

T. - D  
164

1

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

"ALGUNOS ASPECTOS LEGALES DE LA DROGADIC-  
CION EN COLOMBIA"

TESIS PARA OBTENER EL TITULO  
EN DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

SGLE  
101289

CIELIA RENTERIA DE CABRERA

Cartagena, junio de 1976

2

DECANO DE LA FACULTAD: Dr. Carlos Villalba Bustillo

PRESIDENTE DE TESIS: Dr. Guillermo Gómez León

PRESIDENTE HONORARIO: Dr. Antonio Osteau Lafont

EXAMINADORES: Dr. Victor León Mendoza

Dr. Carlos Díaz

INDICE

	Página
PROLOGO . . . . .	i
<u>INTRODUCCION</u> . . . . .	1
1. El Gran Problema . . . . .	1
2. Las Drogas y la Violencia . . . . .	5
<u>CAPITULO 1</u> : Las Drogas en el Mundo de Hoy. . .	13
1. Por qué la Juventud se droga? . . . . .	13
2. Son necesarias las drogas? . . . . .	16
3. Cannabis, el Primer paso . . . . .	28
<u>CAPITULO 2</u> : Definiciones y Clasificaciones Cien- <u>Tíficas</u> generales. . . . .	31
1. Definiciones. . . . .	31
2. Drogas . . . . .	33
3. Drogadicción, Dependencia, Toxicomanía . .	36
4. Clasificación . . . . .	44
5. Fenomenología y Etiología . . . . .	48
6. Aspecto Científico Generales . . . . .	54
<u>CAPITULO 3</u> : Perspectiva Histórico legislativa en Colombia . . . . .	72
<u>CAPITULO 4</u> : Los tratados Internacionales . . .	80
<u>CAPITULO 5</u> : El derecho vigente en Colombia . . .	89
1. El Debate sobre las drogas . . . . .	89
2. La "dosis personal" de marihuana . . . . .	93
3. Las reacciones sociales al establecimiento de la "dosis personal" . . . . .	98
4. Estatuto Nacional de Estupeficientes . . . . .	106
<u>CAPITULO 6</u> : La marihuana en Colombia . . . . .	113
1. La marihuana, un reto . . . . .	113
2. La marihuana ante la ley . . . . .	118

	Página
<u>CAPITULO 7</u> : Rehabilitación, Répresión y Prevención...	125
1. Métodos de control . . . . .	126
2. Tendencia de la Rehabilitación, Prevención y represión de drogadictos en Colombia . . . . .	128
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> . . . . .	132
<u>BIBLIOGRAFIA</u> . . . . .	136

A mis hijos  
Juan Carlos  
Jaime Andrés

PROLOGO

No pretendo con este trabajo hacer un análisis exhaustivo del problema de las drogas en Colombia.

Mi deseo es llamar la atención de todos los que se preocupen por el desarrollo integral del país para que trabajen con más ahínco en la prevención de este terrible flagelo que ya no es privativo de las ciudades y de los jóvenes acomodados sino que se está extendiendo peligrosamente a todos los estratos sociales y a todos los rincones de la nación tan pingüe son las ganancias y tan grande es el desbarajuste moral a que estamos llegando que hasta en el buque insignia "Gloria" se encontró en estos días una buena cantidad de cocaína...

Mi planteamiento fundamental en esta tesis "Algunos Aspectos legales de la Drogadicción en Colombia", es que el estado antes que "rehabilitador" y "represivo" debe ser "prevvisorio" y "educador".

El Estatuto Nacional de Estupefacientes (Decreto Ley 1188 del 25 de junio de 1974) me parece bastante ajustado a la realidad, pero no se ha hecho cumplir en los capítulos más importantes:

El Capítulo II : Campañas Publicitarias y Programas Educativos. La T.V. nada dice al respecto. La prensa y la radio no tienen secciones realmente formativas... y si visitamos las escuelas, colegios y universidades públicas y privadas dan ganas de llorar.

La escuela tiene que formar una personalidad fuerte para que se le enfrente a todos los incentivos inmorales del mundo de hoy. Hay que enseñarle al niño a pensar y a criticar; a juzgar y a sintetizar, pero los maestros y los profesores universitarios piensan que "pensar" es repetir de memoria lo que ellos dicen... Necesitamos en Colombia una educación integral dada por maestros integrales; pero el estado no tiene medios;

no obstante, está haciendo grandes esfuerzos.

Los dueños de colegios privados, en un 90 por ciento sólo piensan en enriquecerse "educando"...

Para mí la solución al problema de las drogas está en la educación integral que previene y forma personalidades.

El Capítulo III: Campañas contra el Alcohol y otras sustancias de uso lícito. No han oído ustedes la radio, leído la prensa o visto la T.V.? Recordemos la apología que se hace de los licores, del tabaco... y eso está prohibido por el Estatuto! Tiene usted jeringas hipodérmicas? Todo el mundo las posee!! pues está prohibido poseerlas sin autorización competente.

Ha leído en los empaques de cigarrillo o en las etiquetas del aguardiente leyendas que digan "este producto es nocivo para la salud física y mental"? No

Pues esas leyendas deberían colocarse... pero las licorerías y las fábricas de cigarrillo son las que ayudan a pagar a muchos empleados oficiales.

El Capítulo VI: Las Contravenciones

El Capítulo VII: Tratamiento y Rehabilitación: No hay muchos establecimientos especializados.

No soy pesimista y la esperanza de que vendrá pronto una educación de la más alta calidad donde se desarrollará en los futuros ciudadanos no solo el intelecto sino también la sique y el cuerpo.

En esta tesis empiezo dando una visión del problema a nivel mundial y termino con el análisis de la situación en nuestro país a través del Estatuto Nacional de Estupefacientes y del Decreto 701 del 9 de abril de 1976 que estableció la "dosis personal" de marihuana. A lo largo del estudio

hay recomendaciones y críticas que se sintetizan en la última parte: Conclusiones y Recomendaciones.

Es probable que mi tesis aporte una documentación ya que a través de todo el trabajo no sólo hablo de leyes y penas sino que involucro serios estudios de psiquiatría clínica y psicopatología Forense.

Mi único anhelo es ayudar al conocimiento y a la solución del gravísimo problema de la Drogadicción en Colombia.



## INTRODUCCION

"Ayer se arrancaban raíces o se mascaban hojas para lograr un resultado incierto. Hoy, se fabrican productos quimiopsicotrópicos de síntesis cuya especificidad se conoce. Se ha logrado técnicamente modificar la conciencia, no ya por accidente, sino de encargo". (Sidney Cohen)

### 1. EL GRAN PROBLEMA

Un hombre de cada cuatro, más de mil millones de hombres, piden a la droga -estupefaciente es término policiáco- algo distinto de la manera acostumbrada de ver y de pensar.

"Con la sola excepción de los alimentos -escribía a principios del siglo el toxicólogo Ludwing Lewin-, no existen en la Tierra sustancias que estén tan íntimamente asociadas a la vida de los pueblos en todos los países y en todos los tiempos". Ni los neuropsicólogos ni los químicos, pese a lo adelantado de sus investigaciones, han podido descubrir aún la verdadera naturaleza de ciertos alcaloides. Las mejores definiciones se parecen a veces a la afirmación simplista de Tomás Diafoirus en el enfermo imaginario: Opium facit dormire Quia est in eo Virtus dormitiva (El opio hace dormir porque en él está el poder de dormir").

El arsenal de la droga es inmenso. Millares de sustancias sintéticas han venido a añadirse a los pocos centenares de productos naturales. Sin contar los

../..

toxicómanos "menores" que buscan una ligera excitación en el tabaco, el café, el té, se encuentran más de 30 millones de alcohólicos crónicos; 300 millones de mascadores de nueces de cola, de coca, de qat y de betel; otros 300 millones de fumadores de cannabis, mientras que cerca de 400 millones de hombres buscan la euforia del opio tradicional y de sus derivados. Estas cifras dicen bastante de la gravedad con que se plantea el problema de la droga.

La represión policíaca no es más que una solución de emergencia, que no resuelve nada a largo plazo, pues los nuevos alucinómenos no corresponden ya a las definiciones legales del "estupefaciente". Tampoco se arregla nada con decir que la toxicomanía es un vicio, pues equivale a decir que, de cada cuatro hombres, uno es vicioso.

Más interesante es investigar por qué la gente se droga. Durante la sesión celebrada el 23 de mayo de 1966 en la Société médico-psychologique, el doctor Gaston Ferdiere, que fue psicoterapeuta de Antonin Artaud, respondió en estos términos al doctor Bensoussan, quien había tachado de perversidad a los adeptos de la experiencia psicológica: "Mi biblia, en este terreno sigue siendo los antiguos estudios de Felipe de Felice, sus dos libros que tratan de Algunas formas interiores de la mística; venenos sagrados, embriagueces divinas y muchedumbres delirantes, éxtasis colectivos (es necesario recordar los títulos completos).

"Los alucinógenos son consumidos por grupos de perversos, pero sobre todo, por los llamados gnósticos, que nos han exigido a veces el peyote, el kif o el hongo mexicano..., y hoy ponen sus esperanzas en el LSD. En esos grupos los border cases (1) son tan

(1) Cfr. Brau, Jean Louis: Historia de las Drogas (Bru-guera: Barcelona, 1974).

..//..

numerosos, que a veces llevo a preguntarme si la droga no juega más que un papel de iniciación y revelación. En todo caso, es hora de recordar a la gran Prensa sus deberes de decoro; hay que poner fin sin tardanza a una propaganda desdichada".

La señora Buvat-Cottin, sostenía, en su tesis de 1936, que el ochenta por ciento de los toxicómanos padecían taras nerviosas o psíquicas antes de drogarse. Pero la enfermedad mental de esos ochocientos millones de hombre pudiera tener su causa en un "desequilibrio" de igual naturaleza que "la falta de vivir" de los demás toxicómanos a los que se considera sanos de espíritu.

No parece muy conveniente la explicación sociológica de la tesis marxista que va en la necesidad de la droga un síntoma de decadencia social, ya que su uso está muy difundido entre las más diversas estructuras sociales, desde los estilos de vida tribal de Nueva Guinea hasta las sociedades de consumo más adelantadas.

Ante esta ignorancia fundamental de los móviles de la fuerza inconmesurable que mueve a los hombres a hacer uso de ciertas drogas para abrir su espíritu a una forma de pensamiento ni cognoscitivo ni discursivo, podemos preguntarnos si no estamos en presencia de una búsqueda imperiosa del descubrimiento de los arquetipos.

Y puede que haya de verse en la embriaguez por drogas psicotrópicas el equivalente de la "Piedra Filosofal" de los filósofos herméticos. A la concepción unitaria de los alquimistas, resumida en el adagio Omnia ab Uno et in Unum Omnia ("Uno está en todo y todo está en Uno"), correspondería cierta percepción infusa de la unidad

..//..

4

fundamental de los términos de la jerarquía de Huizinga: sacro-profano-lúdico. A cada estadio de la actividad ludicra respondería un estadio de lo sagrado que la droga revelaría permitiendo, por así decirlo, girar alrededor del eje de simetría que es lo profano.

Juego, claro es, que tiene reglas y riesgos, como las iniciaciones esotéricas; carrera hacia la meta del tesoro, durante la cual es muy posible perderse; juego de sociedad eminentemente inadaptado a la vida en sociedad al que ésta se opone con mucha razón. Todo cuanto hace de la droga un juego que está de acuerdo con la definición de Huizinga..., "un acto libre llevado a cabo como si realmente lo fuese y sentido como situado fuera de la vida ordinaria, pero que, sin embargo, puede absorber al jugador sin que este halla en él interés alguno ni de él saque provecho; acción que, además, se lleva a cabo en un tiempo y un espacio determinados, que se desarrolla en un orden sujeto a normas y que da origen a asociaciones en que reina una propensión a rodearse de misterio y a enmascararse a fin de separarse del mundo habitual"

(2) Cfr. Brau, Jean Louis: Historia de las Drogas (Bruguera: Barcelona, 1974)

../..

5

## 2. LAS DROGAS Y LA VIOLENCIA

El consumo persistente y excesivo de cierta sustancia escogida, en detrimento de la salud física o de la prosperidad social significa un hábito nocivo. Cualquier cosa que produzca sensaciones agradables o un sentimiento de euforia es susceptible de tales hábitos, incluyendo en ello los dulces, el café, el tabaco, el alcohol los sedantes barbitúricos, las anfetaminas y otros estimulantes (por ejemplo, la cocaína), así como los narcóticos tradicionales tales como la morfina (opio), el cáñamo (marihuana), la heroína o cocaína, y los alucinógenos más recientemente de moda (mescalina, LSD). Algunas de éstas, si se toman con exceso durante un período largo, tienen efectos físicos deletéreos. El exceso de carbohidratos puede conducir a la obesidad y a las enfermedades del corazón; el fumar mucho, cáncer de pulmón; el alcohol puede producir enfermedades del hígado y la degeneración del cerebro. Algunas de estas sustancias son también potencialmente peligrosas en sus efectos intoxicantes inmediatos, volviendo al consumidor temporalmente confuso, falto de coordinación, temerario o agresivo.

En cualquier lugar o época, las sustancias designadas como inmorales o ilegales, y las consideradas aceptables socialmente, vienen determinadas mucho más por la costumbre y el perjuicio que por cualquier consideración objetiva de su relativa peligrosidad. Así, en términos del riesgo de graves efectos intoxicantes, de la esclavitud física y de la provocación de impulsos peligrosos más indeseables que la marihuana, aun cuando en los países occidentales a esta última se le clasificó

../. ..

hace tiempo, junto con narcóticos mucho más poderosos, como una droga peligrosa y prohibida. En las culturas musulmanas, sin embargo, el tomar alcohol se consideró durante mucho tiempo como algo pecaminoso y nocivo, mientras que se aceptaba socialmente el fumar marihuana. Hubo un tiempo en que el opio fue muy empleado en Occidente por la medicina y en el tratamiento de toda clase de enfermedades crónicas.

**ESCLAVITUD FISICA.** Ciertas drogas se consideran especialmente peligrosas debido al fenómeno de la esclavitud física. Las dosis repetidas establecen hábito, de suerte que cada vez se necesitan mayores cantidades para producir el mismo grado de satisfacción. Esto conduce a su vez a una esclavitud física, ya que la súbita interrupción de la acostumbrada dosis produce síntomas de retirada sumamente desagradables o peligrosos. Una vez ha sido "enganchado" de esta manera, un drogado generalmente no puede interrumpir su propia volición por sí mismo. La morfina y la heroína presentan en gran medida esta característica, pero en cierto modo la comparten también los barbitúricos, las anfetaminas y el alcohol; si la dosis se interrumpe bruscamente, el drogado se expone a ataques epilépticos; el drogado de anfetamina, a depresión y a cambios que son visibles en el electroencefalógrafo, y el alcohólico crónico, a delirium trémens.

La gravedad de estas complicaciones a menudo es exagerada. Pueden evitarse fácilmente con una reducción gradual de la dosis o sustituyendo la droga por tranquilizantes. Pero la heroína y la morfina entrañan otros riesgos. La primera es mucho más poderosa, y también de la que se hace mayor abuso. Puede mezclarse con otras cosas y tomarse por vía bucal, o ser inhaladas como rapé, puede tener como resultado peligrosas hiperdosificaciones. Debido a que la inyección en una

../. ..

vena produce la euforia con mayor rapidez y más completamente que otros medios, constituye una fuerte tentación para los drogados, a pesar de los riesgos de colapso respiratorio o de grave infección que este procedimiento entraña. Los individuos antisociales, cuyo abuso de drogas les ha producido un fuerte hábito, no tienen reparos en vender a otras personas los suministros excedentes, con objeto de financiar su propio consumo ulterior, y de esta manera extienden a otros su propio vicio.

**ESCLAVIZAMIENTO PSICOLOGICO.** El hábito nocivo es generalmente un estado mental más que una condición determinada físicamente. El aficionado al alcohol o a los narcóticos que ha estado en el hospital durante el período de desintoxicación, y de este modo ha sido liberado de la compulsión física, con excesiva frecuencia vuelve a adquirir el hábito tan pronto como sale del establecimiento. Por otra parte, allí donde una droga particular es aceptada socialmente, y la cantidad de su consumo viene regulada por la costumbre, el abuso grave es realmente poco frecuente. Tal era el caso de la costumbre de fumar opio entre los chinos. Por otra parte, la introducción de alcohol europeo en las tribus africanas y de los indios americanos, que no estaban acostumbrados a él, tuvo efectos desastrosamente destructivos. Sin embargo, en todas las culturas existen algunos individuos susceptibles, los cuales una vez han encontrado el medio de aliviarse o de encontrar sus ansiedades y frustraciones por medio de tóxicos, ansían este alivio en todas las subsiguientes situaciones de angustia. El beber con exceso, más allá de los límites de la costumbre aceptada, y el abuso de drogas, especialmente aquellas a las que la prohibición legal ha hecho más atractivas, constituyen también el comportamiento común entre

..//..

8

los individuos antisociales (psicopáticos), los cuales, por definición, desafían las restricciones sociales. En algunas de las subculturas delincuentes y pandillas de las ciudades norteamericanas, el uso de narcóticos ha llegado a formar parte del género de vida del delincuente juvenil, una especie de símbolo al revés. Esta clase de apoyo social permite a algunos jóvenes identificarse a sí mismos con la clase de los consumidores de drogas, de la misma manera que otros adolescentes pueden enorgullecerse de figurar en las filas de los hombres que beben y fuman.

**ADOLESCENTES QUE TOMAN DROGAS.** En Inglaterra, la afición a los narcóticos solía ser un vicio de las personas mayores, especialmente aquellas que habían sido iniciadas a las drogas durante una enfermedad, o los que trabajaban en hospitales y los farmacéuticos, personas que tenían acceso a los narcóticos en el transcurso del desempeño de sus deberes profesionales; pero recientemente la afición a los narcóticos hizo su aparición entre los jóvenes, y en especial entre los delincuentes. No obstante, los casos oficiales conocidos todavía se limitan a unos pocos centenares de drogados. En 1964, de un total de 456 aficionados a los narcóticos registrados oficialmente, sólo 40 eran de edad inferior a veinte años. Esto resulta infinitesimal, comparado con el predominio de drogados en Estados Unidos, donde solamente en Nueva York han sido registrados 20.000 aficionados a la heroína. La producción y distribución ilícita de narcóticos es controlada menos eficazmente en Norteamérica, pero la situación en Inglaterra podría sufrir una evolución si el acceso a la heroína llega a hacerse demasiado fácil.

