial penal se ven desbordados por la criminalidad vinculada al tráfico de drogas. En efecto, "el elevado índice de reincidencia y el escaso éxito preventivo, que son características generales de la intervención de la institución penitenciaria, exponen al sistema de la justicia penal, particularmente en el caso de la penalización de la droga, a una crisis potencial de legitimación y de credibilidad."¹⁷³ El aumento de la población reclusa, como consecuencia de una política prohibicionista y represiva de la droga, empeora notablemente las condiciones de habitabilidad de las prisiones y refuerza las mafias carcelarias que suministran la droga a los internos.

S. Wisotsky, profesor de Derecho en Nova University Law Center en EE.UU., afirma que los arrestos de personas implicadas en la problemática de la droga aumentó de 1980 a 1987 de 329,021 a 570,519. La Oficina de Prisiones de EE.UU., en orden a responder al aumento de la población penal, amplió prisiones pasando de 44,000 a 72,000 nuevos reclusos en 1995.¹⁷⁴

En España y en el plano judicial, conforme a los datos ofrecidos por las Memorias de la Fiscalía especial para la Prevención y Represión del tráfico ilegal de drogas y de la Fiscalía general del Estado, los procedimientos judiciales como consecuencias del tráfico de drogas se han multiplicado sobre todo a partir del 1987.¹⁷⁵

Existe un alto índice de penetración de la droga en las instituciones penitenciarias, siendo muy significativo el número de drogodependientes entre la población reclusa.

¹⁷² *Ibid.*, p.162.

¹⁷³ *Ibid.*, p.61.

¹⁷⁴ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 388.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p.39.

2.5. *Problema Sanitario*

La protección de la salud, a la que aspira la política prohibicionista queda notablemente distorsionada. Se identifica la siguiente contradicción: "Es precisamente la prohibición, la que al imposibilitar el control estatal sobre la producción y venta, convierte la droga en un producto de escasa calidad o de una calidad imposible de conocer por el consumidor."¹⁷⁶

La política prohibicionista obliga a la formación de canales de distribución clandestina y, como consecuencia, da origen a problemas de salud: muertes por sobre dosis, SIDA, hepatitis B u otras complicaciones sanitarias. Como ejemplo, nos encontramos con el dato sobrecogedor de casi 700 muertes en 1990 por sobredosis o adulteración en España.¹⁷⁷ El problema de la calidad de la droga afecta seriamente la salud del drogodependiente. Hay que reconocer que "la droga como producto tóxico y peligroso precisa de un estricto control administrativo, como sucede con ciertos medicamentos y productos tóxicos o letales."¹⁷⁸

Dada la escasa higiene de los drogodependientes, se encuentra generalmente contaminación por gérmenes (hongos, virus o bacterias) y lesiones producidas al utilizar determinadas vías de administración (nasales, pulmonares, venas, etc.). El Instituto Nacional de Toxicología de Madrid hizo un estudio de las muestras decomisadas de heroína y cocaína, poniendo de manifiesto la frecuente contaminación microbiana de las mismas. Así, el 62% de las muestras de heroína, y el 35% de las de cocaína presentaban gérmenes. Se destacaban las Cándidas (fundamentalmente la Albicans, pero también la Stellatoidea o Krusei) seguidas de los Staphylococcus (principalmente Aureus) y, en grado mucho menor, Aspergillus fumigatus, Streptococcus faecalis, Enterobacter agglomerans o Escherichia coli. En este estudio se pone

¹⁷⁶ *Ibid.*, 639.

¹⁷⁷ *Ibid.*, 526.

¹⁷⁸ Carbonell J.C., "La Despenalización de las drogas." *El Mundo*, 13 dic., 1989.

de manifiesto, en las muestras de heroína, una relación directa entre el número de adulterantes diluyentes presentes y la contaminación microscópica.¹⁷⁹

La intervención sanitaria se limita a la adopción de una intervención asistencial centrada en un porcentaje mínimo de consumidores -los más deteriorados-. No se tienen objetivos claros que tiendan a mejorar sus condiciones personales, familiares y sociales de los drogodependientes.

2.6. Actitud paternalista con el drogodependiente

Según T. Szasz, "a tomar drogas peligrosas recetadas por un médico se le llama tratamiento. A tomarlas uno por su cuenta se le llama drogadicción" e identifica al Estado actual como un "Estado Terapéutico empeñado en proteger a los ciudadanos de sí mismos." Este "Estado Terapéutico" es causante de la creciente "infantilización" de la sociedad.

A diferencia de lo que suele ser habitual en la sociedad entre ciudadanos adultos, no se respeta el principio de que la salud sólo puede ser protegida con el consentimiento de la persona afectada. Un argumento importante que se presenta hoy en el debate sobre las drogas es el de que "el drogodependiente debe ser considerado como un individuo autónomo y responsable."¹⁸⁰

Los imprescindibles esfuerzos dirigidos a la prevención, entendida como la promoción de actitudes vitales basadas en la autonomía y la responsabilidad personal, se ven afectados por la política prohibicionista y represiva. Al suponer mayor marginación del consumidor, lejos de obtener la tutela de la libertad de autodeterminación del ciudadano, se produce un efecto pernicioso para la misma.

¹⁷⁹ Cabrera Bonet R. y Cabrera Forneiro J., *Las Drogas...*, 17.

¹⁸⁰ Díez J. y Laurenzo P., *La Actual política...*, 21.

La coerción no es la medida idónea para persuadir a un drogodependiente a someterse a un determinado tratamiento, ni para que no abandone un tratamiento ya comenzado. Esta relación entre reacción judicial y tratamiento terapéutico es nociva en la medida en que se fundamenta en la idea de que todo consumidor de drogas es un tóxicodependiente y que todo toxicómano es un enfermo irresponsable.

2.7. Medidas Indiscriminadas de Control

La penalización de drogas produce efectos negativos para el sistema de la justicia penal, no sólo desde el punto de vista de las prácticas de la policía, sino también en relación con la violación de algunos principios fundamentales del Estado de Derecho. Así, por ejemplo, "se derogan principios penales básicos, se permite la prisión preventiva obligatoria y se fijan mínimos penales obligatorios. Tolerancia cero y libertad cero."¹⁸¹ En una investigación, realizada recientemente por el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para la Defensa Social (UNSDRI-Roma), sobre las legislaciones penales en el campo de la droga, en un número representativo de países con diferentes sistemas políticos y niveles de desarrollo, se señala esta tendencia de los sistemas penales en materia de droga a apartarse de los principios generales del derecho.¹⁸²

Como indica J. A. E. Vervaele (profesor de Derecho de la Universidad de Utrecht) "no cabe ninguna duda de que este nuevo arsenal de leyes represivas tendrá una influencia muy negativa sobre las garantías penales y sobre los principios establecidos del estado de derecho. Un derecho penal menos garantizador, más inquisitorio, con muchas normas de excepción es el precio seguro que muchos van a sufrir. La droga -esta vez bajo forma de ganancias ilícitas

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 528.

¹⁸² UNSDRI, *Drug and Punishment, an up todate Interregional Survey on Drug-Related Offenders*, Roma, 1988.

de la criminalidad organizada- sirve de nuevo como laboratorio para un nuevo modelo represivo de orden público. O dicho de otra manera, la criminalidad organizada define las excepciones al estado de derecho, a las cuales ellos mismos no se someten. ¿Quién define a quién en los mundos de la política y de la criminalidad organizada?."183

Según indican, los defensores de la liberalización, las repercusiones negativas en la población en general son evidentes. La población sufre directamente el inusitado aumento de la delincuencia dirigida a procurarse dinero para adquirir droga. De igual forma es la que padece medidas indiscriminadas de control de esa delincuencia poco respetuosa con los principios de un Estado de Derecho.

La acentuación de la vía represiva ha mostrado que no se detiene ante los principios que garantizan el Derecho Penal hasta el punto que: "los agresivos planes policiales debían de tratar de penetrar en las vidas privadas de todos los sospechosos. Cualquiera puede ser sospechoso de vender o consumir droga, de colaborar o ser cómplice con el negocio de la droga."184 Todos, culpables o inocentes, deben ser observados, vigilados y examinados con el consenso de la opinión pública.

Las muestras para la detección del consumo de drogas a empleados o candidatos a un empleo se generalizaron en EE.UU. practicándose en el 80% de las principales empresas y en el 43% de las compañías con más de 1.000 empleados. Se dió la situación de que "caso tras caso, el Tribunal Supremo apoyaba casi siempre al Gobierno para arrestar y examinar a las personas y sus pertenencias sin orden de registro."185 Se acepta que la Policía obtenga una orden de registro para entrar en una vivienda, a partir de una confidencia anónima, o incluso para que entre sin ninguna autorización. Los investigadores del Servicio Postal pueden abrir

¹⁸³ Ibid., p.380.