Actualmente, un problema más acuciante es la pasión de los jóvenes por las píldoras pep, generalmente derivados de anfetaminas. Son medicamentos útiles en la práctica

..//..



psiquiátrica, ya que dan sensaciones de bienestar y confianza en sí mismo en personas que de lo contrario estarían deprimidas y excesivamente angustiadas. Usados como estimulante para fines sociales, tienen el inconveniente de que la superdosis es demasiado fácil de alcanzar y puede conducir a alarmantes alucinaciones, o a comportamientos destemplados, a súbito colapso físico o incluso a accesos de locura. Un reciente estudio de Scott Willcox reveló que el hábito se ha difundido ampliamente entre los adolescentes delincuentes. El análisis de orina de muestras indiscriminadas de jóvenes en un reformatorio londinense reveló que el 17% habían tomado anfetamina.

Algunos de los muchachos que confesaron que tomaban drogas dijeron que ello les hacía disfrutar más de las cosas y que les daban una vitalidad suplementaria. Algunos adoptaron conscientemente la práctica como un sucedáneo barato del alcohol. Había la costumbre de tomar drogas generalmente en los fines de semana, para añadir alegría a las fiestas. Se encontraron anfetaminas con la misma frecuencia en orina de delincuentes en el reformatorio para chicas. Se ignora cuán frecuente haya llegado a ser el uso de drogas entre los adolescentes no delincuentes. Un cuestionario enviado a los estudiantes de Oxford por la revista Isis reveló que 500 de ellos fumaban marihuana. El doctor Arnold Linken, del servicio de sanidad estudiantil de la universidad de Londres, calculó que en 1964 alrededor de cuatro por ciento de los estudiantes usaban constantemente marihuana, mientras que aproximadamente diez por ciento habían hecho uso de ella ocasionalmente. Entre los delincuentes, el tomar anfetamina no estaba asociado significativamente con ningún tipo particular o gravedad de delito ni con ningún rasgo importante de la personalidad o del ambiente. Los ejemplos de extremo abuso, sin embargo,

..//..

que implicaban un persistente exceso de dosis, episodios del delirio, pérdida de capacidad en el trabajo, y comportamiento desconsiderado o agresivo durante la intoxicación, sólo se hallaron entre muchachos cuyas personalidades eran inadecuadas o antisociales antes de que empezaran a tomar droga. El exceso temporal de dosis producía confusión y pérdida de la conciencia de lo que rodeaba al sujeto, con lenguaje sin sentido y comportamiento inadecuado, tal como masturbación en público o agresividad impulsiva, seguido de la pérdida de memoria de todo lo sucedido durante el período de la intoxicación. En Inglaterra, la ley sobre abuso de drogas de 1964 decretaba que la posesión no autorizada de anfetaminas se consideraba como un delito que debía castigarse con encarcelamiento, como se había hecho desde hacía mucho tiempo con la marihuana, el opio y la heroína. Los veredictos se aseguran no por la evidencia de la intoxicación, sino por el hecho de hallar la policia tabletas en los bolsillos o en las pertenencias de la persona de quien se sospecha.

**CONEXION CON EL CRIMEN.** El consumo de tóxicos presenta una complicada relación con la comisión de delitos. El hábito empedernido de beber así como el uso de drogas prohibidas son más bien comunes entre los individuos antisociales que van a parar a las instituciones penales. También se encuentran hábitos similares entre los individuos que no son antisociales en modo alguno, pero que sufren problemas personales o tendencias neuróticas, o que tuvieron la mala suerte de ir a parar a un grupo donde tenían la costumbre de beber con exceso. No es muy probable que tales personas incurran en delitos como resultado de sus hábitos (salvo, quizá, delito de circulación), a menos que lleguen

..//..

a ser tan incontrolablemente drogados que tengan que recurrir a la falta de honradez o a asociación con delincuentes para mantener su abastecimiento de tóxicos. Por otra parte, los individuos antisociales pueden tomar un buen trago o una dosis de estimulante con el expreso deseo de alardear de valor cuando salen para cometer una fechoría. La mayoría de los tóxicos, y especialmente el alcohol, tiene un efecto desinhibitorio sobre muchas personas. Dado que los individuos antisociales por lo general tienen escasos control sobre su agresividad, una vez están intoxicados, algunos de ellos son peculiarmente propensos a la violencia impulsiva, y constituye una conocida observación de la criminología la de que los homicidios, heridas, violaciones y agresiones se cometen frecuentemente cuando el agresor o la víctima o ambos están intoxicados en cierto grado.

El abuso crónico del alcohol o de otras drogas reclama un tratamiento psicológico, primeramente para ocuparse de cualquier esclavizamiento físico que pudiera existir, y en segundo lugar para tratar los problemas subyacentes de la personalidad. En tanto que los problemas son los del carácter antisocial, el tratamiento se parecerá a las medidas terapéuticas para delincuentes habituales según se describe en el capítulo 2. En algunos casos la compulsión puede ser necesaria para asegurar la cooperación al principio. En la forma de los grupos de autoayuda conocidos como "Alcoholics Anonymous and Synanon", se ha visto que este método de comunidad era el medio casi más eficaz de rehabilitación de alcoholizados y también de drogados. Synanon, sociedad para aficionados a los narcóticos, formada en California, invita a sus miembros a participar en discusiones psicoanalíticas de grupo en el curso de las cuales se eliminan las autodecepciones y las racionalizaciones

..//..

12

y se le hace reconocer al drogado su propia debilidad ,  
induciéndole a buscar otros medios de combatirlas (3)

(3) Cfr. West, D.J.: La Delincuencia Juvenil (Labor:  
Barcelona, 1970). - - - - -

../..

CAPITULO II

LAS DROGAS EN EL MUNDO DE HOY

1. POR QUE LA JUVENTUD SE DROGA ?

"Es necesario poner en tela de juicio lo que hoy parece evidente" (Harvey Cox, teólogo bautista).

¿Por qué la juventud se droga? "La sociedad, la familia, el colegio, la universidad, cuando se plantea la pregunta siente temor, prefiere eludirla. Entonces mejor olvidar que existe el problema" (Un estudiante universitario).

"Si de algo tiene por qué ufanarse el capitalismo es de su capacidad de digestión. Ni los hippies, la droga o el peligro comunista lo han puesto en una situación tal que se vea en la necesidad de autorecetar-se un enterobioformo" (Un sociólogo norteamericano).

Sí, toda una horda de jóvenes que buscó, con todo y marihuana, darle la espalda a aquello que llamaban sociedad. Muchachones de 20 y 30 años que tan solo atinaban a urgarse la nariz delante de ella y a vapulearla con toda suerte de vituperios y señales desobligantes. Para quienes hacen cuentas alegres con el futuro, era el comienzo de una nueva era, distinta, desde luego, que buscó reencontrarse con la naturaleza. Un mundo novedoso, sicodélico y exótico que causaba desconcierto y desesperanza. Frases

..//..

utricantes que invitaban al delirio y al frenesí colectivos.

¿Por qué la juventud se droga? Las explicaciones de entonces para acá, sobraron. Había que encontrarle razones al sambenito insufrible. Se llegó, como se ha llegado en múltiples ocasiones, al extremo irrisorio de encontrar causas patológicas en el consumo y adicción de la marihuana. Para muchos especialistas "la toxicomanía es, ante todo, un problema fisiológico que debe ser tratado médicamente con la posibilidad de que su tratamiento resulte o no eficaz". Los de más allá, especialistas de mayor valía, consideraron, a su vez, "la propensión celular de ciertos organismos al consumo de la marihuana y la droga".

¿Por qué la juventud se droga? "La marihuana y las drogas, afirmaron los teorizantes de las ciencias humanas con frío análisis esquemático, sufrieron una escalada de tipo social -como el licor, por ejemplo- : pasó de elemento de consumo y tráfico del bajo mundo y la maffia a ser compañero insustituible en la diversión de las clases más adineradas".

¿Por qué la juventud se droga? "Es cosa de los niños, dicen las mamás, sin asomo de rubor alguno. Ya les pasará; vivimos una época distinta, agregan, y la toman sólo para evadirse de la realidad, para resistirse a crecer que están en este mundo".

../..

"Mi casa era un infierno" (un joven marihuane-so) Los padres desesperados se lamentan y claman: "Si lo tuvieron todo...". Claro, casa y carro para empezar. Plata para dulces y discoteca. Un buen colegio - de prestigio si se quiere - al cual le encomendaron la educación y la solución de los problemas de su hijo. "En mi hogar realmente no hubo tiempo para discutir esas cosas" . (El mismo joven) "Hasta tuvieron televisión en el cuarto. ¿Qué más puede pedir un adolescente? Un mundo lleno de tantas cosas y mil cachivaches más. Distante y obnubilado por las luces de la técnica

¿Por qué la juventud se droga? "La llamada sociedad, que se veía por todas partes era descuidada y sucia". (un drogadicto). Y lo sigue siendo ahora. Los mundos mágicos infantiles de Andersen y Perrault pronto se ven superados por un muy distinto y desigual, injusto, violento e impregnado de venganza ávido por la competencia y mortalmente agresivo. En tanto, los padres se dopan con sus propios barbitúricos: toman sedantes para dormir; padan los nervios con cualquier depresivo; olvidan los temores son otros estimulante y se consumen en licor, para olvidar siquiera un instante su propio desespero.

¿Por qué la juventud se droga? Informes de revistas y periódicos que también digieren el problema como análisis financiero: "El consumo de la marihuana y la droga se ha intensificado en un 80% sobre todo en la población infantil menor de 14 años..."

Pero entonces... ¿por qué la juventud se droga?

.../...

2. SON NECESARIAS LAS DROGAS?

Según el diccionario, una droga es "una sustancia o preparación utilizada para tratar una enfermedad". La farmacología, ciencia que estudia las drogas, define a ésta como cualquier sustancia que por su naturaleza química altere la estructura o función del organismo viviente. La definición de esta gama abarca a los alimentos, vitaminas, hormonas, plantas, venenos de reptiles, picaduras de insectos, productos podridos, contaminantes ambientales, pesticidas, minerales, sustancias químicas sintéticas y muchos otros materiales que normalmente se encuentran en el cuerpo. Los médicos prescriben drogas para evitar las enfermedades, para mitigar el dolor o para restaurar la salud, pero asimismo reciben el nombre de drogas todas aquellas píldoras, plantas, líquidos, cristales y cápsulas que la gente aspira, ingiere, se inyecta, traga y huele para cambiar o escapar de la realidad que lo rodea.

La sociedad acepta ciertas drogas que se usan de esta manera. Usualmente no consideramos que el caballero elegantemente vestido que ya va en su cuarto martini, sea un farmacodependiente, ya que el alcohol etílico es una droga que ha sido aceptada, por el mundo occidental a manera de lubricante social. Sin embargo, se trata de una droga y muy poderosa; y el caballero antes mencionado podría convertirse fácilmente en un alcohólico e incluso morir a resultas de su dependencia.

El "problema de las drogas" de hoy en día, sobre el que trata este tema, se refiere a las sustancias que se toman sin razón ni prescripción médicas. Nos referimos a las drogas psicoactivas, las cuales obran en la mente.

..//..



POR QUE LAS DROGAS HACEN LO QUE HACEN?

Los depresores, como lo indica su nombre, deprimen el sistema nervioso central. Los estimulantes y drogas psicodélicas, lo estimulan. Los narcóticos lo embotan. Aunque en realidad no comprendemos exactamente cómo o por qué operan la mayoría de ellos, sabemos lo suficiente acerca del sistema nervioso central como para entender el principio general de la acción de la droga.

El sistema nervioso central es como un a gran red de comunicaciones al servicio del cuerpo. Cuando dentro de esta red se introducen drogas, obran sobre él haciendolo marchar más de prisa, o con más lentitud o confundiendo su funcionamiento.

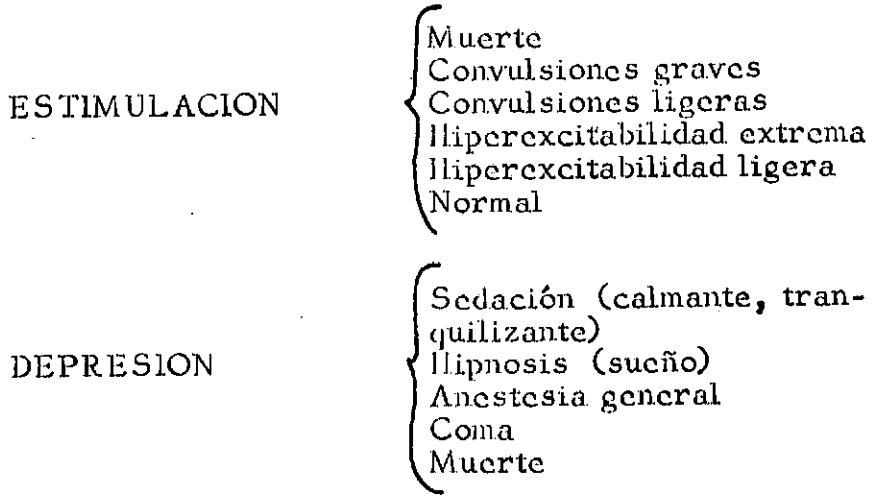
De una manera ideal, dichas drogas deberían clasificarse según la manera en que actúan en el cuerpo; pero simplemente no sabemos bastante acerca de ellas como para clasificarlas ahora mismo de acuerdo a sus efectos más prominentes en el cuerpo.

Este tipo de clasificación también nos ocasiona dificultades, ya que en diferentes personas, las drogas obran asimismo efectos muy diferentes y hasta opuestos. Por ejemplo, los depresores obran a menudo un efecto excitante sobre algunas funciones corporales.

Muchas personas, especialmente los niños y los ancianos, no pueden tomar barbitúricos para dormir porque esta droga origina en ellos un efecto opuesto, excitándolos y manteniéndolos despiertos. La marihuana puede excitar ligeramente a algunas

personas, pero deprime con suavidad a la mayoría, mientras que en otras no causa ningún efecto.

El espectro general de la depresión y estimulación del sistema nervioso central es el siguiente:



Este es el espectro general de los efectos de las drogas y si alguien toma una de ellas por decisión propia y sin supervisión médica, es crucial saber qué es lo que toma, la fuerza de la droga y sus efectos probables. Sin embargo, la mayoría de quienes ingieren drogas, no tienen más que una vaga idea de lo que puede ocasionarles.

.../...

Hay quienes las toman por las sensaciones que de esta manera experimentan y generalmente lo hacen porque uno de los efectos principales de esas drogas (posiblemente con excepción de los alucinógenos) es el de euforia. Es difícil describir en realidad o explicar un sentimiento de euforia. Puede tratarse de un sentimiento positivo o negativo, pero generalmente hace que uno se sienta muy bien, satisfecho y contento.

Las drogas narcóticas producen euforia por medio de su poder analgésico. Analgesia está compuesta de dos palabras griegas que significan "ausencia de dolor" o "alivio del dolor". Por ejemplo, la aspirina es un analgésico. Incluso, las drogas estimulantes producen un sentimiento eufórico de alerta. Las drogas de la muerte, alucinógenos o psicodélicos, pueden ocasionar euforia, aunque sus efectos principales son sobre la mente. En su libro, *Drugs*, Peter Laurie ha descrito una teoría de la forma en que obran las drogas psicodélicas, al comparar el cerebro con una "oficina en la que se maneja una gran cantidad de pequeñas piezas de información; en cada piso se resume, correlaciona y transmite este material al piso siguiente para que se le condense aún más. Finalmente, al director de la oficina - o de la conciencia- se le presenta una sola imagen. Mas he aquí que el LSD interrumpe el delicado proceso; los millones de pequeños mensajes van directamente al consciente sin pasar por el inconsciente, así inundando el centro de control.

..//..

Quizá se pudiera continuar la analogía y decir que la conciencia, a manera de los ejecutivos abrumados de trabajo, tiende a elegir al azar uno o dos mensajes y se concentra en ellos, dando la impresión de una mayor percepción. Un factor que afecta tanto al sistema nervioso central como al cerebro es en qué cantidad, de qué forma y con qué rapidez la droga llega hasta ellos. Hay varias formas de tomar drogas y un método diferente de tomar la misma droga puede cambiar o realzar considerablemente sus efectos. Todo depende de la manera en que ésta penetra en el terreno sanguíneo, el cual la lleva hasta el sistema nervioso central, al cerebro y al cuerpo entero. Dichos métodos diferentes se juzgan según la velocidad con que llevan la droga a la sangre y puede ser desde muy lento hasta muy rápido.

**Inhalación.** La inhalación es uno de los métodos. Se inhala la cocaína, la heroína y algunos de los psicodélicos naturales como lo es la psilocibina. Las sensibles membranas mucosas de la nariz absorben la droga en polvo o en cristales y, de esa manera, entra a la sangre con suma rapidez. Los supositorios rectales y los enemas funcionan en igual forma, aunque con más lentitud, pues la mucosa rectal penetra fácilmente, absorbe la droga y la lleva a la sangre.

La ingestión o administración oral es otra forma. De esta manera se toman las píldoras, cápsulas y líquidos. La droga entra en el

..//..

estómago y en seguida al intestino delgado, donde se descompone con los ácidos estomacales antes de pasar a la corriente sanguínea. Algunas cápsulas de acción dilatada están recubiertas de una sustancia especial y no se disuelven inmediatamente y, en algunos casos, no lo hacen sino hasta cuando han llegado al intestino. El hashis o la marihuana se pueden comer, como lo saben todos los que han probado el chocolate de hashis de Alice B. Toklas. El LSD usualmente se toma oralmente. Generalmente está contenido en terrones especiales de azúcar o en tiras de papel que ha sido embebido de ese alucinógeno.

La marihuana y el hashis por lo general se toma en forma de cigarrillos. También el LSD y otros psicodélicos se pueden fumar, y el "remojar" un cigarrillo de marihuana con opio o heroína recientemente se ha vuelto popular, especialmente entre los soldados estacionados en Vietnam. Cuando el humo se mantiene en los pulmones, pasa a través de las membranas de éstos y llega rápidamente a la sangre.

La inyección de una droga es el medio más rápido de hacerla llegar a la sangre. Hay dos clases de inyecciones.

Una de ellas, llamada en inglés skinpopping, es una inyección que se hace en la piel o en un músculo. Cuando el médico nos administra una inyección en el brazo, usualmente nos inyecta "subcutáneamente", o sea bajo la piel; cuando  
 ..//..

dicha inyección se practica en la región glútea, se dice que es "intramuscular", o sea dentro del músculo. Una inyección intramuscular tarda más en llegar a la sangre.

La inyección intravenosa es la forma más rápida de hacer llegar las drogas a la sangre. Al inyectar directamente en la vena, la substancia entra inmediatamente en la corriente sanguínea. La mayoría de las drogas son inyectadas en la gran vena arterial del brazo. El peligro que se corre con este tipo de inyección, es que una droga impura o demasiado fuerte pueda causar una muerte inmediata. Frecuentemente se encuentra muertos a los heroinómanos con las agujas todavía clavadas en el brazo.

Otros problemas relacionados con la inyección de las drogas, son las enfermedades virales, bacterianas y de hongos. (especialmente hepatitis) que se presentan al utilizar agujas sin esterilizar. En los dependientes consuetudinarios, también se presenta el problema de la trombosis venosa, que consiste en la obstrucción de la vena. Cuando sucede esto, tiene que inyectarse en otra vena. Algunos, que no desean mostrar huellas en los brazos, se inyectan por debajo de la lengua, en la planta del pie e incluso a un lado del ojo. (4)

(4) Cfr. Gannon, Frank: Drogas (Pax: México 1971).

Estamos realmente enfermos o nos enfermán las drogas? ¿Son realmente necesarios los cerca de 100 mil medicamentos que actualmente recetan los médicos en todo el mundo y que según el doctor Manler, Director general de la Organización Mundial de Salud, en un 60% son ineficaces?

El doctor Duchen-Marullaz, famoso profesor francés de farmacología médica responde: "Decir que buena parte son ineficaces es ir demasiado lejos" ¿Quién puede decir que un medicamento es ineficaz? Tampoco se puede asegurar que un producto cuyos efectos no hayan sido inmediatos, no los vaya a tener más tarde. O que no se haya detenido la evolución del mal.

De lo que se trata, entonces, es de saber si el medicamento ofrece posibilidades de curar a 95 pacientes entre cien. Trabajamos sobre esta posibilidad y se trata de una aventura.

La aspirina, por ejemplo, fue descubierta hace cien años y solo hace unos pocos que sabemos cómo calma el dolor. Si se hubiera esperado hasta saberlo, hubieran sido millones los enfermos que hubieran sufrido".

TODA MEDICINA CONLLEVA UN RIESGO. Todo producto eficaz conlleva un riesgo y que esto significa que tanto el médico que lo prescribe como el enfermo que la utiliza toman un riesgo. Existe, por ejemplo, un antibiótico de gran calidad que provoca una anemia grave en cada mil casos y tomó muchos años establecer el nexo entre el antibiótico y la anemia.

..//..

Sucede que un medicamento serio puede resultar ineficaz para algunas personas. El agua oxigenada por ejemplo. Tenemos sobre la epidermis una enzima llamada "catalasa" que tiene la propiedad de liberar el oxígeno del agua oxigenada. Pero hay quienes no tienen catalasa y para esas personas el agua oxigenada no es más que agua común y corriente. Existen efectos secundarios esencialmente caprichosos que se desatan aveces bruscamente sin ninguna razón, mediante un mecanismo que hasta ahora nos es desconocido.

LA "FARMACOVIGILANCIA". La detención rápida de los efectos secundarios hace parte de una nueva ciencia: la "farmacovigilancia". Es más sencillo de lo que parece. Por ejemplo, se toma usted un comprimido de un uso poco corriente y sufre un desmayo en las escaleras hacia el tren subterráneo. ¿Fue el medicamento?. No hay pruebas. La misión del Centro de Farmacovigilancia, de acuerdo con el médico, consiste en aportar la prueba o en desmentir rápidamente dicha información.

REGLAMENTACION. En Francia por ejemplo antes de salir al mercado un producto nuevo debe pasar por los seis exámenes siguientes:

1. Un análisis químico cuyas conclusiones deben no solamente indicar los resultados sino el método analítico utilizado para obtenerlos. Esto significa que el Ministerio de Salud quiere saber no sólo lo que contiene el producto sino que quiere saber los medios para proceder en la eventualidad de un contra-análisis.

..//..



- 2. Una ficha toxicológica establecida bajo el control y responsabilidad de un experto durante seis meses observa el comportamiento de dos especies animales, generalmente ratas y perros a los cuales se les administraron dosis excesivas en algunos casos cincuenta veces más fuerte, de la droga que se encuentra bajo examen.

Solo este análisis toxicológico y los diferentes exámenes que lo acompañan le significa al laboratorio más de diez millones de francos antiguos.

- 3. Una prueba teratológica destinada a asegurar que el medicamento no tendrá ningún efecto nocivo sobre una criatura por nacer. Llamando las cosas por su nombre, que no creará monstruos. El experimento se hace con varias especies de animales en gestación, en especial la coneja que es particularmente sensible a los productos teratógenos. La talidomida, por ejemplo, había sido ensayada sobre varias especies con excepción de los conejos.
- 4. Un examen farmacológico que probará la efectividad del producto y demostrará por qué es superior a los demás.

Hoy en día se sabe que del encuentro entre el producto y el organismo nacen otros productos llamados "metabólicos" que tienen una vida propia y una acción a veces diferente a la del medicamento de base. Se trata de determinar en cuánto tiempo será eliminado y si se va a fijar y dónde.

../..

- 5. Un estudio farmacocinético, etapa importante de los exámenes legales que debe ser hecho con seres humanos: no hay otra forma de hacerlo. Pero para que el experimento sea absolutamente seguro debería efectuarse sobre una persona sana y en Francia solo se hace con los enfermos.
- 6. Un ensayo clínico, es decir la experimentación final con un ser humano. En este campo se han logrado importantes progresos. En la actualidad, los expertos que llevan a cabo estos ensayos para los laboratorios farmacéuticos ya no son anónimos. Hasta hace poco tiempo los laboratorios podían informar al Ministerio de Salud sobre los conceptos favorables con respecto a una droga sin mencionar para para nada los desfavorables. Hoy eso ya no se puede hacer.

Los especialistas que examinan una droga son todos conocidos y los servicios del ministerio pueden consultarlos en cualquier momento. Cuando todos estos exámenes se terminan, la comisión de visas concede o rehusa el permiso para que el producto salga al mercado.

En cuanto a la severidad de la comisión déjeme darle mi opinión personal. El representante de un laboratorio cualquiera me pide un día que en saye un producto utilizado sin problemas en el extranjero pero no en Francia. Me dice que es muy bien tolerado y me sugiere la dosis que debo utilizar: unas diez veces más fuerte que la normal.

..//..

Antes no exigían tanto, pero como se empeñaban...

Utilicé perros... los cuales a los tres días presentaban síntomas de lesiones hepáticas. El medicamento no fue aprobado. Sin embargo, todo el mundo sabe que la dosis normal es perfectamente asimilable. La comisión de visas confía en mi juicio.

**MENOS PILDORAS, MAS FELICIDAD.** Para suprimir una parte de las montañas de píldoras y los vagones de cápsulas que se venden diariamente bastaría con transformar nuestras condiciones de vida. Ha sido absolutamente comprobado que el hombre feliz enferma menos que el hombre atormentado. Se sabe, por ejemplo, que las depresiones llamadas "depresiones por agotamiento" no tienen otra causa que el "surménage".

Si se evita el "surménage" se evita el uso de los antidepresivos. Pero no hay que hacerse ilusiones. La felicidad tampoco es el remedio universal. El cáncer, la arteriosclerosis, la diabetes y algunas otras enfermedades, sobre todo las hereditarias, atacan a la loca. Para esos males siempre habrá necesidad de medicamentos.

¿Por qué la gente feliz consume tantos medicamentos como la que no lo es?

Porque no son absolutamente felices, porque tienen miedo. Todos tenemos miedo de sufrir, de enfermarse y finalmente de morir. Y ese mal jamás podrá curarse.

../.

3. CANNABIS: EL PRIMER PASO!  
-----

Una juventud que organiza su vida cara al simple consumo y que edifica su conducta vital según los "postulados", no tiene mucho que esperar. Quizás, con el protagonista de EL RINOCERONTE, el discutido drama de Ionesco, solo puede convertirse en un Don Nadie, sumida en la mediocridad, en la vulgaridad despersonalizadora de las víctimas del del consumismo galopante de finales de este siglo.

Muchos jóvenes, de nuestra misma generación, al aceptar los moldes esclavizadores de la publicidad, del snobismo o de la libertad entendida como pura espontaneidad y, sobre todo, al perder la conciencia de su singularidad como criatura creada, se condenan a pasar por la vida como meros números estadísticos de las grandes empresas productoras. Es lamentable esta condición. "Un personaje puede preguntarle al hombre quién es. Porque el personaje tiene una vida verdaderamente suya, con carácter propio, por lo cual siempre es alguien. Pero un hombre, más concretamente, una juventud en general, puede ser un Don Nadie". Esto lo escribía Pirandello en 1921 y es una penosa realidad.

Los ideales que la sociedad propone engendran suficientes motivos para perder el sentido de la vida, por eso es comprensible la desesperanza, personal y colectiva, que ha sido una de las causas desencadenantes de las crisis de los jóvenes, que ya no alcanzan a ver en el seno de nuestra sociedad algo que los saque del anonimato llamado Don Nadie. De ahí las constantes evasiones: drogas, alcohol, erotismo,

../..

delincuencia, etc., que colocan a buena parte de la juventud en el hedonismo más mediocre en la autopía social más indignante.

CANABIS: ¿UNA DROGA DULCE?. Sin duda alguna el mayor obstáculo para solucionar el problema social de la toxicomanía es la ignorancia de los efectos de las drogas sobre el organismo humano. Algunos, ingenuamente, presentan el producto como un símbolo de la contestación. Sin embargo, en 1971 los representantes del Instituto psiquiátrico Langley Porter de San Francisco salieron al paso de aquellos que abogan por la liberación de los cultivos y la venta de la cannabis savita. Confirmaron que la cannabis es un producto tóxico que merece ser considerado como una droga, aunque se trate de una droga menor, o una droga dulce, según la terminología americana.

Estudios más recientes han reiterado sus efectos nocivos. En enero de 1974 Science publicaba un artículo de varios científicos en el que se afirmaba: "El hábito de fumar regularmente la marihuana debilita la resistencia del cuerpo ante las enfermedades"; esto fue observado en hombres y mujeres de 16 a 35 años de edad que fumaban marihuana o hachis por lo menos una vez a la semana durante un año. También enfatizaban los científicos que era urgente analizar los efectos negativos que se pueden producir en los descendientes de los fumadores de esta droga.

../. ..

El consumo de marihuana, aunque no comporta dependencia física ni fenómenos de tolerancia, origina una dura dependencia psíquica. El individuo puede convertirse en un psicópata. Se ha comprobado, además, que el uso regular del cannabis durante varios años va acompañado de deficiencias en la rapidez y precisión de la actividad psicomotora, el tiempo inicial de reacción y la memoria de cifras y de formas. Es también sintomático que el fuerte consumo de cannabis produce un conjunto de situaciones que suelen llamarse síndrome antiemocional. Sus principales rasgos son la apatía, un pensamiento infantil y la preferencia por la relajación de costumbres más que por una vida bien estructurada y encaminada a un fin. La supresión de la cannabis en los grandes consumidores, provoca angustia ligera, depresión, trastornos del sueño y continuados temblores.

LA MARIHUANA: ¿PASO HACIA LA DROGA DURA?. La marihuana conduce fatalmente a toxicomanías con otras drogas, por ejemplo, la heroína. Muchos de los autores que recoge el informe de Tribuna Médica indican que un porcentaje de consumidores de cannabis han recurrido frecuentemente a otras drogas que engendran dependencia, como el alcohol, las anfetaminas, los barbitúricos, los alucinógenos y la morfina, tomándolas simultáneamente o en dosis sucesivas. Es un hecho, pues, que la mayor parte de los adictos a drogas de mayor dependencia empezaron por la marihuana. Por otro lado, existe el peligro de que el sujeto drogado se convierta en un delincuente. La pérdida de control por la intoxicación puede conducir a actos de violencia. Igualmente la apatía producida por el cannabis puede llevar a la pérdida de los ingresos legítimos e impulsar al robo y a otros actos antisociales.

..//..

venido médicos, psicólogos y especialistas en todas las ramas de las ciencias sociales. El resultado de ésta reunión de puntos de mira y especialidades diferentes no han sido siempre óptimo: en ocasiones ha dado origen incluso a nuevas dificultades.

Entre éstas quizá ninguna sea tan abrumadamente patente como la confusión terminológica. Las definiciones se suceden una a otra y, con el afán de comprender con un solo término todas las facetas del problema, se estira los conceptos más allá de límites semánticamente sensatos. El resultado final es que la terminología, más que luz sobre el problema, muy a menudo no arroja sino nuevas dudas.

Es esta la razón que nos ha obligado a dedicar un capítulo a los aspectos semánticos que plantea el estudio de la toxicomanía y el narcotráfico. Examinamos así, en primer término, las dificultades que surgen al intentar lograr una definición precisa de "droga", "estupefaciente" o "psicotrópico". Aunque el resultado deja mucho que desear, se procede de ahí al análisis de conceptos más complejos, como los de "drogadicción", "dependencia" y "toxicomanía".

Con frecuencia las complejidades semánticas no tienen otro punto de partida que el empleo de criterios de clasificación que responden a necesidades diferentes, y aun contradictorias. Así, después de ofrecer una clasificación en la que han intentado reunirse varios puntos de mira, se examina la que sirve de base a nuestro sistema jurídico.

Por desgracia, como podrá verse en el último

..//..

inciso, no es sólo en el terreno semántico donde proliferan las tesis opuestas. También esto sucede en el mundo de las explicaciones teóricas. Las hay de estirpe sociológica, de origen médico, de tendencia psicoanalítica, y conductista, y económica, y aun histórica. Quizá haya un núcleo común a todas ellas que no ha logrado ser finalmente precisado. El breve examen que se ofrece de las tesis más importantes, sin embargo, otorga una perspectiva que ningún estudio jurídico contemporáneo puede descuidar del todo. No en tratándose de este problema.

Parece que muchos de estos estudios se han descuidado en Colombia, por ello, es necesario revisar exhaustivamente el Decreto Ley 1188 de 1974, Estatuto Nacional de Estupefacientes, dictado en desarrollo de la ley 17 de 1973, lo mismo que esta ley.

## 2. DROGAS

El problema empieza antes aun del primer paso: no se cuenta con un término, de aceptación general, que permita siquiera aludirlo. Como se verá más adelante es ya criticable hablar de "drogadicción" y lo mismo ocurre cuando se emplean las expresiones "hábito", "manía", "dependencia" y sus variantes. Se trata sí de ciertas conductas vinculadas a ciertas sustancias, pero no existen acuerdo alguno en los términos que han de usarse para aludir a unas o a otras, no digamos ya a la relación que se supone entre ambas.

Así la literatura especializada habla de "enervantes"; de "narcóticos"; "estupefacientes"; "psico-  
..//..



farmacos"; "drogas psico-activas"; "substancias que degeneran la raza"; "tóxicos"; "psicotrópicos"; "drogas adictivas"; "psicotóxicos" y mil variantes más. Entre todos destaca, quizá tanto por su simpleza como por su generalidad, el de "drogas".

Al intentar definir la expresión, sin embargo, se advierte que esta última virtud es también su principal defecto: alude mucho más de lo que se quiere mencionar. Basten dos ejemplos. El Instituto de Investigación para la Defensa Social de las Naciones Unidas, UNSDRI, propone entender por "droga", cualquier substancia que por su naturaleza química altere la estructura o la función de un organismo vivo. No es muy distinta la que sugiere el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de Salud - OMS - , que nos invita usar el término para aludir a "cualquier substancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones". (OMS, 1950)

A primera vista, pues, parece que por "droga" puede entenderse lo mismo la codeína que la goma de tragacanto. El diccionario de la Real Academia confirma esta hipótesis al informarnos que la expresión es el "nombre genérico de ciertas substancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes". Así entendida, "droga" resulta ser sinónimo de "substancia", y en textos del siglo XVII no es extraño encontrarla empleada de esta manera y descubrir que al clavo, al azafrán, al té o al cacao se les llama también "drogas".

Es innecesario examinar con más detalles los sentidos

..//..

del término para advertir que no es aquí donde se encuentra el verdadero problema. Si ésta fuese la única dificultad bastaría con restringir los alcances de la expresión y unirla a algún adjetivo que indicase a qué tipo de drogas nos referimos. Podría usarse, así, cualquiera de las expresiones compuestas hoy tan en boga.

Más sencillo todavía, sin embargo, es admitir el método seguido por todas las legislaciones del mundo, y ofrecer una lista de las sustancias o medicamentos que se desean denotar, y señalar, por ejemplo, que por "droga" se entiende los opiáceos, las anfetaminas, los barbitúricos, la marihuana y los alucinógenos, como el LSD .

En buena medida éste es el camino que hemos adoptado en definitiva en este texto: entenderemos por "droga" todas las sustancias que nuestra legislación comprende bajo los términos "estupefacientes" o "psicotrópico". Al igual que ocurre en nuestro sistema jurídico -ya que de él las obtuvimos-, ofrecemos varias listas: se las encontrará en el apéndice I.

Lo que en verdad interesa, no obstante, es reconocer que el contar con una definición - así sólo sea por simple enumeración-, no basta para estar en posibilidad de aludir al problema. El caso es que, en más de un sentido, no son las drogas lo que quiere evitarse, sino sus consecuencias dañinas o indeseables. Más que las drogas, toda vez que muchas prestan valiosos servicios en medicina, lo que quiere impedirse son ciertas conductas en relación a ellas. Si se prohíbe o se restringe la circulación de las primeras, no es con otro fin que el de prevenir las segundas ó, cuando menos, intentar disimular su cada vez más alarmante frecuencia.

..//..

3. LOS CONCEPTOS DE "DROGADICCION",  
"DEPENDENCIA" Y "TOXICOMANIA"

-----

A lo largo de los últimos años se han efectuado intentos por definir la expresión clásica "drogadicción". Conforme a una hipótesis bastante difundida, un "drogadicto" es una persona que se siente bien cuando emplea drogas. Otros autores prefieren entenderla como "un uso compulsivo de sustancias químicas que son dañinas para el individuo, la comunidad o ambos" (Wikler, 1953, p. 12).