¹⁸⁴ Varios, *Las Drogas...*, 171.

¹⁸⁵ Ibid.

los paquetes que les parezcan sospechosos. Un juez del Estado de Florida dijo: "Si el celo por acabar con la droga conduce a que esta nación renuncie a su libertad constitucional, habremos sufrido un daño mucho mayor del que las drogas nos han infligido jamás. La droga perjudica a algunos, la pérdida de la libertad nos perjudica a todos."¹⁸⁶

2.8. Política Internacional Intervencionista

Dentro de la actual política prohibicionista se desencadena en todos los frentes una "guerra total" contra las drogas, en todas las instituciones. El presupuesto asignado para la lucha contra las drogas se incrementa en todos los países. Los efectos de la política de prohibición a nivel internacional trae consigo nuevos conflictos. La cuestionable distinción entre drogas legales e ilegales ha pasado a convertirse en una nueva forma de opresión cultural y económica de los países poderosos. Se obliga a reprimir el tráfico y el consumo de drogas connaturales a ciertas culturas ajenas a la occidental, mientras se fomenta el consumo de las drogas propias. Muchos coinciden en que: "no es ciertamente una casualidad que la guerra contra las drogas constituya, hoy en día, tal vez el mejor instrumento de que disponen los EE.UU. para legitimizar su hegemonía."¹⁸⁷

Es EE.UU., en efecto , el país que más ha presionado la internacionalización de la política represiva contra ciertas drogas. Dicha política le ha proporcionado a este país una ocasión de penetración y de control en los otros países a nivel mundial. Parece que en el esfuerzo por imponer su liderazgo en el nuevo orden internacional, el problema de la droga ha logrado sustituir el papel hasta ahora desempeñado por la existencia del llamado socialismo real en la representación simbólica del imperio del mal.

¹⁸⁶ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 172.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 33.

La expansión de los principios de Derecho Internacional se realiza en clave represiva y en detrimento de la soberanía de los Estados más débiles. Como en tantos otros países y fuertemente motivada por las presiones provenientes de la esfera internacional, nos encontramos la situación en España en la que "la actual política criminal española en materia de drogas ilícitas refleja una clara y creciente tendencia represiva."¹⁸⁸

Informes de prensa, como los siguientes, son muy corrientes en la actualidad: "las autoridades de Colombia dicen que el castigo político de EE.UU. les exigirá esfuerzos adicionales";¹⁸⁹ o por ejemplo este otro: "horas antes de que el Gobierno de EE.UU. otorgara el viernes un tímido visto bueno a México por su cooperación en la lucha contra el narcotráfico, el Ejército y la Policía Federal lanzaron una espectacular operación."¹⁹⁰ No son pocas las ocasiones que encontramos en los periódicos alguna noticia de represalia o algún tipo de intervención política o militar contra algún Estado que no se ajusta a la política prohibicionista.

Se identifica claramente que "la mayor parte de la inversión de los países desarrollados en lo referente a las drogas, en particular EE.UU., se destina a instrumentos de represión y no al desarrollo alternativo. La Administración Norteamericana solicitó, para 1992, 11,680 millones de dólares para programas erradicadores e intervenciones policiales y herbicidas antidroga."¹⁹¹

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 40.

¹⁸⁹ *ABC*, 3 de marzo de 1996.

¹⁹⁰ *El País*, 3 de marzo de 1996.

¹⁹¹ Varios, *Las Drogas...*, 220.

2.9. *Fomento de la Corrupción*

Paralela a la política de prohibición de las drogas se ha creado una economía con mucho poder y riqueza. Szasz afirma que en sus críticas a la actual política "la prohibición de las drogas proporciona incentivos económicos tanto al comercio con drogas prohibidas como a los crímenes contra personas y propiedades."¹⁹² El poderío económico de los traficantes de medio y alto nivel les permite corromper instituciones esenciales de las democracias. Desde los órganos de persecución penal hasta las más altas instancias representativas, incluyendo instituciones financieras.¹⁹³

Sobre la situación de Suiza dice J. Hurtado que "la acción represiva en las últimas décadas se ha caracterizado, sobre todo, por la persecución de los pequeños traficantes-consumidores y consumidores, en detrimento de la lucha contra el tráfico organizado. Esta situación ha sido puesta en evidencia en los últimos años por una serie de escándalos relativos al lavado de dinero de origen ilícito."¹⁹⁴

La División de Estupefacientes de Naciones Unidas, haciéndose eco en la última década, viene emitiendo informes orientativos, tratando de dar luz a la penumbra en que se mueven los cuantiosos haberes financieros relacionados con el tráfico de drogas. Es por esta razón por la que "el Convenio de Schengen, firmado en octubre de 1992, está orientado a combatir internacionalmente el tráfico de drogas y el blanqueo de dinero, obligando a sus firmantes (el Gobierno español lo hizo) a tomar medidas que permitan las entregas vigiladas en el tráfico de drogas."¹⁹⁵

¹⁹² *Ibid.*, p. 239.

¹⁹³ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 639.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p.315.

¹⁹⁵ Varios, *Las Drogas...*, 230.

Hay estudios económicos en los cuales se asegura que "las cantidades de ahorro, asociadas al narcotráfico, suponen entre un 5% y un 10% de todo el ahorro mundial."¹⁹⁶ Los que promueven la política liberalizadora ponen como ejemplo: que no menos de 50,000 millones de dólares se blanquean al año a través de los bancos de EE.UU.

2.10. *Mal Enfoque del Problema*

La distinción de drogas legales e ilegales (o peligrosas) es otra de las manifestaciones de la cuestionada política prohibicionista. "Gracias a ella, sustancias igualmente nocivas y potencialmente peligrosas son objeto de un tratamiento jurídico disímil que sólo genera perplejidad."¹⁹⁷ La conclusión que se extrae de esta imagen es que el Estado moderno y científico tiene el deber de proteger a sus ciudadanos de tales peligros, siendo a la vez deber de los ciudadanos el someterse a las protecciones impuestas en beneficio de la comunidad como un todo. Mientras tanto el Estado permite que ciudadanos se intoxiquen y se destruyan con el alcohol, el tabaco y los psicofármacos.

F. Velázquez (catedrático de Derecho Penal de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín) expresa acerca de esta distinción entre las drogas que "carece de bases científicas y lo único que ha posibilitado es la discriminación entre los miembros de la comunidad internacional, olvidando que algunas de esas drogas tienen un profundo arraigo en comuninades que ancestralmente las han vinculado con sus culturas; a título de ejemplo, no se puede identificar la coca con la cocaína, porque también tendríamos que hacer lo mismo con la coca y la coca-cola que tan jugosas ganancias produce a una de las más reconocidas multinacionales, a costa del patrimonio cultural de los pueblos latinoamericanos."¹⁹⁸

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Díez J. y Lorenzo P., *Las Actual Política...*, 237.

¹⁹⁸ Ibid.

Siguiendo este mismo cuestionamiento, ante ésta distinción, Szasz se pregunta: "¿En qué sentido constituyen las drogas un peligro para los individuos y la sociedad?, ¿Qué hacen las drogas oficialmente proscritas -en particular la heroína, la cocaína y la marihuana- que las distingue tanto de las demás?, y si estas sustancias representan un peligro tan grande, ¿Por qué no amenazaban, por ejemplo, en 1940 o en 1900?"¹⁹⁹ El argumento oficial es que las "drogas peligrosas" representan una amenaza "externa" para los individuos, equiparable al peligro que puede significar un desastre natural.

Para Szasz las "drogas peligrosas" no representan una amenaza como la descrita: "El peligro atribuido a las denominadas "drogas peligrosas" es muy distinto del que puede significar un desastre natural. La diferencia básica es que algunas amenazas -como los desastres naturales- nos afectan como "víctimas pasivas", mientras que otras amenazas -alimentos "prohibidos" como carne de cerdo para un judío- nos afectan como "víctimas activas", o sea, si sucumbimos a la tentación que nos ponen. Sin embargo, hay una gran mayoría de personas que no consideran la carne de cerdo un "peligro" del cual el Estado tenga que protegernos." Destaca el hecho de que nadie tiene que ingerir, inyectarse o fumar ninguna de estas sustancias, a menos que desee hacerlo.

Szasz expresa que "El denominado problema de las drogas abarca tres dimensiones" a saber:

1- Es un problema técnico: todas las invenciones científicas o prácticas no sólo nos ofrecen determinadas soluciones para problemas antiguos, sino que nos crean nuevos problemas. Las drogas no son la excepción.

2- El problema de la tentación de recurrir a ciertas drogas, especialmente aquellas que tienen la capacidad de producir placer. Este es un problema de carácter moral y psicológico.

¹⁹⁹ *Vida Nueva*, 23 de mayo de 1992.