En su sentido original el término "adicto" (del latín addictus), indicaba la existencia de un vínculo legal que obligaba a una persona a obedecer a otra. En el derecho romano la "adicción" participaba, así, de algunos elementos comunes a la esclavitud: el "adicto" estaba obligado a servir a su jefe o amo; debía dedicarse por entero a su servicio.

Este sentido de esclavitud o devoción a una causa o persona, llevó a algunos autores del siglo XVI a advertir que muy a menudo se daba una relación similar entre una persona y el alcohol y otros hábitos dañinos. El dedicarse a una cierta práctica, el no poder abandonarla, el tener que practicarla habitualmente, se convirtió en un nuevo sentido para el término "adicto". El "adicto" era un esclavo de sus propios hábitos o deseos (vid. Shakespeare, Enrique IV, iv, III).

Al empezar a adquirir el consumo habitual de drogas los caracteres de un problema social nació, como lógica consecuencia, el concepto de "drogadicción" (vid. Sonnedecker, 1963), con el que deseaba expresarse la esclavizante relación que crean sobre todo los opiáceos.

../. ..

El uso moderno del término vino a quedar fijado en una serie de folletos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a lo largo de la década de los cincuentas (1950, 1952, 1957), el primero de los cuales señala:

"La drogadicción es un estado de intoxicación crónica o periódica, dañina para el individuo y la sociedad, producida por el consumo repetido de una droga, sea natural o sintética. Sus características comprenden:

1. El deseo abrumador o la necesidad compulsiva de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio;
2. Una tendencia a aumentar la dosis, y
3. Una dependencia psíquica (psicológica) y, en ocasiones, una dependencia física a los efectos de la droga .

Este concepto de la "drogadicción" surgió cuando los intereses sociales se centraban, sobre todo, en los opiáceos -grupo al que pertenecen la morfina y la heroína-, así como en la cocaína y la marihuana. La experiencia clínica, no obstante, había demostrado que algunos sedantes, como los barbitúricos, podían dar origen también a estados del todo similar a la adicción o opiáceos, sobretodo cuando se abusaba de ellos. Esto mismo sucedía con muchas otras drogas, fundamentalmente con las empleadas en tratamientos psicológicos, como los estimulantes, los tranquilizantes y las preparaciones para dormir, y aun en las usadas para curar el asma y la obesidad. Había, pues, ..//..

circunstancias especiales en las cuales estas drogas podían dar un hábito del que las personas no podían desprenderse y que usualmente implicaban la presencia de severos síndromes, psicológica y socialmente dañinos, muy similares a los que provocaban el opio y la cocaína. Una de las consecuencias inmediatas de este nuevo panorama fue un cambio en la terminología. La Organización Mundial de la Salud propuso, así, que se empleara también el término "hábito", con el que pretendía indicarse una dependencia similar a la denotada con "adicción", si bien con síntomas menos graves. Es interesante advertir que en estos casos no solían presentarse tampoco los trastornos fisiológicos que suelen seguir a la brusca suspensión en el suministro de un opiáceo, y que integran el llamado "síndrome de abstinencia". En el caso de las drogas formadoras de hábito, y no de adicción, hay además poca o nula tendencia a aumentar la dosis que se consume.

La distinción entre "hábito y adicción" , dio origen así a dos conceptos distintos de dependencia; una fisiológica y otra psíquica o psicológica. En una y otra hay un deseo irrefrenable de seguir tomando la droga en cuestión, pero la primera se distingue por una imperiosa tendencia a aumentar la dosis y por la presencia, en caso de que el consumo se vea suspendido, del síndrome de abstinencia o carencia.

Esta dualidad de conceptos, lejos de aclarar el problema, provocó numerosas confusiones. El resultado fue que muchos investigadores prefirieron acuñar sus propias definiciones. Así, por ejemplo, el grupo de Lexington sugirió un más amplio concepto de "droga-adicción" al señalar que podía definirse como "aquel estado en el cual una persona ha perdido el auto-control

../..

con relación a un a droga y abusa de ella a tal grado que se daña a sí mismo y a la sociedad" (Vogel, Isbell y Chapman, 1948).

Para superar las confusiones, la Organización Mundial de la Salud recomendo poco después que los términos "adicción" y "hábito" fueses sustituidos por una sola expresión: "dependencia". En 1964 la OMS señaló que por ella debía entenderse "un estado que surge de la administración periódica o continua de una droga", y sugirió que al emplearla se precisara el tipo particular de droga que la causara y se hablara, así, de "dependencia a la morfina", "dependencia a la cocaína", "dependencia a las anfetaminas", etc.

Este nuevo concepto simplificó de manera radical las confusiones previas y permitió elaborar definiciones de los diversos síndromes sin que fuese necesario integrarlos en un solo sistema. Uno de los expertos del Comité sobre Drogas que forman Dependencia, aclaró aún más al concepto al señalar (vid OMS, 1969):

La dependencia se caracteriza por:

1. Una necesidad compulsiva de seguir tomando la droga a toda costa;
2. Una dependencia psicológica;
3. A menudo hay también dependencia fisiológica;
4. En general se presenta el síndrome de abstinencia.

A pesar de sus ventajas innegables este nuevo concepto, por

..//..

desgracia, daba origen a nuevos problemas. Al analizarlo, algunos autores apuntaron, que, de hecho, el único elemento fundamental era la presencia de la dependencia psicológica, ya que la fisiológica no se presenta sin ésta. Por otra parte el punto 1 de la definición antes citada no era sino otra manera de referirse a la dependencia psicológica, así como el síndrome de abstinencia mencionado en el punto 4 no era sino una forma distinta de mencionar la dependencia fisiológica (vid. Hakansson, 1967; Bejerot, 1970).

La Organización Mundial de la Salud, sin embargo, ha seguido empleando como concepto fundamental, vinculado ahora al término "fármacos". Así, a partir de 1969, difundió la expresión "farmacodependencia", a la que definió en su XVI Informe como "un estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación".

En el terreno de la investigación, muy por otra parte, otros conceptos empezaron a adquirir importancia. Así el Comité Sueco para el Estudio de la Dependencia a Drogas distingue el uso del abuso que puede hacerse de una de estas sustancias. En general, señala, "se usa una droga cuando ésta es introducida a un organismo vivo mediante prescripción médica adecuada y en conformidad con la práctica médica". Por el contrario, "se abusa de una droga cuando se la emplea en forma incompatible con la práctica médica habitual, sin prescripción médica o destinándola a fines

../. ..

no terapéuticos" (Sou, 1967).

Estos conceptos, a su vez, han dado origen a un gran número de nuevas definiciones y, aun, a expresiones nuevas. Así pueden mencionarse el término "eufomanía" sugerido por Moller (1955); el concepto de "necesidad imperiosa" -"craving"- que emplea Lindesmith (1963), y los usos más recientes que suelen otorgársele a la expresión "toxicomanía" que emplea nuestro orden jurídico desde hace varios años.

Nils Bejerot, defensor de éste último, la define diciendo: "La toxicomanía es una condición que se caracteriza por un envenenamiento del sistema nervioso central, recurrente o continuo, que no responde a ningún motivo médico o terapéutico, que busca el propio individuo" (Bejerot, 1970).

De todos modos, y sintetizando, hay dos tipos de dependencia que separada o conjuntamente indican si una persona es o no "adicta" a algún tipo particular de droga. De ello habla la ley colombiana explícitamente.

Dependencia física existe cuando el cuerpo ha sufrido tantos cambios por la acción de la droga que debe seguirla teniendo para poder continuar funcionando. La heroína es un ejemplo de droga que crea una rápida y poderosa dependencia física.

Se puede decir que hay dependencia psicológica cuando una persona depende del sentimiento o sensación que la droga le proporciona, y tiene una necesidad mental y compulsión de seguir con ella. Las amfetaminas son un ejemplo de droga que pueden

..//..



crear dependencia psicológica.

El grado de dependencia de una droga es una función de la clase de tolerancia que se adquiere con respecto a ella y de la naturaleza de los síntomas, de carencia cuando se deja de usar repentinamente.

Le define legalmente un adicto como "cualquier individuo que habitualmente usa una droga narcótica de tal manera que pueda poner en peligro la moral, salud, seguridad y bienestar público, o que está tan acostumbrado al uso de ella que ha perdido la fuerza de autocontrol en referencia a su adicción".

EL SINDROME DE LA CARENCIA O ABSTINENCIA. Cuando a alguien que se ha vuelto físicamente dependiente de una droga, se le priva de ella, hacen su aparición los síntomas que médicamente se conocen con el nombre de "síndrome de la abstinencia" o "renuncia". La intensidad de dichos síntomas usualmente indica el grado de dependencia física de una droga en particular.

Un tipo de síntoma de carencia es el delirium tremens que los alcohólicos crónicos pueden experimentar alrededor de 8 a 12 horas después del último trago. El delirium se define como una afeción que involucra el obscurecimiento de la conciencia acompañado de alucinaciones, pensamientos incoherentes, gran desosiego, y a menudo, fiebre alta. Al tratar con diferentes tipos de drogas, veremos que los síntomas pueden fluctuar desde muy ligeros (como sucede con la marihuana o con algunas anfetaminas) hasta muy graves (como en el caso de la heroína o de los barbitúricos). Al describir la renuncia a la heroína, el experto en drogas Dr. Robert de Ropp dice que:  
"Aun un médico acostumbrado a ver el dolor se somete

..//..

a una prueba muy severa cuando contempla la agonía de los pacientes en esta condición". Muere más gente de las convulsiones causadas por la renuncia a los barbitúricos que del síndrome de abstinencia de la heroína.

Los adictos que tratan de romper con la droga por sí mismos, sin recurrir al beneficio de los hospitales o algún tratamiento especial, a menudo hallan que los síntomas son tan agudos que el camino más fácil les parece ser regresar a la droga.

**LA TOLERANCIA A LA DROGA.** Cuando cualquier sustancia extraña penetra en el cuerpo, este reacciona, ya sea tratando de asimilarla o de desembarazarse de ella y ajustarse tan rápidamente como le sea posible a cualquier cambio físico que pueda ocurrir.

Tolerancia es la velocidad con que el cuerpo se ajusta a esos cambios, volviendo a un equilibrio. En el caso de muchas drogas, el cuerpo reacciona y se adapta de tal manera que la respuesta es cada vez menor ante la dosis original, por lo que necesita de una dosis mayor para que se produzca el efecto original. A veces, una persona que ha desarrollado tolerancia a la droga, puede tomar dosis que son lo suficientemente grandes como para matar a una persona no-tolerante.

En ciertas drogas que farmacológicamente están relacionadas, ya sea en su estructura química o en sus efectos, la tolerancia desarrollada para los efectos de una droga, se extiende a otras. Esto se conoce como tolerancia cruzada. La base de la curación con metadona de la dependencia de la heroína, consiste en que ambas drogas son tolerantes

.. / ..

44

cruzadas y que alguien que toma la metadona, comparativamente menos peligrosa, no experimenta ningún efecto con la heroína.

En el libro *Drugs and Behavior*, el Dr. Roger W. Russell ha señalado que el uso combinado de drogas se pueden "sumar", lo que significa que los efectos producidos por una droga pueden ser los grados por dosis menores de dos o más drogas diferentes en combinación; o bien, una puede "antagonizar" con otra, en cuyo caso una dosis completa de la última no causará los efectos esperados; o que una droga puede "potencializar" a otra, lo cual significa que los efectos completos de la segunda se producirán con dosis menores. Entre los farmacodependientes, a esto se le llama "cruzarse".

No hay que confundir la tolerancia cruzada con la potencialización. El efecto de algunas drogas es el de hacer a otras más poderosas. Probablemente, los casos más comunes de potencialización se verifican con el alcohol y los barbitúricos. El alcohol potencializa a los barbitúricos y los vuelve mucho más poderosos que cuando son tomados solos.

4. CLASIFICACION.

Muchas son las clasificaciones que se han sugerido para las drogas y, al parecer, es inútil el intento de clasificar atendiendo a un solo criterio. Y esto aun a pesar de que el contar con una clasificación adecuada y satisfactoria es crucial para poder intentar acciones internacionales eficaces.

El hecho, sin embargo, es que hay tantas clasificaciones  
..../..

como criterios. Algunos autores los adoptan históricos; otros prefieren seguir métodos químicos (civ. Berger, 1960); otros más consideran sus efectos (civ. Isbell y Chrusciel, 1970); otros atienden a las consecuencias que tienen en la conducta (vid. Tedeschi y Tedeschi, 1968; Otis y Crisman, 1966); otros más juzgan que ha de clasificárselas examinando el comportamiento social y el medio ambiente del toxicómano (vid. Birdwaid, 1972, Tinklenberg y Woodrow, 1974; Feldman, 1972); otros aceptan los criterios de la farmacología clínica (vid. Goldberg, Cole y Klerman, 1966); y otros más, por último, consideran que ha de partirse de los estados subjetivos a los que conduce el abuso de drogas (vid. Haertzen et. al, 1963; Weil, 1972).

La multiplicidad de criterios que las orienta y las críticas que pueden dirigírsele a cada una de ellas, hace que la elección de una u otra respondan más bien al interés que se persigue. Intentar ofrecerle al lector algún ejemplo no servirá a propósito alguno.

Hay clasificación, no obstante, que debemos registrar y que intenta conciliar aspectos jurídicos, farmacológicos y de psiquiatría social. Conforme a ella las drogas se dividen en tres grandes grupos: estupefacientes, psicotrópicos y volátiles inhalables. Los primeros, a su vez, se dividen en dos grandes grupos, según deriven del opio o de la coca. Entre los segundos el principal es la cocaína; Los primeros exigen una nueva subdivisión, para distinguir los naturales de los semisintéticos. Entre éstos ha de mencionarse a la morfina, la codeína, la heroína, la pentazocina, etc.

..//..

Los psicotr6picos se dividen a su vez, en tres grupos: psicol6pticos, psicoanal6pticos y psicodisl6pticos. En el primero de ellos, o sea en el de los psicol6pticos, se encuentran los hipn6ticos -como los barbit6ricos y las bensodiacepinas-, y los neurol6pticos - que comprenden las fenotiaccinas, las butirofenonas, los resepcinicos y los tiosantenos.

El segundo grupo de los psicotr6picos, o sea el de los psicoanal6pticos, comprenden a su vez dos grandes grupos: el de los psicoestimulantes -como las anfetaminas y la cafeina-, y el de los antidepresivos -como el imao y los triciclicos.

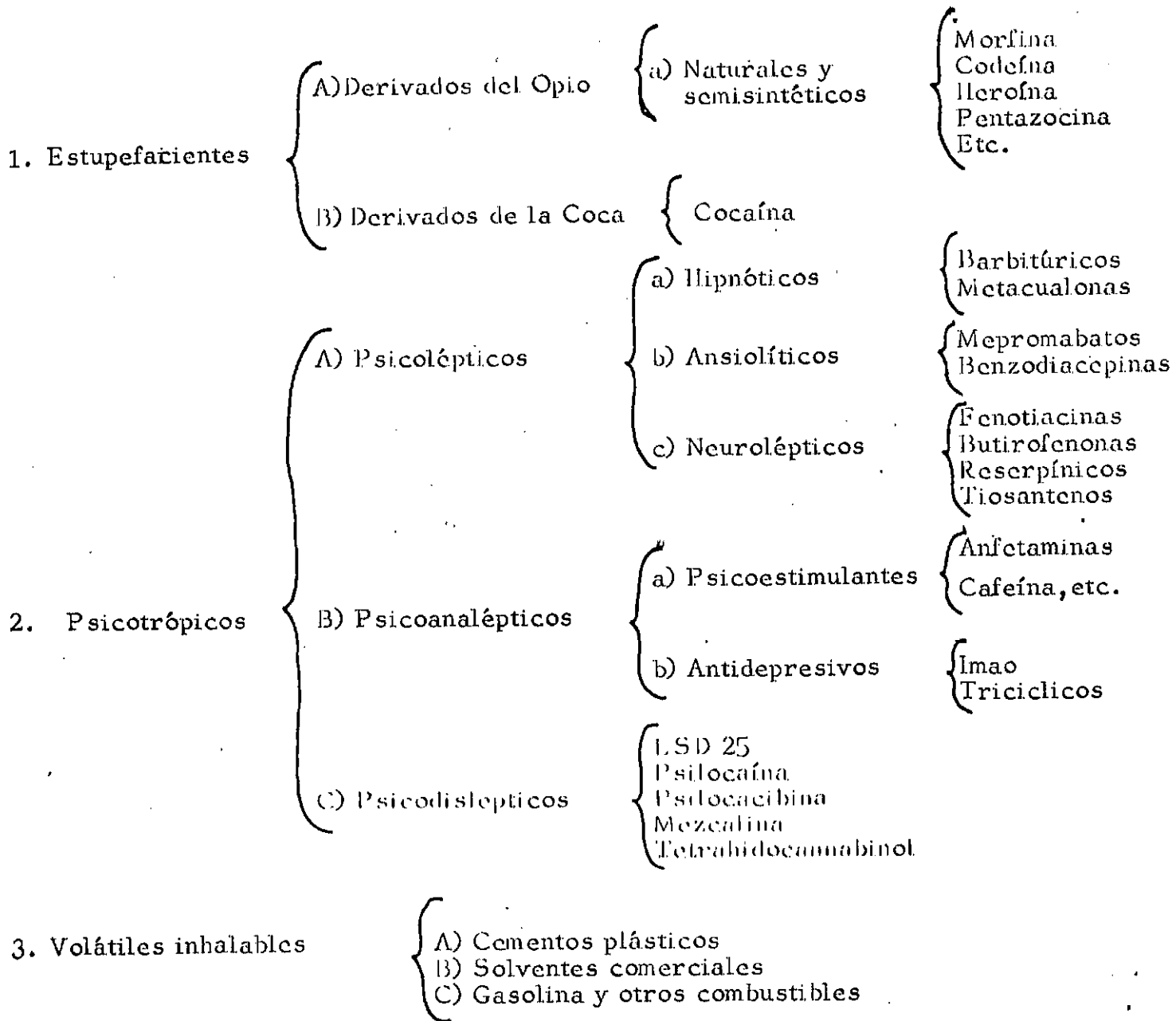
El ultimo gran grupo de los psicotr6picos, o sea el de los psicodisl6pticos, comprende drogas psicod6licas o alucin6genas como el LSD 25; la psilocaina; la psilocibina; la mezcalina y el tetrahidrocannabinol, principio activo de la marihuana.

Los vol6tiles inhalables, comprenden aquellas sustancias que, por lo general, no tienen ning6n uso terap6utico o m6dico, pero que en fechas recientes han sido empleados por llos toxic6manos, como los cementos pl6sticos, los solventes comerciales -como el thinner- y la gasolina y otros combustibles.

El cuadro 1 que sigue a continuaci6n, presenta esta clasificaci6n de manera esquem6tica.

..//..

Cuadro 1 CLASIFICACION DE LAS DROGAS



5. FENOMENOLOGIA Y ETIOLOGIA

Las investigaciones sociales efectuadas hasta ahora en nuestro país no nos permiten precisar el alcance del fenómeno de la farmacodependencia. La opinión pública, no obstante, se inclina decididamente a considerar que en los últimos años ha habido un aumento de magnitud considerable.

Aunque sólo se dispone de información tentativa, puede considerarse, incluso a pesar del aumento en las incidencias de consumo, que el programa no alcanza todavía los elevados índices a que ha llegado ya en otros países. Y esto no obstante que, a primera vista, podría suponerse que el nuestro presenta características que favorecen un alto consumo de drogas.

La teoría no ha logrado todavía unanimidad alguna en lo que toca al origen del problema. Algunos autores señalan, incluso, que es erróneo hablar de un solo problema y si bien es cierto que tienen numerosos puntos de contacto, hay tantos problemas como efectos psicológicos y farmacológicos producen las distintas drogas. Otros apuntan que es necesario considerar, también, los diferentes grupos sociales afectados.

En general puede decirse que la importancia relativa que se le otorga a los diversos factores que determinan la existencia del problema, coincide como punto de mira profesional de quien lo analiza. Así para los investigadores que se han formado en el terreno de la medicina, la toxicomanía es una enfermedad, e incluso una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de una persona a otra, por lo que se presta a un estudio epidemiológico.

.. / ..

Para los psicólogos, por el contrario, el fenómeno de la farmacodependencia es revelador de un problema social y, particularmente, ven en él un resultado de un proceso de socialización ineficaz. Este, a su vez, puede ser consecuencia de la discriminación a la que se somete a un grupo -como sucede con los negros estadounidense (vid. Kolgb, 1962), y más recientemente con los puertorriqueños y México-norteamericanos que viven en ese país (vic. Preble y Casey, 1969; Clausen, 1968)-, o del hecho de que se le impongan condiciones de trabajo onerosas a un grupo (vic. Treadway, 1943).

Otros investigadores encuentran que el proceso de socialización es ineficaz por la disparidad de valores que manejan en el hogar y en el resto de las instituciones sociales, sobre todo la escuela. Así hay quienes destacan que el farmacodependiente proviene de hogares desintegrados en los que dominaba la madre y el padre estaba ausente (vic. Hoffmann et. al; 1952); o de hogares en los que los padres se habían divorciado o habían muerto (vic. Mc Laughlen et. al.; en Nyswander, 1959); o en los que habían vivido una infancia difícil e inestable (vic. Knight et. al., 1951).

Hay autores, ciertamente, que sostienen la opinión de que la mayoría de los toxicómanos provienen de hogares integrados y relativamente normales (vic. Pescor, 1943), pero en su gran mayoría coinciden en afirmar que el fenómeno se encuentra limitado a las zonas citadinas que "se caracterizan por tener los más bajos ingresos, las peores habitaciones, la más inestable estructura familiar, los más elevados índices de delincuencia..." (Cameron, 1963).

Todos estos hechos, según se sostienen hoy en día, revelan

..//..



que si bien la farmacodependencia nació de múltiples causas, una de las más importantes es la ausencia de canales adecuados de socialización. De ser así nuestro país, que sufre los violentos cambios que acompañan a todo desarrollo, reuniría las condiciones necesarias para tener muy elevados índices de toxicomanía.

Hasta hace un par de décadas se afirmaba que la marihuana sobre todo, era la droga consumida con más frecuencia por personas de escasa ilustración y baja capacidad económica. Aunque los datos son escasos, hoy en día el panorama ha cambiado -al igual que en el resto del mundo-, y son los jóvenes que asisten a los centros de educación superior quienes la consumen con más frecuencia (vic. Rathod, 1974). La hipótesis que ve el origen de este hábito en un proceso deficiente de socialización tendrá, por lo menos, que complementarse con algunos factores de orden psicológico.

En este terreno las teorías carecen también de unidad y se manejan tantas hipótesis como hay escuelas sobre la personalidad y la conducta. Hay, así, quienes sostienen que el hábito de emplear drogas surge de un proceso de aprendizaje: el sujeto, aceptado por un grupo cuando las consume, aprende a concebir la experiencia como agradable y de ahí que la repita (vic. Wood, 1968). Otros investigadores, como Lyndesmyth (1947), señalan que una persona se habitúa a las drogas como resultado de las angustias que le causan su incompetencia o su improductividad: en un principio empezó a tomarlas para evitar tales angustias, pero más tarde sigue haciéndolo a causa de los nuevos fracasos a los que lo conduce su hábito. Se trata, así, de una especie de círculo vicioso que también ha sido señalado con relación al alcoholismo (vic. Bacon, 1947).

../..

Autores de otra tendencia creen descubrir el origen del problema en conflictos de personalidad (vic. Anchersen, 1947); en caracter de índole psicopática (vic. Knight et. al.; 1951); en una gran irritabilidad combinada con un caracter que hace al sujeto presa fácil de influencia dada su necesidad neurótica de comprensión y ayuda (vic. Rommelspacher, 1953), o bien en una profunda inestabilidad emocional (vic. Hoffmann et al; 1952) o en una incapacidad para vincularse emotivamente (vic. Zimmerlyng et. al; 1952; Fort, 1954) o incluso para identificarse con el sexo al que pertenecen (vic. Gerard y Kornetsky, 1954, 1955).

Resulta imposible dada la multiplicidad de enfoques , decidirse por una u otra interpretación, si bien es posible que todas ellas expliquen un núcleo común que aún no nos es posible precisar por completo.

Algunas de estas hipótesis, (vic. Ruiz Harrell et.al, 1974) pudieron ser confirmadas en un grupo de reos sentenciados habituados al empleo de drogas. La muestra, ciertamente, no es relevante para intentar obtener de ella inferencias aplicables a toda la población, más basta para revelar que hay características propias de nuestra cultura que impiden la difusión desmedida de ciertos tipos de drogas, como la heroína y la morfina - por su costo y por el tradicional rechazo que provocan las inyecciones.

Es interesante advertir no obstante, que en nuestro país el uso de algunas drogas -la marihuana, los barbitúricos y los inhalantes- empezó a extenderse sobre todo a partir de 1967. Hoy en día existe farmacodependencia, en Colombia tanto entre quienes viven en las ciudades como en

.../...

quienes habitan en poblaciones rurales, aunque en estas últimas los índices sean muy reducidos y muy a menudo respondan a patrones conductuales precolombinos. El fenómeno de la toxicomanía, por lo demás, se presenta en todas las clases sociales y en todas las edades. Hay este problema tanto en familias bien constituídas, como en hogares en los cuales los padres están desavenidos o viven separados.

En más de un sentido nuestro país, más que un mercado de consumo, resulta paso de tránsito al mercado del gran consumidor: los Estados Unidos. No obstante, afecta ya a los jóvenes y empieza a ser, como en otras sociedades, medio de protesta generacional y elemento de denuncia del orden establecido. Hoy por hoy se encuentran apenas en sus orígenes y afecta a grupos muy reducidos. Todavía nos es posible enfrentar el problema, estudiarlo y programar una política conducente a detenerlo y prevenirlo.

(5) Cfr. Cárdena de Ojeda Olga: Toxicomanía y Narcotráfico (Fondo de Cultura económica: México, 1974)

../..

6. ASPECTOS CIENTIFICOS GENERALES

SINDROMES CEREBRALES RESULTANTES DE LA INTOXICACION POR DROGAS . . . . .

Como ya se describió en el capítulo anterior, las sustancias tóxicas pueden interrumpir de muchas maneras los múltiples procesos del metabolismo cerebral general. El síndrome clínico que resulta es el de insuficiencia cerebral, con diversas expresiones sintomáticas, según el grado y la brusquedad con que se interrumpen las funciones del ego, el grado de daño celular permanente y las variedades de adaptación que ante la pérdida de una función específica tiene cada personalidad individual.

Esto síndrome cerebral son a menudo complicaciones del tratamiento médico moderno o representan los efectos secundarios de intento de suicidio, automedicación o envenenamiento industrial.

Las acciones de esta capítulo se han ordenado según la frecuencia aproximada con que, en la práctica clínica, se encuentran los tóxicos específicos como agentes etiológicos de la insuficiencia cerebral.

BARBITURICOS Y OTROS SEDANTES. Frecuencia, Etiología y Síntomas. Según los informes del servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, en años reciente ha habido un gran aumento, no sólo en las intoxicaciones agudas por barbitúricos sino también en los casos de adicción a los barbitúricos. La intoxicación aguda con estas drogas es responsable de aproximadamente 25 por ciento de las muertes por envenenamiento agudo que registran los hospitales generales, y los barbitúricos, ingeridos accidentalmente o con fines suicidas, provocan

..//..

más muertes que cualquier otro veneno.

Al igual que en el alcoholismo y en la adicción a las drogas narcóticas, el factor importante en la adicción a los barbitúricos es una dificultad subyacente en la personalidad. Muchos psiconeuróticos se vuelven adictos a los barbitúricos a través de sus prescripciones para el insomnio.

Las personas con trastornos en el carácter ("psicópatas") comienzan a utilizar la droga con el objeto de experimentar su efecto intoxicante. Los adictos a la morfina suelen usar barbitúricos cuando no pueden obtener morfina o con objeto de reforzar el efecto de la misma. Los alcohólicos pueden iniciar el uso de los barbitúricos para aliviar la tensión que siguen utilizándolos para experimentar los efectos tóxicos. Al contrario de lo que sucede en la adicción a otras drogas narcóticas, una gran proporción de casos de adicción a los barbitúricos, resulta de que el médico administra el agente tóxico. El terapeuta debe recordar, por lo tanto, que cuando prescribe barbitúricos asume una gran responsabilidad ética. Existe la posibilidad de que estas drogas creen un tipo peligroso de adicción. Debe tenerse especial cuidado al prescribirlas en personas emocionalmente inestables. El insomnio simple, por sí solo, rara vez es una indicación válida para el empleo de sustancias barbitúricas.

Los barbitúricos no sólo producen síndromes cerebrales agudos, sino también reacciones delirantes crónicas en las personas que usan la droga en grandes cantidades durante períodos largos. En estos individuos cuando se suspende el barbitúrico de manera súbita, aparece un síndrome de abstinencia, que también se ..../..

caracteriza por rasgos delirioideos y a menudo se asocia a un estado combulsivo. Es necesario distinguir entre los dos cuadros (el que se debe a intoxicación y el que se debe a abstinencia) ya que difieren en sus manifestaciones clínicas y en su tratamiento.

Hace más o menos diez años se descubrieron los "tranquilizantes menores" que pronto empezaron a utilizarse con amplitud, comenzaron a venderse en forma ilícita y han llegado a utilizarse como intoxicante del mismo modo que los barbitúricos. Las acciones farmacológicas de los dos tipos de drogas son muy similares; por lo tanto el psiquiatra encuentra actualmente estados agudos de intoxicación por tranquilizantes, así como síntomas de abstinencia en los períodos cuando los individuos que usan dichas drogas no pueden obtenerla. En los Estados Unidos de América hay 25 o más nombres de patentes que designan tranquilizantes; algunos de los que con mayor frecuencia se prescriben y los que se abusan son: meprobamato (licuanil, Miltown), clorodiazepoxilo (Librium), eclorvinol (placidil), glutentimida (Doridén), diazepam (Valium) y cloralhidrato (Sominos).

La intoxicación aguda por barbitúricos ocurre a menudo en individuos que intentan suicidarse y, a veces, como un accidente en personas que utilizan el medicamento para el insomnio, y que ingieren una dosis excesiva en un estado de confusión parcial debido a dosis previa que no han sido suficiente para producir ipnosis. Por otra parte, la sobredosificación accidental puede observarse en personas que sufren de angustia intensa y que se autoadministran dosis excesivas cuando la cantidad prescrita no les proporciona alivio. La intoxicación por barbitúricos a menudo se presentan en alcohólicos o en adictos a los narcóticos, cuando ingieren la droga como sustituto de las sustancias que prefieren y que producen la adicción, o junto con ella.

../..

**DIAGNOSTICO.** En la intoxicación aguda se alteran las funciones cognitivas, igual que en cualquier forma de insuficiencia cerebral; hay falta de control emocional, que se manifiestan en explosiones de risa o de llanto, locualidad y errores en el juicio y más tarde embotamiento progresivo, estupor y finalmente coma.

Aunque esta entoxicación a menudo se parece al alcoholismo, no hay olor de alcohol en el aliento. Es característico que las alteraciones mencionadas se aspcien a ciertos signos cerebelosos como disartría, nitagmo constante, ataxia al caminar y al mantenerse de pie y adiadococinesia. Con forme la intoxicación se hace más profunda, gradualmente aparecen ausencia de los reflejos tendinosos profundos, reflejos de Babinski y contracción de las pupilas. Es típico que la respiración sea lenta y, en la intoxicación grave que los movimientos respiratorios sean superficiales o incluso periódicos. Puede aparecer colapso circulatorio periférico.

En los estados de intoxicación leve, el paciente está confuso o, si presenta somnolencia, es fácil despertarlo; su juicio es defectuoso y el nistagmo es transitorio; cuando mucho, hay una reducción de los reflejos cutáneos (abdominales), y ni la respiración ni la presión arterial disminuyen. Se puede juzgar que existen intoxicación moderada cuando se encuentra al paciente dormido o somnoliento y despierta sólo con estimulación vigorosa, y cuando el nistagmo y la disartría son constante, los reflejos tendinosos están desminuídos y la respiración es lenta. El clínico diagnostica una intoxicación grave cuando observa coma en el cual no se puede despertar al enfermo, y hay ausencia de todos los reflejos, incluyendo el corneal y el faríngeo, respiración periódica y síntomas de choque.

El diagnóstico puede confirmarse si se encuentran barbitúricos en la orina y en la sangre, pero como estas pruebas

..//..

58

habitualmente requieren mucho tiempo y el informe de los resultados tarda mucho, no constituyen una ayuda para el diagnóstico y el tratamiento del estado agudo.

En los estados leves y moderados el electroencefalograma muestra un aumento característico en la frecuencia de las ondas.

Cuando se examina una persona en quien se sospecha el uso de barbitúricos, hay que emprender una búsqueda meticulosa entre sus pertenencias y en su cuerpo. El que usa drogas de manera crónica suele esconderlas entre sus ropas o incluso en orificios corporales como la boca, el recto o la vagina.

Para evaluar la tolerancia y dependencia física en el individuo en quien se sospecha adicción a los barbitúricos, a veces resulta útil administrar una "dosis de prueba de barbitúricos". En el no adicto, 200 mg. de pentobarbital, por vía bucal debe producir signos de intoxicación moderada al cabo de unas horas. Si el paciente no muestra dichos signos, es probablemente un individuo que tolera la droga. Los signos de intoxicación aguda son disartría, ataxia pseudoptosis y la presencia del signo de Romberg. Muchos no adictos estarán dormidos una hora después de recibir la dosis de prueba.

**TRATAMIENTO.** El tratamiento debe ser conservador para todos los pacientes con grados leves y moderados de intoxicación por barbitúricos ya que sólo en la intoxicación grave la insuficiencia cerebral amenaza la vida. En los dos primeros grupos es correcto hacer un lavado gástrico si hace poco que se ingirió la droga. Hay que mantener despierto al enfermo y no permitir que se duerma, para lo cual se le habla, se le

..//..



hace caminar 0.5 g. de benzoato sódico de cafeína por vía intramuscular, de 10 a 40 mg. de sulfato de anfetaminas por vía bucal o intramuscular. También se puede tratar en forma conservadora a los pacientes comatosos que despierten con estimulación manual o respondan a la electroestimulación con el aparato de Reiter. Si el estupor se hace más profundo, hay que mantener una ventilación pulmonar adecuada e impedir el colapso circulatorio por medio de la administración intravenosa de una sustancia que aumente el volumen plasmático. El oxígeno es de valor dudoso, ya que puede deprimir más la respiración; hay que iniciar respiración artificial con un aparato automático de presión positiva o con un respirador externo de Drinker. En algunos casos se requiere una cánula endotraqueal o una traqueotomía. En fecha reciente se ha publicado que, si se produce diuresis administrando urea y se alcaliniza la orina, es posible disminuir la mortalidad y la frecuencia de la traqueotomía en pacientes con intoxicaciones graves y coma. En este tratamiento se administra una solución de urea (que contiene 0.5 g. de urea y 155 mg. de cloruro de sodio por centímetro cúbico, esterilizados por filtración); la solución se da por vía intravenosa, 30 c.c. por hora durante cuatro horas, junto con 300 c.c. de una solución electrolítica que contenga 40 mg. de lactato de sodio, 12 mg. de cloruro de sodio, 12 mg. de cloruro de potasio y 100 mg. de glucosa por centímetro cúbico. Más tarde, la velocidad de la infusión electrolítica puede aumentarse a 600 c.c. por hora, mezclado con 30 ml. de la solución de urea, hasta que desaparezca el coma. La complicación más grave de este tratamiento es la retención de líquidos, que puede medirse si se colecta toda la orina y se mantiene una hoja de balance entre la ingestión y la excreción. Es raro que aparezca desecilibrio electrolítico. Este método se ha puesto

..//..

a prueba sólo en el tratamiento de individuos con intoxicación aguda y grave por barbitúricos. En la actualidad se considera que drogas como el pentileno-tetrazol (Metrazol) y la picrotoxina no proporcionan un mejor protección y de hecho pueden aumentar la mortalidad.

Hay que darse cuenta de que en la fase de recuperación del coma, aparecerá de nuevo un estado delirante, que requerirá cuidados especiales de enfermería a fin de proteger al paciente hasta lograr su recuperación total.

El individuo puede desarrollar adicción a los barbitúricos; no obstante, es posible ingerir diariamente dosis de 0.5 g. o menos de estos hipnóticos, durante períodos prolongados, sin efectos nocivos. Las personas que consumen 0.3 g. sufren una alteración definida del funcionamiento mental y desarrollan adicción, a juzgar por la aparición de un síndrome de abstinencia cuando la droga se suspende en forma súbita después de 6 a 8 semanas de ingestión continua. Los individuos que consumen de 0.2 a 0.8 g. diarios muestran grados variables de déficit.