Algunas drogas nos ofrecen tentaciones nuevas que debemos aprender a resistir o a tomar con moderación en caso de necesidad. Tampoco en esto hay excepción.

3- El problema planteado por la prohibición de ciertas drogas: es, por un lado, político y económico, y por otro, psicológico y moral. La prohibición y la persecución de las drogas hacen las veces de chivo expiatorio, genera una amplia variedad de opciones económicas y existenciales que de lo contrario no se presentarían.

Szasz aborda así el tema de la liberalización: "No creo que sea una cuestión de bueno o malo. La libertad de drogas no es mejor ni peor que la libertad en cualquier otro terreno: expresión, comercio, religión... No son cosas buenas ni malas en sí mismas. Si hay abuso de la libertad de expresión se puede caer en la pornografía o en la mentira. Pero si la libertad es buena, si la responsabilidad es buena, entonces hablamos de algo bueno que se desempeña forzosamente entre humanos adultos. Las drogas no suponen nada especial ni diferente."²⁰⁰

Las drogas adictivas guardan el mismo tipo de relación con las drogas ordinarias o no adictivas que el agua bendita con la ordinaria o no bendita. Cuando identificamos ciertas drogas, las llamadas "adictivas" y las clasificamos junto a otras drogas, como los antibióticos, los diuréticos o las hormonas, cometemos un error categorial similar al que cometeríamos si distinguiésemos un tipo de agua llamada "bendita" y la clasificásemos junto al agua destilada o al agua pesada: "Se sigue de ello que intentar entender la adicción a las drogas por el procedimiento de estudiar las drogas tiene tanto sentido como intentar entender el agua bendita estudiando el agua. Regular el uso de drogas adictivas partiendo del tipo de drogas que son, tiene tanto sentido como regular el uso del agua bendita partiendo del tipo de agua empleada."²⁰¹

²⁰⁰ Szasz T., "Thomas Szasz, Un Hereje en la Corte de Clinton." *El Mundo*, 24 jul., 1993.

²⁰¹ Szasz T., *Droga y ...*, 18.

Finalmente Szasz enfoca el problema de las drogas de la siguiente manera:

1- Es un fenómeno que consiste en una vehemente promoción y una aterradora prohibición de varias sustancias en el uso habitual, y la temerosa abstinencia de ciertas drogas, y normalmente en la regulación mediante el lenguaje, la ley, las costumbres, la religión y cualquier otro medio concebible de control social o simbólico de cierta clase de comportamientos ceremoniales.

2- El fenómeno de las drogas pertenece al reino de la religión y la política; las "drogas peligrosas" y los "adictos" son los chivos expiatorios de nuestras sociedades seculares modernas, imbuidas terapéuticamente. La persecución ritual de estos agentes farmacológicos y humanos debe enmarcarse sobre el fondo histórico de la persecución ritual a otros grupos como las brujas, los judíos y los dementes.

3- El abuso de drogas no es un lamentable ente clínico, sino una práctica religiosa repudiada. Por consiguiente, las opciones con respecto al "problema" de las drogas son las mismas que con respecto al "problema" de religiones. Podemos adoptar varios grados de tolerancia o intolerancia ante aquellos cuyas religiones difieran de las nuestras.

Sostiene Thomas Szasz que es moralmente absurdo -en una sociedad libre, también políticamente ilegítimo- privar a un adulto en particular de determinadas drogas, porque podría valerse de ellas para matarse; y es aún más absurdo e ilegítimo privar a todos los adultos de ciertas drogas, porque algunos podrían intentar matarse con ellas. De hecho, ello equivaldría a tratar a las personas como si fuesen pacientes con tendencias suicidas y a los políticos como si fuesen psiquiatras a quienes se hubiese encomendado la misión de evitar los suicidios.

Para Szasz todas las drogas deberían legalizarse, a pesar de su peligrosidad: "En una sociedad libre al gobierno no le compete decidir qué ideas puede albergar un individuo en su

mente; asimismo, tampoco debe corresponderle controlar qué drogas consume." El denominado problema de abuso de drogas forma parte integral de nuestra ética social actual, que acepta protecciones y represiones justificadas por apelaciones a la salud, semejantes a las que aceptaban las sociedades medievales invocando razones de fe: "Así como la Iglesia regulaba anteriormente las relaciones de los hombres con Dios, así la medicina regula ahora las relaciones del hombre con su cuerpo." Tarde o temprano tendremos que afrontar el dilema moral básico del denominado problema de las drogas: ¿Tiene una persona derecho a ingerir una droga, cualquier droga, no porque la necesita para curar una enfermedad, sino porque desea tomarla? Al pedir al Estado que nos "salve" del peligro de las drogas "demostramos que somos incapaces de autocontrolarnos."²⁰²

2.11. Hacia una nueva política de las drogas.

A continuación incluimos la propuesta presentada por aquellos que defienden la liberalización de las drogas. Esta ha sido tomada del actual debate sobre el fenómeno de las drogas. Señalamos los puntos que nos parecen más significantes para entender esta nueva propuesta:

- **nuevo enfoque**
- **autonomía y autodeterminación del consumidor**
- **controles administrativos**
- **Derecho Penal sólo para...**
- **aplicación a nivel internacional**

²⁰² **Vida Nueva**, 23 de mayo de 1992.

A) *Nuevo Enfoque*

La nueva política debe "trasladar el centro de atención al campo de la prevención de la demanda y la asistencia a los consumidores. Una intervención preventiva basada en mensajes positivos, realizada por cauces y agentes normales de la intervención educativa. Una política asistencial centrada en el objetivo de reducir los riesgos derivados del consumo puede tener una razonable esperanza de éxito."²⁰³ Se ha de reflexionar seriamente sobre el posible desarrollo de otras alternativas que alteren el actual énfasis puesto en las medidas represivas penales.

Una postura que cada vez cobra más fuerza en el debate internacional consiste en dar un golpe de timón para sacar a la justicia criminal de su actual papel dominante en la política contra las drogas, devolviendo al tema su verdadero contenido de problema social y médico.

J. Hurtado Pozo, dice que "se debe considerar el consumo de drogas como un fenómeno sociocultural con el cual debemos saber cohabitar y tratar a los drogodependientes como personas que tienen derecho a vivir dignamente." Ciertamente, con la legalización no desaparecerían las drogas pero querámoslo o no, las drogas legalizadas o prohibidas existen, están entre nosotros y forman parte de nuestra cultura, "hemos de aprender a vivir con autonomía en un mundo que nos induce a consumir compulsivamente y a hacernos dependientes no sólo de las drogas"²⁰⁴

Es preciso adquirir pautas de consumo no nocivas que integren progresivamente la creciente avalancha de sustancias psicoactivas que nos invaden. E. Gonzalez Duro, afirma que "una sociedad sin drogas es una utopía, la única salida posible es legalizarlas. Para ello hay que cesar la cruzada prohibicionista."²⁰⁵

²⁰³ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 640.

²⁰⁴ Varios, *Las Drogas...*, 204.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 205.

B) Principio de Autonomía y Autodeterminación del Consumidor

Entre los adultos no debe ser delito el tráfico de drogas. Estos deben tener la posibilidad de acceder legalmente a la posesión de las mismas. Sábada lo formula así: "La libertad es un bien último. Ahora bien, ese bien, en cuanto que es último, no tiene otro juez que no sea la misma persona libre, luego es esa persona libre y responsable, la que decide cada uno de sus actos. Incluso si la droga... lleva a la destrucción total... Como suponemos, además, que lo que el individuo hace con su cuerpo no interfiere directamente en el cuerpo de los demás, tampoco se ve barrera externa que pueda coartar la decisión libre en cuestión. La libertad es, sin duda, el referente último. Pero las leyes, si tienen algún sentido, están para defender la libertad de todos."²⁰⁶

F. Savater ha escrito que el fondo del problema es "el de si se toma en serio o no la libertad de elección de los individuos, ya que nadie sabe mejor que cada cual lo que le conviene y que es a cada cual, a quien hay que asegurarle el ejercicio de la libertad."²⁰⁷

Se debe aumentar y diversificar las posibilidades de tratamiento mediante un adecuado programa de información, con la finalidad de motivar a los consumidores a someterse a un tratamiento alejado de la amenaza penal, del aislamiento y de la promiscuidad. Uno de los aspectos esenciales es el crear las condiciones personales y materiales para brindar, en los casos graves y desesperados, la posibilidad de una supervivencia humanamente digna: "Hay que pensar en la necesidad de proveer gratuitamente de drogas a los consumidores sin medios económicos para procurarse la ración que necesitan, y evitar así que comenten delitos, se prostituyan o incurran en otros actos asociales que los llevan a la marginación."²⁰⁸

²⁰⁶ Díez J. y Lorenzo P., *La Actual Política...*, 640.

²⁰⁷ *El País*, 25 de octubre de 1989.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 331.