La alteración cerebral crónica debida a barbitúricos produce signos similares a los que ya se descubrieron en los estados leves de intoxicación; pero en el estado crónico fluctúan la intensidad y el grado de confusión y de alteración en el pensamiento, el juicio y la actividad motora; existen nistagmos persistentes y grados variables de disartria, dismetría y ataxia, con pérdida de los reflejos superficiales. A menudo la intoxicación crónica se confunde con esclerosis múltiple. Por otra parte, la sangre y la orina muestran la presencia de los barbitúricos, y el electroencefalograma presenta un patrón rápido característico.

..//..

La suspensión súbita de la droga en el adicto precipitará un síndrome de abstinencia que se parece al delirium tremens del alcohólico. En las primeras 8 horas después de que se descontinúa la droga, el paciente parece mejorar conforme su confusión desaparece; pero pronto aparecen angustias, temblores y debilidad intensa. Al día siguiente de la suspensión se presentan contracciones musculares y un intenso temblor en las extremidades. La temperatura corporal y la velocidad del pulso aumentan. Cuando el enfermo se levanta de una posición supina y permanece de pie, la frecuencia puede aumentar 15 o 30 pulsaciones por minuto. La hipotensión postural es evidente y el tono muscular aumenta, lo cual se manifiesta con reflejos tendinosos más enérgicos. Es posible provocar blefaroclono si se golpea levemente el área glabellar. En el 75 por ciento de los enfermos ocurren una o varias crisis convulsivas de gran mal durante el segundo día de abstinencia; tales crisis pueden presentarse hasta una semana después de que la droga se ha interrumpido. En más o menos el 60 por ciento de los casos se presenta a continuación un aumento en la angustia e insomnio constante. Entre el tercero y el séptimo día de suspensión se desarrolla una franca reacción delirante, que se asocia a vívidas ideas delirantes y alucinaciones casi siempre de tipo auditivo. La recuperación se inicia de 3 a 5 días más tarde, con un largo período en que el paciente duerme.

El tratamiento del individuo que usa barbitúricos en forma crónica requiere una evaluación cuidadosa del grado de su hábito o adicción, la cual es a menudo muy difícil de determinar. Utilizamos aquí el término hábito para indicar dependencia psicológica a la droga, y la palabra adicción para indicar dependencia fisiológica con propensión a

..//..

desarrollar el síndrome de abstinencia si se suspende el medicamento. Nunca debe intentarse suspender el barbitúrico de manera brusca cuando el individuo lo ha tomado en forma crónica. Como estos pacientes a menudo distorsionan el relato de la cantidad de droga que consumen diariamente, hay que darles al principio la cantidad máxima que confiesen ingerir. La suspensión debe iniciarse a un nivel de 0.1 g. diario. Cuando se llega a la mitad de la dosis de estabilización, hay que interrumpir la reducción durante varios días, al cabo de los cuales se vuelve a disminuir la dosis. La aparición, en cualquier momento, de angustia, temblor, insomnio, debilidad u ondas de actividad lenta en el electroencefalograma anuncia el principio del síndrome de abstinencia. Ante tales síntomas hay que detener la suspensión y dar apoyo con una dosis adicional de barbitúricos. Si aparece el síndrome de abstinencia, habitualmente basta una dosis de 0.2 a 0.3 g. de pentobarbital por vía bucal para prevenir la aparición de todas las molestias mencionadas. Después de una convulsión hay que dar de 0.3 a 0.5 g. de pentobarbital o amobarbital ya sea por vía parenteral o bucal y más tarde administrar estas drogas por vía bucal, hasta alcanzar el nivel de la intoxicación leve.

Cuando se está disminuyendo el barbitúrico hay que observar a los pacientes y proporcionarle cuidados de enfermería en forma meticulosa. Una vez que se completa la suspensión, es necesario determinar cuáles fueron las fuerzas motivadoras que condujeron hacia la dependencia y proporcionar al individuo el tratamiento psicológico básico.

../. ..

AMINAS SIMPATICOMIMETICAS (Anfetaminas)

La intoxicación crónica con las aminas simpaticomiméticas, o sean las anfetaminas, (Benzedrina) o la meranferamina (Desoxiefedrina o Desoxin), puede producirse si el individuo usa en forma continua esta droga. Se ha sugerido que estos medicamentos producen estimulación crónica del sistema nervioso central, debido a la acumulación de las aminas biógenas noradrenalina y adrenalina y debido a que esta última se libera cuando las anfetaminas ocupan los sitios cerebrales a los que la adrenalina y la noradrenalina estarían ligadas. Se sabe que, desde el punto de vista fisiológico, las anfetaminas bloquean específicamente el "dormir rápido" o de movimientos oculares rápidos (REM: rapid eye movements); por lo tanto, los síntomas de intoxicación crónica por anfetaminas pueden desarrollarse de manera similar a los síntomas que se observan cuando durante períodos prolongados se impide que el individuo duerma.

Como estas drogas producen una sensación de bienestar y júbilo y alivian la fatiga, es frecuente que abusen de ella los adolescentes que buscan sensaciones fuertes y los individuos que necesitan "algo que les levante el ánimo", ya sean porque están deprimidos o porque sufren los efectos posteriores a la intoxicación por otros agentes sedantes o por alcohol. El efecto estimulante de las anfetaminas también va seguido de fatiga y depresión, y como también aparece tolerancia farmacológica, es necesario ingerir dosis cada vez más grandes para producir la euforia deseada. Algunos adictos a la anfetamina han llegado a tomar dosis individuales hasta de 250 mg. y una dosis diaria equivalente a 1 a 1.5 g.

..//..

Los síntomas de intoxicación crónica son muy similar a los del cocainismo; subjetivamente los que usan la droga dicen que experimentan mayor seguridad de sí mismos y mayor capacidad de tomar decisiones, con una mayor energía, no obstante, también con frecuencia reconocen la presencia de tensión e irritabilidad. Con el tiempo aparecen aprehensión, temblores y contracciones musculares bruscos; se desarrollarán insomnio y anorexia cada vez mayores y progresivamente aumentan las actividades motora y la locuacidad.

La psicosis por anfetaminas cuya psicopatología recurrente no se relaciona con el tipo de personalidad del paciente; los rasgos individuales se reflejan sólo en el contenido del material alucinatorio y en las ideas delirantes. La psicosis se caracteriza en especial por alucinaciones visuales vividas, ideas de referencia e ideas delirantes persecutorias, sin la desorganización de los procesos mentales que se notan en la esquizofrenia, ni la alteración del sensorio que es diagnóstica del síndrome delirante (síndrome cerebral agudo o insuficiencia cerebral aguda). Cuando se suspende la droga este síndrome desaparece en un período de 10 días, pero se observa una y otra vez en los individuos que vuelven a usar anfetaminas. En los adictos con personalidad premórbida esquizoide o esquizofrénica, las anfetaminas han precipitado estados paranoides de larga duración, no obstante, dichos estados difieren de los estados psicóticos simples, ya que no presentan los diferentes tipos de experiencias alucinatorias (en especial las auditivas) ni muestran la habitual desorganización del pensamiento. Se desconoce si la adicción prolongada conduce hacia una desorganización permanente de la personalidad y un mal funcionamiento permanente del cerebro, o si esto ocurre sólo en los individuos con predisposición esquizofrénica.

..//..

El tratamiento requiere la inmediata suspensión de la droga y el uso de sedantes; una vez que se recupera el paciente, las medicinas psicoterapéuticas estan indicadas para corregir las fuerzas motivadoras que produjeron la necesidad de ingerir la droga.

AGENTES ALUCINOGENOS: LSD-25 Y MEZCALINA

Con base a diversos estudios, se supone que los agentes alucinógenos también afectan a las aminos biógenas dentro del cerebro y producen así las modificaciones en las funciones perceptuales y en otras funciones fisiológicas, efectos que en la actualidad se conocen bien. Se ha formulado, por lo tanto, la hipótesis de que la LSD-25 ejerce sus efectos porque libera noradrenalina y activa en consecuencia diversos neuroreceptores; al mismo tiempo fija la serotonina y la histamina.

Con muy poco juicio, se ha diseminado entre el público información acerca de las propiedades alucinatorias de estas drogas: se ha dicho, sin base alguna y con gran exageración, que expanden la actividad psíquica y por lo tanto aumentan los procesos creativos; en consecuencia, los mismos tipos de individuo que han intentado encontrar alivio a sus problemas de personalidad por medio del uso de anfetaminas, barbitúricos, alcohol o narcóticos, han buscado con avidez los alucinógenos. De estos agentes los que más se han diseminado y conocido son las drogas sintéticas dietilamida-25 del ácido diisérgico (LSD), que es un alcaloide del tipo de la ergonovina, y la mezcalina, que de los diversos compuestos activos que se encuentran de manera natural en el Catus peyote, es el que mejor se conoce. Se ha divulgado que las semillas de maravilla contienen LSD y tienen propiedades alucinatorias, y también se ha abusado del agente alucinatorio psicocibina.

Bajo condiciones experimentales estas drogas producen una alteración vívida en las percepciones, sin obnubilar la conciencia, así como algunos síntomas simpatomiméticos debidos a alteraciones en el sistema nervioso autónomo. Los sujetos dicen experimentar una impresionante intensificación de las percepciones, con alucinaciones visuales calidoscópicas, hiperacusia, parestesia táctil y distorsiones en la percepción del cuerpo. Los pensamientos parecen nuevos e ilusorios, son portentosos y a menudo se interpretan en términos místicos. Ocurren sentimientos de extrañeza y variaciones en el estado de ánimo. Desde el punto de vista psicodinámico, se ha sugerido que los procesos primarios se liberan o que las percepciones primitivas emergen como resultado de la alteración tóxica de las funciones ordinarias del ego; es por esto que algunos psiquiatras han usado alucinógenos como ayuda en la terapéutica; sin embargo, no se ha probado aún que estos agentes sean efectivos en dicha área.

Los individuos con defectos en la personalidad están predispuestos al abuso de la LSD-25; por otra parte, se ha dicho que tal droga constituye a precipitar reacciones esquizofrénicas francas. Algunos individuos que toman la droga han ingresado al hospital en estado de pánico; otros que la ingieren de manera prolongada sufren episodios intermitentes de pánico, incluso durante lapsos de abstinencia. Los pacientes en estado de pánico dicen sufrir experiencias aterradoras, en las que emergen sensaciones espantosas de soledad, depresión y despersonalización, así como alucinaciones visuales. En estado de intoxicación por LSD, se han ejecutado tanto homicidios como suicidios.

../. ..



Una mujer de 25 años de edad ingresó al hospital junto con su amante. El hombre había tenido varias experiencias con LSD y la había convencido de ingerir la droga para volverse una mujer menos inhibida sexualmente. Más o menos media hora después de ingerir aproximadamente 200 mg., la paciente notó que los ladrillos de la pared empezaron a salir y entrar en el muro, y que la luz producía en ella efectos extraños. Empezó a ausentarse cuando se dio cuenta de que no podía distinguir su cuerpo de la silla en que estaba sentada o del cuerpo de su amante. Su miedo aumentó cuando empezó a pensar que no podía volver a ser ella misma. En el momento de la admisión la paciente se mostró hiperactiva y reía en forma inapropiada. El fluir del habla era ilógico y el efecto lábil. Dos días después la reacción había cesado. No obstante la enferma todavía sentía miedo de la droga y se mostró decidida a no tomarla de nuevo a causa de su experiencia aterradora.

El tratamiento consiste en no dar al enfermo el agente alucinatorio y en administrar una fenotiazina.

En años recientes se han publicado informes de niños y adolescentes que "aspiran" los gases que emiten la gasolina o diversas sustancias volátiles que contienen hidrocarburos aromáticos; su objetivo es experimentar euforia, fantasía, eróticas y una sensación general de intoxicación. Todavía es incompleto lo que se conoce acerca de las acciones biológicas de las sustancias volátiles que constituyen estimulantes que producen euforia y alucinaciones.(6)

(6) Cfr. Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna  
(La prensa médica Mexicana: México, 1971)

MARIHUANA

El cáñamo indiano, haschis o marihuana, puede comerse, beberse o fumarse.

Según algunos investigadores, el principio activo de la marihuana sería una resina o un aceite, cuya farmacología se conoce muy poco.

Los síntomas de la intoxicación, en las formas leves, fueron descritos por Allentuck y Bowman en los siguientes términos:

"Después de una media hora de la ingestión de marihuana, las conjuntivas se ponen coloradas, las pupilas se dilatan y reaccionan lentamente a la luz; hay fotofobia, lagrimeo y temblores de los párpados y se comprueba nistagmo en la mirada lateral. El examen oftalmoscópico no revela ninguna anomalía y se modifican ligeramente la visión a la distancia, la visión próxima y la visión de los colores. La lengua se pone trémula y seca lo mismo que la boca y la garganta lo que permite deducir que hay disminución de la secreción salival. Hay alteraciones cardiovasculares, consistentes en aumento de la frecuencia del pulso y elevación de la presión sanguínea. En las extremidades se observan temblores, sacudidas musculares, y p hiperreflexia, aumento de la sensibilidad táctil y dolorosa. Existe, además, ataxia y disimetría. No todos esos fenómenos se presentan reunidos en cada caso y los que se manifiestan durante alrededor de 12 horas".

Los fenómenos mentales aparecen a las dos o tres horas de la ingestión y casi inmediatamente después de la inhalación de la droga. El sujeto experimenta

..//..

(9)

la sensación de estar "suspendido en las alturas", de "flotar en el aire", de "caer sobre las olas" y vértigo, zumbido de oídos y pesadez de los miembros.

Al comienzo la euforia se manifiesta objetivamente por aumento de la actividad psicomotora y, más adelante subjetivamente por una laxitud agradable y confusa. A las 3 a 6 horas de la ingestión de marihuana domina la sensación de hambre, que se manifiesta sobre todo por el afán de comer cosas dulces, al mismo tiempo que la sensación de fatiga y de sueño. El sujeto puede dormir de una a seis horas y cuando se despierta se siente muy "caído", es decir, ya no se siente "en las alturas". Los fenómenos clínicos pueden durar unas cuantas horas más.

El estado mental habitual comporta hiperactividad, locuacidad y tendencia a la desconfianza. No hay alucinaciones ni ideas delirantes, obsesiones

Los observadores que han empleado dosis mayores y la vía oral como Kant y Kraft, Fraenckel y Joll, han descrito una sintomatología más rica, similar a la de diversos procesos psicopáticos: accesos de excitación que alternan con crisis de angustia y terror, sensación de cambio del medio circundante o de la propia personalidad, distorsión de las formas, exageración de los colores, ilusiones y alucinaciones, trastorno acentuado de la imagen corporal, desorientación en el tiempo y el lugar y diversos fenómenos vasomotores.

En 1932 Beringer distinguió estos tres tipos de trastornos del pensamiento, que habían sido descrito por Moreau de Tours en 1845, con el nombre de "disociación de ideas":

.../...

1. Disociación de la percepción de conjuntos, debido a la disociación del proceso del pensamiento. Falta un punto central de referencia y el sujeto es incapaz de unir las partes constitutivas de un todo. Una escena de la calle, por ejemplo, se descompone en sus elementos individuales: un vehículo, gente, un soldado, un policía, etc.
2. Perturbación de la memoria de fijación, por la que todo lo que se experimenta se olvida inmediatamente. Hay, además, perplejidad e inmovilidad.
3. Frecuentes y súbitas interrupciones del curso del pensamiento, cuyos lapsos duran solamente unos segundos. Estas interrupciones duran algo más que las ausencias del epiléptico y que el bloqueo del pensamiento del esquizofrénico.

Beringer comprobó también diversas anomalías motoras, como los estados hipercinéticos e hipocinéticos, sacudidas y contracciones musculares de los miembros, que el paciente describe como muy desagradables.

Los trastornos metabólicos comprobados son: alteración del metabolismo del agua, por aumento de la excreción de cloruro de sodio, debido al efecto diurético de las drogas; alteración del metabolismo del ácido láctico, cuya concentración en la sangre disminuye a pesar de la hipercinencia, e hipoglucemia, que explica el hambre excesiva que suele observarse.

Según algunos observadores, la marihuana actúa como estimulante sexual, efecto sin duda muy discutible.

La observación clínica indica que el uso continuado de la droga no aumenta la tolerancia y que a menudo no se torna necesario el aumento de la dosis para lograr los mismos efectos, lo que equivale a decir que la marihuana no pro-

71

duce siempre un verdadero estado de dependencia.

En los casos en que se manifiestan, el síndrome de abstinencia no es intenso y se traduce por insomnio e irritabilidad.

En general, los adictos a la droga son individuos de voluntad débil o de personalidad psicopática. (7)

LA PSIQUIATRIA Y LA LEY

Tanto la psiquiatría como la ley tienen que ver con la conducta humana, la primera en un grado mayor, la segunda en un aspecto menos extenso pero igualmente importante; la psiquiatría intenta determinar las fuerzas que dan como resultado las desviaciones en la conducta y busca la forma de redirigir dichas fuerzas para producir una mayor serenidad intrapersonal y propósitos más constructivos y aceptables desde el punto de vista social.

La ley maneja principalmente el control social de la conducta. Ambas disciplinas tienen que ver con dos aspectos bastante diferente de la conducta, pero tienen muchos puntos de contactos, y no sorprende que en ocasiones existan entre ellas diferencias de énfasis y de opinión, puesto que enfocan los problemas de la conducta desde el punto de vista disímiles .

(7) Ciafardo Roberto: Psicopatología Forense: (El Ateneo: Buenos Aires, 1972)

CAPITULO 3

PERSPECTIVA HISTORICO-LEGISLATIVA EN COLOMBIA

Al parecer es posible encontrar testimonios en todas las culturas y en todas las épocas que demuestran que el hombre ha empleado siempre algunas drogas con propósitos no terapéuticos (vid. Blum et. al; 1969).

Hay, así, quienes señalan la existencia de tratados farmacológicos escritos tres mil años antes de cristo, en China, en los que ya se describen a la cannabis y a sus efectos (vic. Taylor, 1966).

Con relación a esta y otras drogas, como el opio, puede hacerse otro tanto con relación a la India, Egipto y la Antigua Grecia (vic. Robinsonn, 1946; Blum, 1974, b). Los Persas, los Arabes y los romanos, no la desconocieron tampoco (Taylor, op. cit.).