C) *Control Administrativo*

Debe existir un estricto control administrativo de la producción y venta de la droga. Con una especial atención a la calidad de la sustancia. Las infracciones más graves, de tal control, constituirían un delito a semejanza de lo que sucede con los productos alimenticios o con medicamentos u otras sustancias que pueden ser nocivas para la salud.²⁰⁹ Esto supondría que la droga perdería los "poderes maléficos" que se le atribuyen. Las diferentes drogas existentes podrían ser adquiridas con garantía de control de calidad y a precios asequibles. Podrían ser consumidas legalmente por personas mayores de edad. Los consumidores dejarían de ser chivos expiatorios de una sociedad amedrentada y tardarían más en convertirse en adictos o no lo serían nunca, por la misma razón que "no todos los bebedores terminan siendo alcohólicos. Los drogadictos sufrirían menos, podrían normalizar sus vidas y serían mejor asistidos."²¹⁰

El Derecho penal tomaría consideración y acción contra el suministro de drogas a menores de edad o a personas carentes de modo evidente de capacidad de decisión autónoma, del mismo modo que sucede en relación con otros ámbitos vitales.²¹¹

Adoptadas las vías penales anteriores, parece lógico pensar que "se produciría una notable disminución del poder de las grandes organizaciones de narcotraficantes: el volumen de tráfico ilícito se reduciría de modo decisivo. El tráfico ilícito, de persistir, debiera ser tratado en el marco de los delitos contra el orden socioeconómico."²¹² Hay que destruir la criminalidad organizada mediante una política inteligente que desactive su base económica, privando de rentabilidad a su actividad.

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 640.

²¹⁰ González E., "Droga: La Legalización es posible." *Opinión*, 5 mar., 1990.

²¹¹ , *Jueces para la Democracia, ¿Hasta donde el control penal...*, p. 77.

²¹² *Ibid.*

D) Intervención del Derecho Penal sólo para:

1- Castigar las conductas de tráfico cuando resulten afectados menores o personas que no tienen capacidad para decidir.

2- Perseguir a las grandes organizaciones a través de los delitos contra el orden socioeconómico, estableciendo un bloqueo de las ganancias en ese apartado.

El Derecho Penal debe cumplir en este nuevo enfoque una doble misión: a) un Derecho Penal rehabilitador (de prevención especial) para los drogodependientes que cometen actos delictivos, en el que la pena sea sustituida por tratamientos asistenciales y terapéuticos. Lo que contribuiría a aliviar la sobrecarga del sistema de justicia penal y el hacinamiento de los centros penitenciarios; b) un Derecho Penal sancionador e intimidador (de prevención general) para las redes de traficantes, induciendo especialmente en los grupos organizados en los niveles más elevados.²¹³

E) Aplicación a Nivel Internacional

La dimensión internacional es básica para la efectividad de estas propuestas. Hay una constatación general: si se llega a una política de legalización de las drogas, debería tratarse de una política consensuada a nivel mundial -ya que de lo contrario surgirían los "paraísos de la droga."

²¹³ Varios, *¿Legalizar...*, 162.

CAPITULO 4: EL PROBLÉMA ETICO

Introducción

En este capítulo queremos hacer un resumen de los diferentes planteamientos del problema ético de las drogas por parte de teólogos españoles que han tratado el tema. Se recogen los diferentes argumentos éticos que dan pista para el dialogo y la reflexión acerca del fenómeno de las drogas. Nos encontramos que los moralistas enfocan el tema desde muy diversas áreas.

De la problemática de las drogas hay mucho por descubrir, que dialogar y que trabajar desde el campo de la ética. No es mucho lo que hasta ahora se ha escrito respecto a este fenómeno. Sin embargo, lo hasta ahora recopilado es un gran recurso para continuar trabajando y reflexionando sobre el tema de las drogas.

La reflexión de la moral tradicional se elaboró en otros momentos históricos, donde no existía una problemática de las drogas como la que tenemos actualmente. No obstante su aportación a la reflexión moral sobre las virtudes de la abstinencia y de la sobriedad (con sus vicios contrarios: gula y ebriedad) tienen su importancia al presentar pistas a seguir en la reflexión ética actual. Marciano Vidal afirma: "Juzgamos que el planteamiento tradicional ha de ser enriquecido con la referencia al problema moral del uso de estupefacientes, drogas, alcohol, etc."²¹⁴

Este enriquecimiento es lo que intentan hoy algunos moralistas que se han dado a la tarea de asumir con su reflexión y su estudio ético la difícil situación del fenómeno de las drogas. Los teólogos moralistas estudiados son:

- **Marciano Vidal**, que nos presenta el problema ético desde las carencias morales como indicadores de la droga en doble sentido: causa y consecuencia.

²¹⁴Ibid., p. 194.

- **Javier Gafo**, que nos presenta el problema ético desde la realidad de la obligación; ¿Tiene sentido hablar, como se afirma habitualmente, de la obligación de mantener la salud? Los que actúan en perjuicio de su propia salud, ¿actúan no sólo imprudentemente, sino que deberían éticamente actuar de otra forma?; ¿Existe una obligación ética, con quién y cuál es su origen?

- **Fco. Javier Elizari**, que nos presenta la prevención y la atención del drogodependiente como tarea ética.

- **Eduardo López Azpitarte**, quién nos presenta su reflexión ética dentro del tema de la libertad.

- **Urbano Sanchez García**, nos hace un juicio moral del problema de las drogas y presenta una distinción a partir, de lo que él llama, la gravedad del consumo.

- Por último, incluye lo que nos dice **L. Rossi** en el **Diccionario de Teología Moral**. Este presenta el problema moral haciendo referencia a el uso que se hace de las drogas, no es lo mismo utilizarlas con un fin terapéutico que emplearlas con otras intenciones.

1. Planteamiento del Problema Etico

1.1 Marciano Vidal

Lo primero que hace Marciano Vidal es hacer una ubicación histórica dentro de la moral tradicional católica. Encontramos que la problemática de las drogas tiene conexión directa con el tema del autodomínio: la moral de la gula y de la ebriedad. Vidal al tratar el tema del autodomínio hace referencia a Merkelbach, como representante de la moral casuista tomista, éste plantea el problema de la gula y de la ebriedad en los cuadros de la virtud de la templanza.²¹⁵

Santo Tomás (II-II, q. 148), define la gula como "apetencia y uso desordenados de la comida y bebida, buscando el placer." La divide en dos clases: *crapula* (apetito desordenado de alimento y bebida común) y *ebrietas* (apetito desordenado de bebida inebriante).

Vidal también hace referencia al manual de Aertnys-Damen, representante de la moral jesuítico-alfonsiana. Presenta el tema del autodomínio en el tratado de los pecados bajo un único pecado capital: la gula, dividiéndolo en dos epígrafes: gula engeneral y ebriedad. Con relación a la ebriedad, además de exponer la doctrina, desciende a aplicaciones casuísticas en la que la exposición queda completada incluyendo el uso del cloroformo y el uso de la morfina, opio, cocaína etc.

Vidal nos señala que el hecho de la droga es un fenómeno multicausal y plurisignificativo en la actualidad. Una de las causas y una de las correspondientes significaciones pertenece al terreno ético. Su marco de referencia sobre el problema ético de las drogas son las *carencias éticas*, así nos lo expresa: "Las carencias éticas son indicadores de la droga en doble sentido: en cuanto son causa -próxima o remota- de su génesis; y, en cuanto

²¹⁵VIDAL M., *Moral de la...*, 192.

son también consecuencias de su uso."²¹⁶ El tenerlo presente ayudará a un correcto planteamiento teórico y práctico del problema de la droga.

Vidal agrupa las carencias éticas en cuatro grupos, que corresponden a cuatro principales contextos en los que se realiza el fenómeno de las drogas: contexto de civilización, contexto de la sociedad, contexto de las instituciones, contexto de las personas.

-Contexto de civilización

El fenómeno de las drogas está en correlación con la crisis de la civilización. El mundo actual vive una profunda crisis de valores, de ideales, de certezas. La crisis de los valores es un derivado inevitable de esa situación. Si las grandes áreas significativas de la realidad (mundo, hombre, Dios) son abandonados, es normal que aparezca en el horizonte humano el vacío moral. Marciano Vidal dice que este vacío moral, inherente a la crisis de la actual civilización, se manifiesta en:

- afán meramente "consumista"
- deseo de "experimentarlo todo" a costa de cualquier precio
- actitud de protesta "sin sentido preciso"
- montaje social "competitivo"
- la "anomía" como forma ordinaria de vida.

Para Vidal la droga es un indicador privilegiado -causa y efecto- de la crisis de civilización y del correspondiente vacío moral. Si el fenómeno de la droga ésta en estrecha relación con el vacío ético, se puede conseguir el ideal humano de "vivir sin droga". Para ello se precisa una terapia de moralización global.

²¹⁶Ibid., p.204.

Vidal hace referencia a expresiones del Papa Juan Pablo II que recojen lo anteriormente señalado: "Dicen los psicólogos y sociólogos que la primera causa que empuja a los jóvenes y adultos a la perniciosa experiencia de la droga es la falta de puntos de claras y convincentes motivaciones de vida. En efecto, la falta de puntos de referencia, el vacío de valores, la convicción de que nada tiene sentido y que, por tanto, no vale la pena vivir, puede lanzar a la búsqueda de huidas exasperadas y desesperadas."²¹⁷

Es necesario crear una civilización "moralizada", haciendo referencia a Ortega y Gasset, una sociedad "con tarea, con programa vital". Según afirma Vidal la expansión de la droga sería difícil en un ambiente moralizado.

-Contexto social

El vacío moral no es algo abstracto sino que se manifiesta a través de las estructuras sociales. La droga manifiesta profundas carencias éticas en la sociedad actual. Vidal señala que el camino de la droga -desde la producción al consumo, pasando por el tráfico comercial- es uno de los caminos de la injusticia social.

Algunos de los signos sociales en que se manifiesta la inmoralidad de la droga son:

A) **utilización política**: la utilización de la droga ha tenido siempre una finalidad política. Esta se presenta como signo revolucionario: para sufragar el coste de movimientos revolucionarios; y como signo estabilizador: en el fenómeno de las drogas no están ausente los intereses geopolíticos.

²¹⁷L'Observatore Romano, 21 de septiembre de 1980.

B) los **intereses económicos**: hay una vinculación entre el fenómeno de las drogas y las injusticias existentes en las estructuras económicas de la sociedad actual. Vidal señala cuatro situaciones en las que hay una vinculación entre drogas e injusticia social:

- la geografía de la producción de droga coincide, con frecuencia, con la geografía de la pobreza,

- el negocio de la droga favorece la prosperidad económica de las multinacionales y de los países vinculados a ella. Esto explica la permisividad de los gobiernos con las oscuras actividades relacionadas con la droga,

- los grandes narcotraficantes han llegado a tener un poder capaz de desafiar gobiernos, de corromper magistrados, de operar con desvergonzada confianza, de amenazar y asesinar a quienes se les oponen,

- el negocio de las drogas está vinculado con las bandas mafiosas; los cuantiosos beneficios económicos son "limpiados" con frecuencia mediante inversiones en empresas legales y hasta instituciones benéficas.

C) Vinculación con la "**organización de la muerte**"

La droga tiene una evidente vinculación con el fenómeno de la violencia y de la muerte. Vidal recuerda las palabras del Papa Juan Pablo II, cuando hace referencia al fenómeno de las drogas especialmente al narcotráfico como organización de la muerte a nivel internacional.²¹⁸ La relación de la droga con la violencia y con la muerte se efectúa mediante:

- criminalidad del drogodependiente o de bandas organizadas,
- las organizaciones internacionales de carácter mafioso,
- la relación entre droga y movimientos terroristas.

²¹⁸Vidal M., *Moral de la...*, 193.

- Contexto de las instituciones

Las carencias éticas en la problemática de las drogas se identifican en gran medida con las dificultades existentes en las instituciones. Vidal señala, concretamente, tres instituciones: familia, escuela e Iglesia.

-familia: Muchos casos y situaciones de drogodependencia tienen la causa desencadenante en el ambiente familiar inhóspito.

-escuela: El ámbito escolar es uno de los lugares más propicios para la iniciación en el consumo de la droga.

-Iglesia: A la institución eclesial también le corresponde compartir la responsabilidad en el fenómeno de la droga. Sus limitaciones se traducen en carencias éticas en la problemática de las drogas. ¿Qué ha faltado en esa comunicación para que no experimentaran, a través de nosotros, la plenitud de sentido que ofrece la fe, la fuerza que ésta ofrece para afrontar las dificultades de la vida, los valores capaces de motivar una existencia?

-Contexto personal

Las carencias éticas en la problemática de las drogas no provienen únicamente de la crisis de civilización, de la estructura social y de las instituciones. Tienen también su origen en la libertad de la persona. El cuadro de carencias éticas en el contexto personal e interpersonal es de tanta extensión como la que ocupa la catalogación de respuestas a la pregunta: ¿por qué se droga la gente?

Por último, Vidal cree que la droga es signo cualificado de la desintegración personal e interpersonal. El consumo de drogas está marcado por la dependencia, la evasión y la anomía. Por ello, atenta contra los valores éticos más básicos: la personalización y la comunicación humana.

1.2 Javier Gafo

Javier Gafo aborda el problema ético de las drogas planteándolo desde la categoría de la *obligación*: ¿Tiene sentido hablar, como se afirma habitualmente, de la obligación de mantener la salud? Los que actúan en perjuicio de su propia salud, ¿actúan no sólo imprudentemente, sino que también deberían éticamente actuar de otra forma? ¿Existe una obligación ética, con quién y cuál es su origen?²¹⁹ Estas preguntas formuladas por Gafo podemos hacerlas extensivas a la realidad del drogodependiente: ¿Tiene el drogodependiente la obligación de mantener su salud? ¿Actúa imprudentemente el drogodependiente, debería actuar éticamente de otra forma? ¿El drogodependiente tiene una obligación ética, con quién y cuál es su origen?

Gafo señala como características generales de la obligación las siguientes:

- **la obligación incluye la actuación:** toda obligación debe ser entendida como una exigencia de actuar de forma específica. Esto no significa que nunca esté justificado actuar violando la propia obligación, pero en tal caso tendría que probar que la actuación está justificada, a pesar de la existencia de una obligación.

²¹⁹GAFO J., *Ética y Legislación...*, 363.

- **la obligación surge de un compromiso:** se origina por la existencia de promesas, contratos, acuerdos explícitos o incluso implícitos con otras personas.

Surge una nueva pregunta a partir de lo anteriormente expresado, Gafo la expresa de la siguiente manera: ¿Tiene sentido hablar de *obligaciones consigo mismo*? Una posible fundamentación de tal obligación es que no se debe actuar en contra de los propios intereses. Pero, ¿es esto una mera admonición razonable o es, además, una exigencia ética? ¿Tiene un auténtico sentido moral la afirmación de que existe una obligación de actuar prudentemente en el cuidado de la propia salud?

Gafo señala que es problemática la fundamentación de una exigencia ética consigo mismo, ya que una obligación de la que uno se puede liberar no tiene fuerza vinculante y, por tanto, no parece ser una obligación en sentido estricto. Gafo hace referencia a los argumentos de la ley natural, de Kant y Locke:

- *Kant* arguía que la pura razón, con independencia de cualquier acción o relación entre las personas, es fuente de obligaciones morales, incluyendo las relacionadas con la propia vida o salud;

- los que arguyen desde la *ley natural* expresan la existencia de normas morales que se afirman son inherentes a la naturaleza; la preservación de la vida y la salud afecta a bienes intrínsecos, que uno está obligado a proteger en virtud de la ley natural;

- *Locke* afirma que la vida no es una propiedad sobre la que se tiene jurisdicción, sino que se posee en depósito, ya que es propiedad divina; por ello, surge la obligación de preservarla.

Hay un deber de cuidar la propia salud, ya que es imposible realizar los deseos y aspiraciones actuales y futuras, si se destroza la propia salud. Sin embargo, aunque se

mostrase que no se está estrictamente obligado a cuidar la salud, no significa que no exista obligación en relación a otros. Hay obligaciones hacia otros que exigen que se proteja y defienda la propia salud, por ejemplo, determinadas profesiones como astronautas, deportistas..., en las que se requiere una óptima condición física para el éxito profesional. Por otra parte, ciertas relaciones humanas incluyen la asunción de determinadas obligaciones. Tal es el caso del matrimonio, que obliga mutuamente a los cónyuges a ciertas acciones legalmente específicas. La concepción tradicional del matrimonio conlleva un modelo de interacción que exige el mantenimiento de la salud. El hecho de ser miembro de la comunidad humana impone una serie de obligaciones: caridad hacia los necesitados, de no agresividad gratuita y también las relaciones con la propia salud.

Gafo presenta cinco razones de las que pueden surgir una obligación que se refiere a uno mismo.²²⁰

- Como obligación especial con uno mismo.
- Por contrato o acuerdo explícito en relación con la propia salud.
- Como consecuencia de otras obligaciones cuya realización exige el mantenimiento de la propia salud.
- Por la relación especial con otros, por ejemplo la familia.
- Como consecuencia de las circunstancias morales generales de la persona.