Los antiguos indigenas y la colonia no constituyen una excepción a esta regla. Los misioneros y cronistas que estudiaron las costumbres indigenas, nos dejaron numerosas descripciones de las drogas que se empleaban y los efectos que provocaban -y algunos de sus relatos coinciden en todo con las observaciones de la moderna farmacología.

Al decir de los misioneros españoles que estudiaron las costumbres indigenas en el siglo XVI, los antiguos mexicanos consumían con relativa frecuencia drogas que poseían efectos psicotrópicos.

Es muy probable, no obstante, que el uso de muchas de ellas -como los hongos alucinógenos y el peyote-, estuviera res-  
.../...

triangulo a propósitos religiosos, ya que casi todos los autores señalan que sólo las consumían adultos y sacerdotes en ciertas ceremonias rituales.

En apoyo de esta tesis ha de señalarse que el padre Las Casas, al dar cuenta de las leyes que regían la vida de los indigenas en su historia apologetica de las Indias, señala que castigaban con la muerte la hechicería que como aclara gran número de textos de la época, que según se creía permiten adivinar el futuro, comprendía fundamentalmente el uso de drogas "adivinatorias". Así las Casas dice: "... estas (leyes) que siguen son las tenidas por auténticas y verdaderas; con ellas se prohíben y castiga cuatro crímenes: el primero la hechicería; el segundo el robo y el asalto a los viajeros; el tercero las ofensas sexuales y el tercero (cuarto) la guerra" (Ed. 1909, p. 536)..

Es un hecho, no obstante, que casi todos los cronistas del XVI y aún del XVII registran con especial detalle que los indigenas empleaban frecuentemente "yerbas que producen embriaguez, locura y la pérdida de los sentidos", y esto a tal grado que no puede evitarse la impresión de que, a los ojos de los españoles, los antiguos indigenas no hacían otra cosa. Una razón basta para aclarar el problema: "antes del descubrimiento de América no había drogas alucinatorias en España y el opio no fue introducido en la medicina europea sino más tarde", hecho que explica el asombro de los misioneros y conquistadores, ya que se trataba de sucesos del todo fuera de su experiencia.

El autor se refiere a varias yerbas y en relación a ellas nos dice: "... y declaro más todavía que cuando alguna de estas yerbas que he mencionado, o cualquier otra que pudiera existir similar en virtudes, es tomada por la boca o se hace uso de ella, la yerba produce a causa de sus  
..//..

propiedades y de manera natural, tres cosas en el cuerpo humano, y que todo lo demás es trabajo e ilusión provocados por el diablo". Después de aclararnos que las yerbas en cuestión provocaban un gran calor en el estómago y en el cerebro, excitando sus humores y siendo, así, la causa de sueños, pesadillas y combulsiones, pasa a informarnos que es "... aquella única cosa que estas yerbas o raíces nos podrían hacer si no tuvieran comunicación y pacto con el diablo... (y es) en primer lugar que el diablo aparezca a la llamada del malvado que lo conjura, (ya que) esto es algo que la yerba no puede hacer solo por sus propiedades..."

Muchas son las plantas con propiedades psicotrópicas que empleaban los indígenas. Fray Bernardino de Sahagún cita una docena y Francisco Hernández -autor de la fuente que contiene más información en esta área- menciona casi sesenta a lo largo de su obra, incluso arañas cuya picadura hace perder la razón, como la "laualaua", o piedras, como las "mazame", que curan los ataques epilépticos y que provocan el sueño.

Gran número de las yerbas y vegetales descritos por Hernández no son del todo identificables hoy en día, pero puede afirmarse con toda certeza que entre ellas no se encontraban ni la marihuana (*cannabis sativa*) ni la amapola (*papaver somniferum*), ambas originarias del Asia menor.

**HONGOS ALUCINOGENOS.** De las numerosas especies de hongos que crecían en la Nueva España, Francisco Hernández nos informa que algunos "son llamados citlalnacame y son mortales; y hay otros llamados teihuintli que no causan la muerte a quien los come, pero le producen una locura temporal que se manifiesta en risas immoderadas".

Sahagún, por su parte, nos dice: "hay unos honguillos en esta

../..



tierra que se llaman teonanácatl (que) se crían debajo del heno en los campos o páramos; son redondos, y tienen el pie altillo y delgado y redondo. Comidos son de mal sabor, dañan la garganta y emborrachan. Son medicinales contra las calenturas y la gota; hánse de comer dos o tres, no más, (y) los que los comen ven visiones y sienten bascas en el corazón; a los que comen muchos de ellos provocan a la lujuria, y aunque sean pocos".

Además de las citadas tal vez tenga interés recordar dos más, ambas mencionadas y descritas por Hernández, el toloatzin -hoy "toloache"-, y la coca peruana que, al parecer ya se consumía en nuestro país a fines del siglo XVI. Del primero, al que "michoacanenses llaman esqua y los colombianos toloatzin", nos dice que, "después de haber tenido fiesta todo el día y purificado sus casas, los indios comen la fruta para encontrar lo que se ha perdido o robado, y ve un retrato del ladrón, aunque estén encerrados en sus casas".

De la coca, por último, Hernández nos informa que "extinguen la sed, nutre extraordinariamente el cuerpo, calma el hambre donde no hay abundancia de comida o bebida, y quita la fatiga en los viajes largos". Mezclada con tabaco, la usan "para sus placeres cuando quedan en sus casas y aldeas, para provocar el sueño o intoxicarse y obtener el olvido de todas sus penalidades y cuidados".

**EL ALCOHOL Y LAS DROGAS EN LA NUEVA COLOMBIA.** La conquista, ciertamente, alteró el sentido de la vida, pero no bastó para romper por completo todos los hábitos cotidianos.

Quizá, a lo más, apregó una nueva desesperanza al fatalismo indígena. Así por ejemplo Rodrigo Ponce de León comentó en 1579, no sin sorpresa que muchos indígenas decían:

.../...

"deseo morir porque me duele el corazón, y se dejan morir; y otros, hombres y mujeres se ahorcan a sí mismo sin ninguna razón".

Es posible que esta desesperanza haya aumentado las incidencias en el consumo indígena de psicotrópicos, así como sin duda contribuyó a incrementar el alcoholismo.

La existencia del alcoholismo entre los pueblos precolumbianos ha sido negada por todos los autores de importancia, si bien el conquistador anónimo (1520), Castañeda (2565) y otros señalan que el octli o pulque era usado con gran frecuencia en el área que rodea a Colombia. El problema de si tenían este hábito antes de la llegada de los españoles, permanece sin respuesta, ya que si por una parte Motolinía (1541), López de Gómara (1552), Juan Ruiz de Alarcón (1629) y aún el padre Clavijero (1779) señalan que la embriaguez era un vicio muy difundido entre nuestros indígenas, el más cuidadoso investigador del siglo XVI, Fray Bernardino de Sahagún, señala que era una práctica que se castigaba con la muerte y que, en todo caso, sólo se le toleraba a los ancianos.

Mas tal vez sea importante escuchar al propio Sahagún: "... y nadie bebía vino, mas solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si parecía un mancebo borracho publicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando o estaba acompañado con los otros borrachos, este tal, si era macegual delante todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era noble el que se emborrachaba dábale garrote secretamente".

.../...

Es muy probable, como apunta Guerra, que la extraordinaria frecuencia con que nos reportan casos de alcoholismo entre los indígenas que vivían en la Colonia se deba a que la Conquista rompió el sistema jurídico indígena y no lo sustituyó por otro sino muy tardíamente, cuando el propio gobierno español había entrado en una etapa de estupor y desinterés, del todo distinta a su entusiasmo de la primera mitad del siglo XVI, y cuando ya la costumbre había tomado arraigo entre la población indígena.

En el año 1616, sin embargo el Tribunal de la Santa Inquisición dictó una resolución que castigaba con la hoguera a quienes emplearan plantas con efectos psicotrópicos. El propósito fundamental de la disposición no era cuidar la salud de la población, sino combatir la herejía: "Nos, los Inquisidores, en contra de la perversidad herética y la apostasía declaramos... que mucha gente... toma ciertas bebidas hechas de hierbas y raíces con las que pierden y confunden sus sentidos, a tal grado que las ilusiones y representaciones fantásticas que producen las juzgan y proclaman después como revelación, noticia cierta de las cosas que vendrán..."

Es posible, por otra parte, que el verdadero motivo no fuese tampoco el conservar la fuerza de la fe, sino el hecho, advertido en otros términos por numerosos sacerdotes, que los indígenas no se prestaban tan dócilmente a la encomienda mientras no habían sido evangelizados. El uso del peyote, a juicio de muchos de ellos, era un serio obstáculo para la catuquización, ya que seguían creyendo en sus "antiguos demonios".

EN la época que comprende los tres últimos cuartos del siglo XIX y el primero de este siglo, la drogadicción o toxicomanía no llegó jamás a adquirir caracteres graves.

..//..

78

El consumo de drogas, si se exceptúan las zonas en que los indígenas conservaron sus costumbres precolombinas, se restringía al láudano y algunos otros medicamentos preparados con opio o sus derivados.

Al juzgar los testimonios de la época, el lector moderno no puede menos que sorprenderse al advertir la poca importancia que se le otorgaba a la opiomanía - como llega a llamarla algún texto de fines del siglo XIX. Los juicios más severos la calificaban de inmoral, y la consideraban en todo similar al "vicio" de bailar, ir al teatro o fumar tabaco. Sólo algunos moralistas llegaron a decir que era tan grave como el juego o la promiscuidad sexual.

El hecho es que en nuestro país, como en el resto del mundo, a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX, los médicos recetaban opiáceos directamente a los pacientes y las farmacias los vendían sin exigir siquiera receta médica. En Estados Unidos, por ejemplo se cultivan legalmente la amapola (vid. Brecher, 1972, p.3) y los trabajadores fabriles de Inglaterra usaban láudano para tranquilizar a sus bebés (vid. Dodd, en Thompson, 1966 p. 323).

En más de un sentido el uso que de él se hacía era similar al que hoy se hace del café, con el que a menudo se le compara: "El opio no excita la inteligencia de la misma manera que el café -se nos informa en una enciclopedia de principios de siglo-, ya que mientras el café da cierta verbosidad y comunica al semblante algo de nervioso y espasmódico, bajo el influjo del opio puede verse cierto paralelismo entre la excitación del juicio y la memoria, siendo más fluidas, abundantes y fáciles las creaciones fantásticas de la

..//..

imaginación, que se expresan con notable propiedad en los términos" (Diccionario Enciclopédico Hispano Americano, t. XV, p. 236).

El láudano -una preparación que conforme a la farmacopea española, contenía opio, azafrán, canela clavo y vino blanco- era un medicamento empleado sobre todo por mujeres, ya que las aliviaba de las molestias de la menstruación o de la menopausia. Así, por ejemplo, un estudio efectuado en Chicago en 1880, señala que por cada tres mujeres había sólo un hombre que consumía láudano de manera habitual (vid Earle, cit. en Terry y Pellens, 1928, p. 470).

Nuestro sistema constitucional, preocupado por la creación de un nuevo orden político, y en coincidencia con las actitudes que se tenía en la época hacia las drogas, no se ocupó en señalar medidas para su control.

En la Colombia contemporánea existe una gran preocupación por una legislación científica y coherente. En desarrollo de esta necesidad se aprobó la ley 17 de 1973 y se expidió el Estatuto Nacional de Estupefacientes, Decreto - Ley 1183 de 1974, y el Decreto 701 de 1976 que reglamenta la "dosis personal". Pero todavía nos falta mucho. Día tras día se aumenta el número de los drogadictos y narcotraficantes, de acuerdo a los últimos estudios.

.../..

## CAPITULO IV

LOS TRATADOS INTERNACIONALES

La constitución Política es, en Colombia, base y punto de referencia en todo el sistema jurídico. En ella se origina la legalidad y la validez de todas nuestras reglas de derecho, hayan sido resultado de la actividad legislativa de congreso o fruto de la experiencia internacional.

Para analizar el sistema de derecho vigente en nuestro país sobre la toxicomanía es necesario, en consecuencia tener en cuenta el marco constitucional que lo constituye.

Por otra parte, con forme a nuestra ley fundamental, los tratados y convenciones internacionales que en Colombia celebre forman parte también del orden jurídico constitucional.

En el orden jurídico internacional los tratados internacionales no cumplen una función secundaria o meramente supletoria: muy a menudo se traducen en disposiciones concretas en nuestros códigos.

No deja de ser irónico que el primer tratado internacional sobre la materia en el que intervino un país occidental hay alentado y sancionado el tráfico de narcóticos. Al término de la llamada "Guerra del Opio", en 1858, Inglaterra exigió de China, a través del tratado de Tientsin, que legalizara el tráfico del opio.

De entonces a la fecha ha tenido lugar un cambio radical en la concepción internacional del problema: todos los países del mundo civilizado coinciden en la necesidad de unir sus fuerzas para terminar con el narcotráfico y con la toxicomanía. La primera conferencia internacional sobre el particular se reunió en Shanghai

..//..

81

en el año de 1909 y, tres años más tarde, fue seguida por otra celebración en La Haya que culminó con la Convención Internacional del Opio de 1912.

A partir de ese año, con excepción de aquellos en los que las guerras mundiales interrumpieron el trato pacífico entre las naciones, las reuniones y conferencias sobre el tratado de estupefacientes y otras drogas peligrosas se sucedieron con alguna regularidad, promovidas primero por el interés de algunos países; luego bajo el patrocinio de la Sociedad de las Naciones y, a partir de 1945, bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas.

De manera paralela varios organismos, dependientes siempre de un cuerpo internacional, empezaron a ejercer cierto control sobre el tráfico de drogas. Así la Comisión Consultiva del Opio y otras Drogas Nocivas que formó la Sociedad de las Naciones; La Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que constituyó en sus funciones a la primera en 1946; y el Comité Central Permanente de Estupefacientes y el Órgano de Fiscalización de Estupefacientes, a los que reemplazó la Junta internacional de Fiscalización de Estupefacientes del 2 de marzo de 1968.

En las seis décadas que transcurren entre 1912 y 1972 se promueven nueve tratados multilaterales de importancia. Nuestro país participa en todos ellos y, con excepción del protocolo de Nueva York de 1953 aprueba y ratifica los demás, dos de ellos con reservas.

De todos estos instrumentos el más relevante, sin duda alguna es la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes cuya acta final fue firmada en Nueva York el 30 de marzo de ese año y que constituyó a las convenciones anteriores.

../. ..

Tendencia común a todos estos instrumentos internacionales es limitar la producción y la existencia de opiáceos y otras drogas, a fin de que una y otra coincidan estrechamente con las necesidades mundiales.. Así la Convención Internacional del Opio celebrada en La Haya el 22 de enero de 1912, obligaban a los países contratantes a limitar a ciertos puertos y ciudades la exportación e importación del opio crudo (Art. 1) y señalaba, con relación a esta misma sustancia, medidas para impedir o controlar la exportación del opio hacia los países que prohibieran o limitaran su introducción (Art.2). En cuanto al opio preparado se prohibía por completo su exportación e importación (Art.6) y se apuntaba la necesidad de suprimir su fabricación e impedir su comercio interno (Art.5).

Este tratado se refería también al opio medicinal, a la morfina, a la cocaína y a la heroína. Las naciones participantes adquirirían la obligación de limitar su fabricación, venta y empleo y establecer controles administrativos que asegurasen que se las dedicasen sólo a usos medicinales legítimos (Art.8) A la vez debían establecer rígidos controles para vigilar a quienes autorizaban a fabricarlas, venderlas, distribuirlas, importarlas o exportarlas (Art.9) Además de prohibirse su comercio y posesión a las personas no expresamente autorizadas (Art.10). la Convención sugería también que los estados contratantes promulgasen leyes que hicieran punible la posesión ilegal de estupefacientes (Art. 19), y adelantaba la necesidad de contar con estadísticas sobre las cantidades que cada país producía o exportaba anualmente (Art.20).

../. ..



Tendencia común a todos estos instrumentos internacionales es limitar la producción y la existencia de opiáceos y otras drogas, a fin de que una y otra coincidan estrechamente con las necesidades mundiales. Así la Convención Internacional del Opio celebrada en La Haya el 22 de enero de 1912, obligaban a los países contratantes a limitar a ciertos puertos y ciudades la exportación e importación del opio crudo (Art. 1) y señalaba, con relación a esta misma sustancia, medidas para impedir o controlar la exportación del opio hacia los países que prohibieran o limitaran su introducción (Art. 2). En cuanto al opio preparado se prohibía por completo su exportación e importación (Art. 6) y se apuntaba la necesidad de suprimir su fabricación e impedir su comercio interno (Art. 5).

Este tratado se refería también al opio medicinal, a la morfina, a la cocaína y a la heroína. Las naciones participantes adquirían la obligación de limitar su fabricación, venta y empleo, y establecer controles administrativos que asegurasen que se las dedicasen sólo a usos medicinales legítimos (Art. 8). A la vez debían establecer rígidos controles para vigilar a quienes autorizaban a fabricarlas, venderlas, distribuirlas, importarlas o exportarlas (Art. 9). Además de prohibirse su comercio y posesión a las personas no expresamente autorizadas (Art. 10), la Convención sugería también que los estados contratantes promulgasen leyes que hicieran punible la posesión ilegal de estupefacientes (Art. 19), y adelantaba la necesidad de contar con estadísticas sobre las cantidades que cada país producía o exportaba anualmente (Art. 20).

../. ..

TRATADO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS

	Fecha de firma
Convención Internacional del Opio de 1912 (La Haya)	1912, 16 mayo
Convención de Ginebra de 1931	1931, 13 julio
Convención de Ginebra de 1936	1936, 26 Junio
Protocolo de Lake Success de 1946	1946, 11 Diciembre
Protocolo de Paris de 1948	1948, 19 Noviembre
Protocolo de Nueva York de 1953	1953, 23 Julio
Convención Unica de Estupefacientes de 1961	1961, 24 Julio
Convención de Viena de 1971	1971, 21 febrero
Protocolo de Modificación de 1972	1972, 25 marzo

.. / ..