También podría decirse que las personas que están solas, sin relaciones con otros que les obliguen, pueden estar desvinculadas de obligaciones hacia sí mismas. No parece existir una base plenamente persuasiva para fundamentar que tienen obligación de hacerlo en

²²⁰GAFO J., *10 Palabras...*, 333.

cualquier circunstancia. No es fácil ver cómo se les puede acusar de violar entonces una obligación moral, si no existen otras consideraciones adicionales.

Gafo concluye diciendo que "la salud es un estado valorado positivamente de forma casi universal, pero también es verdad que muchas personas son imprudentes en su atención. Sin embargo, la mayoría de las personas tienen obligaciones hacia los otros, y consiguientemente, una serie de razones para mantener la salud.

1.3 Francisco Javier Elizari

Para Elizari la *prevención* de la problemática de las drogas y la *atención de los drogodependientes* son responsabilidades éticas de cada persona y de la sociedad.²²¹

A) La prevención:

Esta ha de ser centrada en la persona y en la sociedad por medio de la educación y transformación de las personas. El trabajo de prevención se realiza en acciones concretas:

- educación y transformación de personas,
- actuación tanto en el frente de la oferta de droga como en el de la demanda
- vigilancia al tráfico ilegal; es un paso decisivo en el suministro de la droga, si

aquí no se avanza, la prevención y la rehabilitación ven mermada su eficacia.

B) La atención al drogodependiente:

²²¹ELIZARI F., *Bioética*, 323.

Elizari presenta como punto de partida básico el considerar a los drogodependientes como enfermos necesitados de cuidados múltiples. La atención al drogodependiente se plantea desde dos dimensiones:

1. El *tratamiento médico*: éste requiere la ayuda de profesionales; se ha de evitar enfoques de personas puramente benévolas o de índole exclusivamente espiritual. Elizari afirma que pueden proliferar carismas ingenuos y poco clarividentes en este terreno.

2. La *reestructuración personal*: se encuentra muchas veces seriamente comprometida por la droga. En la reestructuración personal son valiosos: el apoyo de la familia, los servicios de asesoramiento y acompañamiento, la ayuda de comunidades terapéuticas. El drogodependiente ha de recuperar la autoestima, establecer relaciones verdaderas, integrar los valores y conseguir el dominio de sí mismo. Se requiere una actitud de la sociedad que adopte actitudes acogedoras.

1.4 Eduardo López Azpitarte

El planteamiento ético de López Azpitarte está formulado desde el concepto de *libertad*. Su reflexión moral está dentro del marco de los psicofármacos utilizados en la terapia médica, sin embargo podemos sustraer elementos importantes y extensivos a la problemática de las drogas. Antes de hablarnos propiamente de la libertad, López Azpitarte indica que control significa poder, posibilidad de manipulación, influjos externos que, en este caso, afectan a lo más íntimo y profundo de la dignidad humana. El hombre es un ser que se autoconstruye con una libertad responsable, que no está dirigido desde fuera como si fuese un simple robot ni por otros mecanismos interiores que limiten profundamente su autonomía personal.

López Azpitarte afirma que proclamar la libertad como característica humana más específica y valiosa no supone negar los múltiples condicionamientos biológicos, psíquicos o sociales, que la reducen con tanta frecuencia. Hay que admitir que "el hombre, a pesar de todas sus limitaciones, puede conquistar la libertad; que posee la capacidad de trascender esos influjos que recortan su autonomía, que siente, en último término, la urgencia de darle un sentido y orientar su existencia hacia un proyecto determinado del que se sabe responsable."²²²

La libertad no es un regalo gratuito de la naturaleza, sino una conquista difícil y ardorosa que sólo se consigue después de un arduo combate. Poseemos una libertad determinada, pero capaz de vencer aquellos determinismos que destruyan nuestra responsabilidad. López Azpitarte presenta su reflexión ética con una pregunta sobre la utilización de los psicofármacos legales que hacemos extensiva al consumo de drogas ilegales: ¿Ayudan a una mejor realización del hombre o dificultan más bien ese objetivo?

Podemos identificar tres puntos importantes dentro del planteamiento ético de López Azpitarte:

1. **Actitud ante el dolor:** La medicina está al servicio del hombre y cuando, a través de un fármaco, es posible superar una crisis, mantener un mínimo de tensión vital, suprimir una angustia excesiva, moderar algunas conductas incontroladas o disminuir otras manifestaciones peligrosas, nadie debería poner reparo a su empleo.

Tolerar el sufrimiento, la incomodidad o la tensión, que pueden tranquilamente eliminarse, no es un síntoma de virtud, sino un cierto masoquismo oculto o una resignación estoica que muchas veces no tiene sentido. La ética del dolor está llena de ambigüedades e inexactitudes que se nos han transmitido en la misma educación cristiana.

²²²LOPEZ E., *Ética y Vida desafíos actuales*, Paulinas, Madrid, 1993, 296.

2. Mentalidad con expectativa exagerada sobre los psicofármacos:

López Azpitarte identifica lo que él llama, "*mentalidad exagerada ante el mito de los psicofármacos*", como si con ellos buscáramos una especie de paraíso artificial para huir de los cansancios, dificultades, tensiones, momentos depresivos, ansiedades, insomnios, pesimismo y todo ese mundo que rodea y acompaña al existir humano.

El deseo de encontrar una solución inmediata para estos problemas hace que, en lugar de insistir en una ayuda psicológica para un enfrentamiento humano, se ofrezca una evasión mediante la droga, más cómoda y descomprometida. El peligro de un *hedonismo psicotrópico* ha sido denunciado por la misma medicina como una amenaza que pesa sobre nuestra sociedad moderna y supermedicada.

Ha llegado el momento de preguntarse con seriedad si no se han traspasado los niveles. López Azpitarte expone su preocupación a la vista de los peligros que encierra una sociedad en busca de tales soluciones para cualquier clase de problema.

3. Quiebra de la propia autonomía:

La estructura psicológica del ser humano es de una complejidad admirable y extraordinaria. En ella el hombre normal encuentra los resortes suficientes para afrontar los problemas y dificultades inherentes a la vida, para descubrir las posibles raíces de sus tensiones o conflictos y para orientar y jerarquizar su conducta en función de unos objetivos determinados.

López Azpitarte afirma que "será conveniente, para situaciones más difíciles y conyunturales, una estimulación química; pero en la medida que ésta se convierte en una práctica ordinaria, vamos reduciendo esa capacidad humana de autodeterminación y orientamos la conducta hacia la dependencia y el automatismo."²²³

La quiebra progresiva de la autonomía y la libertad, para dejarla en manos de la pastilla o el comprimido, constituyen un atentado contra la dignidad de la persona, sobre todo cuando crean una dependencia y tolerancia. La autonomía y la libertad personal terminan allí donde comienza el comportamiento peligroso e incontrolado.

Concluye López Azpitarte que, hacer del hombre una marioneta, reduciendo el ámbito de su voluntad, sólo estaría permitido cuando se busca de verdad su bien, como situación pasajera hacia una autonomía posterior, o cuando es la última y definitiva forma de defensa frente a una persona incontrolada. La utilización de psicofármacos tienen un carácter terapéutico éticamente admisible, en vías de buscar el bien integral de la persona. No hay justificación ética para su uso fuera del terapéutico.

1.5 Urbano Sánchez García

En U. Sánchez no encontramos una pregunta de partida para el planteamiento del problema ético de las drogas, sino que entra directamente al juicio moral. Su valoración moral es expresada de la siguiente manera: "el uso de la droga, exceptuada la terapéutica, es inmoral."²²⁴ El consumo de drogas destruye la salud personal, arruina la paz familiar, deteriora la convivencia social y es una fuente de inmoralidades e injusticias.

No obstante, U. Sánchez hace una distinción a partir de la *gravedad del consumo*, ésta depende:

- **de su clase:** mayor o menor adicción, expresando como decisiva para el juicio moral la distinción entre droga blanda y dura.

- **de su uso:** consciente o con ignorancia, ocasional o habitual.

²²³Ibid., p. 301.

²²⁴SANCHEZ U., *La Opción del Cristiano*, Tomo II, Síntesis, Madrid, 1991, 196.

La mayor gravedad está en las personas que se enriquecen a costa de la salud de los inocentes especialmente jóvenes. Considera al drogodependiente como un enfermo a quien falta responsabilidad y está obligado a poner los medios para curarse. Se requiere una actitud comprensiva para con el consumidor de drogas pues es una víctima más que un pecador, un enfermo antes que un delincuente, un responsable de sus actos, sí, pero también un fiscal que acusa las injusticias de los mayores. Es una persona malherida que necesita la mirada y trato de Cristo con los más necesitados. Concluye, U. Sánchez diciendo, que detrás de la problemática de las drogas hay oculta muchas miserias éticas, religiosas y sociales de nuestro mundo.

1.6. L. Rossi (Diccionario de Teología Moral)

L. Rossi plantea el problema ético de las drogas a partir de la distinción del uso dado a éstas. Afirma que el uso de la droga aunque no es intrínsecamente ilícito, es muy peligroso y no se puede recurrir a ella si no es por motivos muy graves, y nunca por simple placer o por deseo de evadirse de la realidad, escapándose de las realidades propias. Hay que hacer una distinción entre el uso terapéutico y el uso no terapéutico o superfluo.

Descarta el hedonismo como causa de la drogodependencia cuando señala: "No existe placer alguno, al menos absolutamente, en el uso de la droga más extendida y letal: la heroína. Muchos piensan que la persona se droga porque es hedonista. En realidad lo hace porque sufre profundamente y ha encontrado en la heroína el medio de eliminar estos sufrimientos."²²⁵ A veces se drogan no los jóvenes peores, sino precisamente los más sensibles, que no soportan lo absurdo de la vida.

²²⁵ROSSI L., "Drogas" en COMPAGNONI F., PIANA G., PRIVITERA S., VIDAL M., *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Madrid, 1992, 440.

Señala que la problemática de la droga requiere una actitud más dialogante y la combinación de diferentes puntos de vista. Sostiene un no a la liberalización que no puede ser interpretado como un sí a la política prohibicionista. Su fundamentación se basa principalmente en los siguientes puntos:

A) Recuperar las motivaciones de vivir:

Toda persona humana -el joven sobre todo- necesita motivos para vivir, no le basta con el miedo a morir. Los cristianos blasfeman cuando confían en el código penal y en la represión, en lugar de confiar en el evangelio, dar testimonio y vivir la alegría.

No represión y sí responsabilización, educación, confianza y prevención. Nuestra educación es, a menudo, sólo formalista y no ofrece verdaderas motivaciones. Nos preocupamos del orden exterior de la persona, de la expresión correcta, de la llamada "buena educación." No se buscan los valores esenciales, como la paciencia, la confianza, el perdón, la reflexión, la tolerancia, el esfuerzo y la participación.

El problema de las drogas hay que resolverlo en positivo. ¿Para qué debo vivir?, ¿Cómo puedo contribuir a hacer este mundo más humano?. El problema de las drogas es un problema de prevención. La prevención implica a toda la sociedad, personas e instituciones. No vale delegar en otros.

B) Nueva distinción en el uso de drogas:

"El uso de la droga no es intrínsecamente ilícito." De tal manera es así que a veces se permite el uso de la morfina para los enfermos graves y moribundos. Sin embargo, es muy peligroso y no se puede recurrir a ella si no es por motivos muy graves; nunca por simple

placer o por deseo de evadirse de la realidad, escapando de las responsabilidades propias. Hay que distinguir claramente el uso terapéutico de la droga del uso llamado superfluo.

- *Uso terapéutico*: Es lícito suministrar dosis de narcóticos o de estupefacientes a un enfermo grave o moribundo para aliviar sus dolores físicos y para animarlo moralmente. Como condición, es importante que haya dado su consentimiento y haya previsto sus propias obligaciones religiosas y sociales.

La razón es el alivio del sufrimiento y la posibilidad de obtener una mayor serenidad, o también, para excluir su rebelión a la providencia de Dios (cf Pío XII, alocución del 24 de febrero de 1957 a los estudiosos de anestesiología).

- *Uso superfluo*: Es el problema de la droga tal como se plantea hoy. Este uso tiene muy poco de voluntario puesto que la droga causa una dependencia y un hábito que la hace sentir como indispensable. Ante el uso superfluo de la droga, la postura de la vía responsabilizadora presenta las siguientes preguntas: ¿Por qué destruir la propia vida de esta manera?, ¿Por qué condenar a un infierno la propia vida y la de los familiares?, ¿Para qué sirve aliviar los propios sufrimientos y preocupaciones durante unas horas, si luego volverán a aparecer agravados?

2. Síntesis de la valoración moral

De la valoración moral presentada podemos identificar tres aspectos que consideramos importantes puntualizar:

A) Las carencias éticas son indicadoras de la problemática de las drogas.

Esta valoración la consideramos como punto de partida para el planteamiento del problema ético de las drogas. El fenómeno de las drogas se ubica dentro de la actual crisis de valores de la sociedad contemporánea. Si, por un lado, es cierto que las drogas siempre han estado presentes en la historia de la humanidad, por otro, el momento histórico que vivimos es totalmente nuevo en su concepción de la vida, la naturaleza y el hombre.

La agrupación que hace Marciano Vidal de las carencias éticas en los contextos de la civilización actual, la sociedad en la que vivimos, las instituciones en las que participamos y por último, el contexto personal, nos presenta la problemática de las drogas en su complejidad y pluralidad. La reflexión ética actual sobre las drogas no puede prescindir de esta valoración para iniciar su planteamiento.

B) La obligación de cuidar la salud.

La valoración que presenta Javier Gafo, enmarcada en la pregunta: ¿Tiene sentido hablar de obligaciones consigo mismo?, hace que la reflexión ética sobre el problema de las drogas se mantenga abierta y en continua elaboración. No parece que exista una base plenamente persuasiva para fundamentar la obligación consigo mismo de cuidar la salud, por ello, la reflexión ética continua en elaboración buscando aspectos que puedan presentar nuevas pistas de orientación.

C) El concepto libertad

La valoración ética que presenta López Azpitarte de la libertad es de carácter dinámico. La libertad no es un regalo gratuito de la naturaleza, requiere ser conquistada con esfuerzo en el acontecer diario de la vida. El hombre tiene la capacidad para limitar su libertad pero igualmente tiene la capacidad de trascender los influjos que limiten a ésta. Cabría preguntarse ¿es éticamente aceptable limitar la propia libertad?

La reflexión ética continua en su actual dinamismo. No son pocos ni son sencillos los problemas que tocan a la moral hoy día. Se necesitan una actitud dialogante y una cercanía al ser humano que vive y padece los conflictos actuales. En el campo de las drogas todavía hay mucho por hacer por parte de la teología moral, sin embargo, ya se han dado los primeros pasos que mantienen el diálogo y la reflexión actual.



Conclusiones

Al término de esta tesina, dedicada a la problemática de las drogas, queremos recordar las palabras de los obispos vascos: "la actividad frente a la droga no ha de remitirse puramente a erradicarla o a prevenirla. Es preciso que la sociedad entera reflexione sobre las condiciones objetivas que la hacen posible, sepa autocriticarse a la luz de este síntoma revelador y modifique, en la medida precisa, sus mismos planteamientos básicos y su estilo de vivir."²²⁶

Se puede afirmar que el tema de las drogas es objeto todavía de estudios y debates. La droga es un campo de trabajo en el que aún hay mucho terreno virgen. Son muchas las áreas del saber humano, como la psicología, la sociología, el derecho, la ética, la economía, la política, la medicina, etc., que confluyen en este fenómeno y que apenas comienzan sus estudios y planteamientos.

El conflicto de las drogas es una labor que corresponde a toda la sociedad y la Iglesia, como parte de ésta, tiene algo que decir y hacer. Los obispos vascos así lo afirman: "El mundo de la toxicomanía se nos presenta hoy como un campo ineludible y privilegiado para el compromiso liberador. Estamos persuadidos de que los drogadictos constituyen una interpelación urgente del Señor para nuestras iglesias locales. Las palabras de anuncio y denuncia, lejos de aquietar nuestra conciencia, nos estimulan a poner en marcha los dinamismos y recursos para la acción."²²⁷ La reflexión ética del fenómeno de las drogas cumplirá su cometido si es capaz de asumir este tema con una actitud dialogante y con creatividad.

Para comprender el sentido de la problemática de las drogas es necesario aceptar la posibilidad que tiene el hombre actual de cambiar su vida psíquica, mediante la utilización de ciertas sustancias (naturales o artificiales). Cuando esta posibilidad se realiza, nos encontramos con el hecho de las drogas. La droga es un fenómeno de tal magnitud significativa que ofrece

²²⁶Obispos Vascos, *El Oscuro Mundo de la Droga Juvenil*, PPC, Madrid, 1984, 43.

²²⁷Ibid., p.32.

muchos aspectos para la consideración ética. El hecho de las drogas es uno complejo y en él se encuentran muchas realidades que interaccionan entre sí aumentando la complejidad de este.

Se pueden identificar, en primer lugar, un área subjetiva que toca la responsabilidad moral del drogodependiente; ¿tiene responsabilidad moral el drogodependiente?, ¿es un enfermo?, ¿tiene obligación de cuidar su salud?; En segundo lugar, un área objetiva donde entran la producción de la droga, su comercio y su consumo; y otras áreas implicadas como pueden ser la cultural, la jurídica, la educativa y la terapéutica.

Las carencias éticas, llámese crisis moral de la civilización actual o vacío existencial de valores, están directamente ligados al fenómeno de las drogas. Nos encontramos con personas sin escrúpulos, con grandes intereses económicos, que han creado un mundo de injusticia social donde no tiene valor la persona sino el lucro personal. Todos los estudiosos del tema de las drogas coinciden en que el narcotráfico exige nuestro total rechazo. Sin embargo, cada día aumenta la sospecha de complicidad por parte de instituciones y naciones. Es extraño y no guarda proporción, el adelanto en el mundo de las técnicas de las comunicaciones y de la investigación y la poca cantidad de decomisos de drogas. La droga que entra en los países consumidores tiene que ser muy alta para cubrir la gran demanda.

La política prohibicionista se cuestiona porque no ha logrado disminuir o erradicar la producción y consumo de drogas. Muchas veces su enfoque de la problemática de las drogas crea mayores complicaciones, como por ejemplo: la saturación del sistema judicial y de las cárceles y la marginalización del drogodependiente. El número de consumidores sigue en aumento, y éstos han pasado de tomar una sola droga a consumir varias simultáneamente. Hay que buscar nuevas alternativas; se requiere un diálogo honesto y un debate con rigor.

La problemática de las drogas presenta un reto a nivel internacional; es un fenómeno que trasciende las fronteras nacionales. Se necesita la cooperación y el acuerdo internacional

dentro de un ambiente de respeto y sin imposiciones entre las naciones. Hay que tener en consideración los aspectos culturales y tradicionales de civilizaciones milenarias en las que el uso de alguna droga es parte de su idiosincracia. La relación de éstos con la droga no tiene nada que ver con las causas por las que tantas personas actualmente se convierten en drogodependientes.

El rol de la familia es fundamental para la prevención y la rehabilitación del drogodependiente, igualmente, si su realidad es inestable y hostil puede predisponer a la drogodependencia. El drogodependiente tiene que asumir y reconocer su situación, es el primer paso, pero también necesita del acompañamiento de la comunidad de lo contrario permanecería aislado y marginado.

En los campos de la grave

destilan sangre unos gitanos.

En esos míseros campos

se oye el eco del llanto

elevarse firme en lanzas de dolor quebrado.

No son gitanos románticos,

su poeta murió hace años,

son los nuevos jinetes

que van a lomos del caballo.

En las calles de su cárcel

drogarse es por hoy triunfar

y robarle un momento al llanto. (Pedro Fuster)



BIBLIOGRAFIA

- ♦1. **Berkow R. y otros**, *El Manual Merck*, MSD, West Point, Pennsylvania, 1989..
- ♦2. **Blanco F.**, *Derecho de las drogodependencias*, Parlamento Vasco, Vitoria, 1989.
- ♦3. **Cabrera Bonet, R. y Cabrera Forneiro, J.**, *Las Drogas De Abuso: Un Reto Sanitario*, Estudio 53, Madrid, 1994.
- ♦4. **Compagnoni F., Piana G., Privitera S., Vidal M.**, *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Madrid, 1992.
- ♦5. **Conferencia Episcopal de Bolivia**. "*El Narcotráfico está destruyendo las bases de la sociedad boliviana*", *Ecclesia*, núm. 2184 (28 de julio 1984), 13-15.
- ♦6. **Conferencia Episcopal de Bolivia**, "*La Conferencia Episcopal denuncia el drama de la droga*", *Ecclesia*, núm. 2185 (4 y 11 de agosto 1984), 37.
- ♦7. **Conferencia Episcopal de Bolivia**, "*Ante el problema de la corrupción y la droga*", *Ecclesia*, núm.2549 (5 de octubre de 1991), 38.
- ♦8. **Conferencia Episcopal de Colombia**, "*Frente al narcotráfico y la drogadicción*", *Ecclesia*, núm. 2405-2406 (7-14 de enero 1989), 43-47.
- ♦9. **Conferencia Episcopal EE.UU.**, "*Mensaje Pastoral sobre el abuso de drogas*", *Origins*, vol. 20, núm. 24 (22 de noviembre 1990), 390.
- ♦10. **Conferencia Episcopal de Mexico**, "*El narcotráfico, preocupación Pastoral*", *Ecclesia*, núm. 2405-2406 (7-14 de enero 1989) 48-50.
- ♦11. **Conferencia Episcopal de Perú**, "*La Iglesia y el Narcotráfico*", *Ecclesia*, núm.2485 (21 de julio 1990), 35-38.
- ♦12. **Consejo Pontificio para la Familia**, "*De la Desesperación a la Esperanza*", *Ecclesia*, núm. 2581 (23 de mayo de 1992), 28.
- ♦13. **Diaz M. y Espinos D.**, *Tratado de Medicina Interna*, Panamericana, Madrid, 1994.

- ♦14. **Díez J. y Lorenzo P.**, *La Actual Política Criminal Sobre Drogas, Una Perspectiva Comparada*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1993.
- ♦15. **Elizari F.**, *Bioética*, Paulinas, Madrid, 1991.
- ♦16. **Escohotado A.**, *Aprendiendo de las Drogas*, Anagrama, Barcelona, 1995.
- ♦17. **Escohotado A.**, *Historia de las Drogas*, Alianza, Madrid, 1990.
- ♦18. **Escohotado A. y otros**, *Las Drogas: De Ayer a Mañana*, Talasa, Madrid, 1994.
- ♦19. **Escohotado A. y otros**, *¿Legalizar Las Drogas?*, Popular, Madrid, 1991.
- ♦20. **Farreras P. y Rozman C.**, *Medicina Interna*, Mosby-Doyma, Madrid, 1995.
- ♦21. **Gafo J.**, *Ética y Legislación en Enfermería*, Universitas, Madrid, 1994.
- ♦22. **Gafo J.**, *10 Palabras Clave en Bioética*, Verbo Divino, Navarra 1994.
- ♦23. **Goodman y Gilman**, *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*, Panamericana, México, 1994.
- ♦24. **Hofman F.**, *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse*, Oxford University Press, Oxford, 1983.
- ♦25. **Inciardi J.**, *The drug legalization debate*, Sage, London, 1991.
- ♦26. **Juan Pablo II**, (*Mensaje de su visita pastoral a Cartagena de Indias, Colombia*) "*La droga, nueva esclavitud de nuestro tiempo*", *Ecclesia*, núm. 2277 (26 de julio de 1986), 25.
- ♦27. **Juan Pablo II**, (*Mensaje a la Conferencia Internacional sobre el Abuso y el Tráfico de la Droga*) "*La droga provoca la pérdida de valores éticos y espirituales*", *Ecclesia*, núm. 2329 (25 de julio de 1987), 24-25.
- ♦28. **Juan Pablo II**, (*Mensaje al Consejo Pontificio para la Pastoral de Agentes Sanitarios*) "*No se puede hablar de la libertad de drogarse*", *Ecclesia*, núm. 2560 (28 de diciembre de 1991) 29-31.

- ♦29. **Juan Pablo II**, (*Mensaje al Consejo Pontificio para la Pastoral de Agentes Sanitarios*) "Respuesta al abuso de drogas y alcoholismo", *Origins*, Vol. 21, núm. 26 (5 de diciembre de 1991), 421.
- ♦30. **Jueces para la Democracia**, *IX Congreso ¿Hasta Dónde El Control Penal En Una Sociedad Democrática?*, Graficas Mari Montañana, Alicante, 1994.
- ♦31. **López Azpitarte E.**, *Ética y Vida, Desafíos actuales*, Paulinas, Madrid, 1990.
- ♦32. **Martinez A. y Moya F.**, *Legislación sobre drogas*, Tecnos, Madrid, 1990.
- ♦33. **May G.**, *Addiction And Grace*, Haper Collins, Nueva York, 1991.
- ♦34. **Nahas G. y Trouvé R.**, *Toxicomanias*, Masson, Barcelona, 1992.
- ♦35. **Obispos del País Vasco**, "El Oscuro Mundo de la Droga Juvenil", PPC, Madrid, 1984.
- ♦36. **Otero J.**, *Droga y Delincuencia*, Pirámide, Madrid, 1996.
- ♦37. **Puricelli J.**, *Estupefacientes y Drogadictos*, Universidad, Buenos Aires, 1990.
- ♦38. **Santacreu J., Zaccagnini J., Márquez M.**, *El problema de la "Droga"*, Promolibro, Valencia, 1992.
- ♦39. **Sánchez U.**, *La Opción del Cristiano*, Tomo II, Atenas, Madrid, 1991.
- ♦40. **Varios**, *Manual C.T.O.*, Cañizares, Madrid, 1994.
- ♦41. **Vidal M.**, *Bioética*, Tecnos, Madrid, 1989.
- ♦42. **Vidal M.**, *Moral de la Persona y Bioética Teológica*, PS, Madrid, 1991.
- ♦43. **Szasz T.**, *Droga y Ritual*, F.C.E., Madrid, 1990.