La Convención para Limitar la Fabricación y reglamentar la Distribución de Drogas, Estupefacientes celebrada también en Ginebra, Suiza, y que fuera firmada el 13 de julio de 1931, siguió claramente con la misma tendencia. Los países signatarios se obligaban a presentar estadísticas sobre su producción de opio, morfina, heroína, coca y sus derivados, codeína, etilmorfina y sus sales y otras drogas estupefacientes (Art. 1 y ss.), y enviar reportes o "presupuestos" sobre las cantidades anuales que requerían de tales sustancias para satisfacer sus necesidades médicas y científicas (Arts. 2, 3 y 4). El propósito no era meramente contable: las Naciones Convenían en no producir o importar cantidades que excedieran a sus presupuestos anuales (Art. 6) y admitían la vigilancia de un Organó de Control formado con representantes de la Comisión Consultiva del Tráfico del Opio y otras Drogas nocivas de la Sociedad de las Naciones; del Comité central permanente de la misma organización; del Comité de Higiene y de la Oficina Internacional de Higiene Pública (Art. 5). Por otra parte la Convención señalaba que todas las exportaciones e importaciones habrían de realizarse en conformidad con sus disposiciones (Art. 12), y que toda droga que fuese descubierta en posesión de una persona no autorizada para ello, fuese decomisada o destruída o transformada en substancias inocuas (Art. 13).

Las tendencias que orientan a las Convenciones de 1912 y 1931 sirven aún de base a las medidas de control y supervisión internacionales que se aplican hoy en día a la distribución legítima de droga y, en este sentido, son claramente eficaces, aunque sean de utilidad muy restringida ante el tráfico ilícito (Vic. Yngertoll, 1972, p. 540).

Esta debilidad en los programas resultó aparente bien  
 ..//..

pronto y los países interesados intentaron superarla con un nuevo tratado: la Convención para la Represión del Tráfico Ilícito de estupefacientes y Nocivos, fechada el 26 de junio de 1936 en Ginebra, Suiza.

Propósito fundamental de esta Convención era lograr que cada una de las Naciones contratantes promulgase las disposiciones legislativas necesarias para castigar severamente, y en particular por medio de prisión u otras penas privativas de la libertad, "la fabricación, la transformación, la extracción, la preparación, la posesión oferta, ofrecimiento en venta, distribución, venta, compra, cesión a cualquier título, corretaje, envío, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación" de cualquiera de los estupefacientes señalados en los Convenios anteriores (Art. 2).

El Tratado que se comenta señala algunos de los principios a los que ha de señirse la legislación interna de los Estados participantes. Entre otras destacan la que conviene en considerar como infracciones distintas a los delitos que comprendan dos o más países (Art. 4); la que obliga a considerar como casos de reincidencia las condenas que por este motivo hubiere recibido una persona en un país extranjero (Art. 6); la que consignan la posibilidad de secuestrar y decomisar los estupefacientes y las materias e instrumentos destinados a su elaboración (Art. 10) y, por último, la que ordena establecer en cada país una oficina central encargada de supervisar y de coordinar todas las operaciones indispensables para impedir el tráfico ilícito de las sustancias señaladas (Art. 11 y ss.).

La Convención Unica sobre estupefacientes firmada el 30 de marzo de 1954 en la ciudad de Nueva York, recogió y sistematizó las tendencias advertidas en los tres tratados anteriores. Antes de examinarla, sin embargo, es conveniente hacer una breve referencia a otros tres

convenios internacionales.

El primero de estos es el Protocolo de Lake Success del 11 de noviembre de 1946, y que tiene importancia para nosotros porque encarga a las Naciones Unidas de las funciones sobre el control de estupefacientes que antes eran propias de la Sociedad de las Naciones. Este convenio fue el primero en su género y sirvió de modelo para otros instrumentos jurídicos similares.

El Protocolo de París del 19 de noviembre de 1948, por otra parte, fue la respuesta a aquellas sustancias tóxicas de fabricación sintética cuya producción se incremento en grado extremo después de la Segunda Guerra Mundial. Su propósito no fue otro que el de someterlas a régimen de fiscalización internacional establecido por las Convenciones que lo preceden.

El Protocolo para Limitar y Regular el Cultivo de la Amapola y el Uso, Producción, Tráfico Internacionales de Opio firmada el 23 de junio en la ciudad de Nueva York, por último intentó imponer controles más severos a la producción mundial de Opio y sus derivados, a fin de que las cantidades producidas coincidieran realmente con las que se requirieran para propósitos médicos y científicos. El artículo 25 de este Protocolo señalaba que no podían hacerse reservas, lo que impidió que nuestro país lo aprobara y ratificara.

Los años de esfuerzo dedicados a lograr un acuerdo internacional, con él, un control adecuado de la producción y distribución legítima de estupefacientes, culminó con la Convención Unica de 1961. En la actualidad más de 75 países son partes contratantes, y puede afirmarse y a que "las cantidades de drogas narcóticas que se producen hoy legalmente se aproximan a las que exige el legítimo consumo mundial" (Ingersoll, 1972, p. 451).

../...

El preámbulo de la Convención de 1961, que sustituyó a los tratados anteriores advierte que las partes contratantes reconocen, por una parte, "que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin" pero, por la otra, "la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad". Para lograr estos fines, sólo aparentemente contradictorios, la Convención adopta el camino de controles administrativos internacionales que reseñaremos al examinar los convenios de 1962 y 1931 y, a la vez sigue de cerca los principios del tratado de 1936 dedicado a reprimir el tráfico ilícito de estupefacientes nocivos. Entre las numerosas novedades que distinguen a la Convención Unica, y cuyo análisis dejamos al lector, hay una, no obstante, que debe destacarse: el artículo 38 de este instrumento excluye del régimen penal a los toxicómanos, y sugiere que se consideren "especialmente las medidas que pueden adoptarse para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación" de los mismos.

El 24 de marzo de 1972, y como resultado de una conferencia internacional celebrada en Ginebra Suiza, la Convención Unica fue puesta al día mediante un Protocolo de modificación. En este último, que nuestro país no ha aprobado ni ratificado todavía se aumenta de 11 a 13 el número de miembros que componen a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y se amplían, también, sus facultades de control. El documento considera los delitos contra la salud entre los que han de dar lugar a la extradición; sugiere crear centros regionales para el estudio y control de los estupefacientes; adelanta algunas medidas preventivas y advierte que el empleo de los medios de difusión suele conducir a resultados contradictorios.

.../...

A de mencionarse, por último, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas suscrito en Viena, Austria, el 21 de febrero de 1971.

En lo general este Tratado no difiere en su gran medida de los anteriores: es también un instrumento de fiscalización nacional e internacional, y se destaca de ellos es sobre todo por las sustancias que comprende y de las cuales anexa cuatro listas, en la inteligencia que el rigor de las medidas que sugiere disminuyen de la primera a la última. Entre otras menciona a los hongos alucinógenos y el captus del peyote.

.../...

CAPITULO 5

EL DERECHO VIGENTE EN COLOMBIA: LA "DOSIS PERSONAL"

1. EL DEBATE SOBRE LAS DROGAS Y EL DECRETO-LEY 1188 DE 1974 (Estatuto Nacional de Estupefacientes)

De acuerdo a las encuestas del Ministerio de Salud (1973-1974), el problema de las drogas en Colombia si no es gravísimo, es, por lo menos alarmante. Por eso, en desarrollo de la ley 17 de 1973, fue expedido el decreto-ley 1188 del 25 de junio de 1974, o sea, el Estatuto Nacional de Estupefacientes. En ese estatuto se castiga con pena de presidio, de 3 a 12 años, y con multa de 5 mil a 500 mil pesos, al que introduzca al país o saque de él, o transporte o lleve consigo, almacene, conserve, elabore, venda, ofresca, adquiriera o suministre a cualquier título marihuana, cocaína, morfina, heroína, o cualquiera otra droga que produzca dependencia psíquica o física". Igualmente se establece una pena de arresto de un mes a dos años, y multa de 200 a 1.000 pesos, "si la cantidad de la droga que la persona lleva consigo corresponde solo a una "dosis personal".

De tal manera que, en una u en otra forma, toda actividad relacionada con el tráfico y el consumo de drogas esta sancionada en precisos términos legales.

El nuevo Decreto (701 de 1976) se ha limitado a establecer las bases para determinar la referida "dosis personal" a fin de eliminar las dificultades técnicas para precisarla, y hacer más viable la aplicación de las sanciones previstas. La "dosis personal" deberá constar en receta médica o certificación juramentada del médico tratante y los jueces y la Policía Judicial



deberá aportar informes detallados sobre la cantidad de la droga decomisada y las circunstancias del decomiso, así como antecedentes personales de quien sea sorprendido con la droga. Pero ello no excluye a nadie de la sanción prevista, sino que lo ubica en términos precisos para aplicársela.

El Decreto 1188 de 1974 mediante el cual se expidió el Estatuto Nacional de Estupefacientes, señala en el inciso de su Artículo 38 que "si la cantidad de drogas o sustancias (estupefacientes) que el sujeto lleva consigo corresponde a una dosis personal, se impondrá arresto de un mes a dos años y multa de 200 a 1.000 pesos"; y el artículo siguiente agrega que "la determinación de la dosis personal a que hace referencia el inciso 2º del artículo anterior, deberá hacerse por peritación medicolegal, teniendo en cuenta la calidad y cantidad de las sustancias y la historia y situación clínica del sindicado".

De conformidad con las noramas legales actualmente vigentes sobre esta materia está, pues, sancionado no sólo el comercio sino la mera posesión de estupefacientes, con penas que van de 3 a 12 años de presidio y multa que fluctúa entre 5.000 y 500.000 pesos; lo que ocurre es que si la cantidad que alguien lleva consigo constituye una dosis personal, entonces estas sanciones se disminuye en la proporción indicada por el inciso 2º del artículo 38, cuya transcripción hicimos en el párrafo anterior.

Ahora bien, la fijación de la dosis personal debe hacerse en cada caso mediante peritación que ordinariamente es realizada en el Instituto de Medicina Legal, teniendo en cuenta -como lo señala el artículo 39 del Estatuto- la cantidad y la calidad de la sustancia decomisada y las

..//..

condiciones personales de quien la aportaba. Esta determinación legal se tomó ante las tremendas dificultades para precisar por vía general lo que debe entenderse por dosis personal. En efecto, aunque por tal se considere la cantidad mínima de droga que de una sola vez pueda ingerir una persona sin peligro inmediato para su salud, esa cantidad varía según que se trate de marihuana, cocaína, morfina, heroína o LSD; porque el grado de toxicidad de cada una de estas sustancias es diferente; pero respecto de una misma droga también varía la cantidad de acuerdo con la calidad del producto o con el grado de la mezcla que lo compone. Existen, por ejemplo, muchas especies de plantas de marihuana cuyo principio activo (el tetra-hidro- canabinol) no tienen todas ellas el mismo poder tóxico; por otra parte, la cocaína se consume siempre mezclada con otras sustancias, como la xilocaína o el bicarbonato, en cuyo caso su poder tóxico depende de la mayor o menor cantidad de cocaína pura que contenga. También debe tenerse en cuenta que un adicto tolera una dosis mayor que quien por primera vez ingiere estupefaciente.

Pese a estas consideraciones que son indiscutibles en el primer plano científico, la práctica judicial ha tropezado con el inconveniente de que la relatividad del concepto de dosis personal lleva a una profunda heterogeneidad de soluciones frente a los casos que se le plantean a los peritos médicos-legales.

Ante esa situación se ha pensado en fijar legalmente la cantidad de droga que debe entenderse como dosis personal, con el objeto de uniformar el criterio jurídico. Lo que pasa es que no se ha podido llegar a un acuerdo sobre este punto en las esferas oficiales. En efecto, el Instituto de Medicina Legal es partidario de

..//..

señalar un máximo de 1.500 miligramos (uno y medio gramo) para la marihuana, a tiempo que la Procuraduría piensa que este tope puede llegar a tres gramos y el Ministerio de Salud sugiere la cantidad de 28 gramos; nótese la diferencia tan grande que existe entre estas tres respetables Entidades del estado (todas ellas empeñadas por igual en luchar contra el flajelo de la droga) sobre este solo punto.

Eso mismo está demostrando la dificultad de hayar por esta vía una adecuada solución al problemas de la dosis personal; y si esto ha ocurrido con relación a la marihuana, la cuestión se complica aún más respecto de la cocaína y de los demás estupefacientes.

Pero lo que interesa por ahora aclarar es que al fijar legalmente la cantidad que ha de entenderse por dosis personal, no se está legalizando el porte o el uso de la marihuana ni de ninguna otra sustancia similar, comportamiento que continuará siendo delictivo sino tratando de facilitar la aplicación de las normas que disminuye la pena prevista para quien porte estupefacientes en cantidad que sea considerada como dosis personal.

Es muy importante hacer notar que el Estatuto Nacional de Estupefacientes no sólo trata de delitos, contravenciones y penas. Los capítulos II, III y IV prevén medidas que van desde la propaganda hablada y escrita contra alcohol, tabaco y fármacos en general, hasta el control del expendio de psotropos y tranquilizantes. Asimismo el capítulo VI ("De las Contravenciones") se refiere a las penas en que incurre quienes incumplan las medidas de prevención primarias, capítulo VIII ("Tratamiento y rehabilitación"). El Ministerio de Salud Pública incluirá entre sus programas la

..//..

prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmaco-dependiente. Si estas tareas no se cumplen culpa sería de los Ministerios de Comunicaciones, Educación y Salud, a los que les están adscritas en el código. A propósito ¿ Por qué el Ministerio de Salud se ha limitado a auxiliar instituciones que se ocupan de fármacodependientes, en vez de crear unas cuantas con dotación y recursos adecuados? (8)

2. LA "DOSIS PERSONAL"

La ley colombiana establece penas para el portador de maruhana, cocaína, morfina o heroína, así como otros narcóticos, para sus usuarios o para los comerciantes o traficantes.

Para quien sea sorprendido con una dosis personal, esto es, para quien no sea traficante, establece una pena de arresto de un mes a dos años. Para quien sea industrial o traficante, o comerciante, esa pena es de tres a doce años de presidio.

Falta que se fije la dosis personal máxima de las otras drogas sin que ello signifique en ningún momento que los eventuales portadores queden excentos de la pena respectiva señalada por la ley colombiana.

98) Cfr. Estatuto Nacional de Estupefacientes, Decreto - Ley 1188 del 25 de junio de 1974 - Ley 17 de 1973

El gobierno nacional expidió el Decreto # 701 del 9 de abril de 1976 mediante el cual reglamentó la llamada "dosis personal" para el consumo de marihuana.

Con esta medida el gobierno podrá ejercer en adelante un mayor control sobre los delincuentes que se dedican al tráfico de marihuana.

La "dosis personal" de acuerdo con el Decreto que lleva la firma del Presidente Alfonso López Michelsen, se tendrá conforme a la siguiente tabla:

Marihuana, hierba: hasta 28 gramos.

Marihuana, hachís: hasta 10 gramos.

La decisión del Gobierno se produjo en momentos en que algunas organizaciones médicas y científicas, de educadores, de trabajadores y de religiosos han reafirmado sus críticas y oposición a la llamada "dosis personal".

Mientras tanto, el Consejo Nacional de Estupefacientes realiza estudios para recomendar al gobierno la cantidad que debe entenderse también como "dosis personal" de cocaína, heroína, morfina y otras drogas que producen dependencia física y psíquica.

Según la norma, los jueces y la Policía Judicial cuando ordenen la prueba técnica para determinar si una sustancia decomisada constituye dosis personal acompañarán a su orden la información acerca de la cantidad de la sustancia y de la circunstancias de su decomiso y, de ser posible, los antecedentes personales o clínicos de quien fue sorprendido

../. ..

llevando consigo la droga materia de la investigación".

Luego señala que "la dosis personal de quien está bajo tratamiento con droga que produzca dependencia física o psíquica, corresponderá a la dosis terapéutica que se registra en la respectiva receta del paciente o que sea certificada bajo juramento por el correspondiente médico tratante".

También establece el Decreto que la dosis personal de quien padezca dependencia se deducirá por la información personal y del resultado de los correspondientes exámenes clínicos. Al divulgar el gobierno el decreto sobre reglamentación de "dosis personal", el Ministerio de Justicia hizo la siguiente explicación:

"El Decreto 1188 de 1974, en su capítulo V, castiga al que introduzca al país o saque de él, o transporte o lleve consigo, almacene, conserve, elabore, venda, ofrezca, adquiera o suministre a cualquier título marihuana, cocaína, morfina, heroína o cualquier otra droga que produzca dependencia física y psíquica, con presidio de tres a doce años y multa de 5 mil a 500 mil pesos".

Si la cantidad de la droga que la persona lleva consigo corresponde solo a una "dosis personal", la pena será de arresto de un mes a dos años y multa de 200 pesos a un mil pesos".

"La dosis personal se determina con peritación médico-legal, teniendo en cuenta la cantidad y cuantía de la sustancia y la historia y la situación clínica del sindicado".

.../..

El ministerio de Justicia reveló que en adelante, a falta de los otros criterios sobre dosificación, a quien se sorprenda con marihuana en cantidad igual o menor de 28 gramos, a 10 gramos de hachis, podrá ser penado con arresto de un mes a dos años y multa de 200 pesos a un mil pesos, y a quien se sorprenda con cantidad mayores podrá castigarse con presidio de tres a doce años y multa de 5 mil a 500 mil pesos.

Según lo anterior, las autoridades continuarán castigando a los consumidores de marihuana, así sólo utilicen la cantidad fijada por decreto como "dosis personal".

Un portavoz del Ministerio de Justicia dijo que "no se trata de legalizar la marihuana en Colombia, sino de reglamentar la "dosis personal".

El informante agregó que con el estudio que se realiza actualmente para determinar la "dosis personal", en lo que respecta a cocaína, heroína, morfina y otras drogas, en un futuro será más sencilla la distinción entre un traficante o productor, de una parte, y el simple usuario, de la otra.

EL DECRETO. El decreto del Gobierno sobre reglamentación de la "dosis personal" de marihuana, es el siguiente:

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el ordinal 3° del artículo 120 de la Constitución Nacional, oído el parecer del Consejo Nacional de estupefacentes y CONSIDERANDO: Que en desarrollo de la Ley 17 de 1973, el gobierno expidió el Decreto Ley  
..//..

113 de 1974 en el cual se consagran varias conductas delictivas en relación con estupefacientes;

Que entre tales figuras es necesario diferenciar las que tipifican la elaboración y el comercio de sustancias que producen dependencia física y psíquica y aquellas que se limitan al simple porte de pequeñas cantidades para el consumo personal.

Que este último fenómeno procesar, tiene previstas consecuencias especiales y por tanto, reclama un tratamiento preciso y adecuado en el campo probatorio, lo que en la práctica suscita algunas dificultades técnicas.

DECRETA:

Artículo 1º - Los Jueces y la Policía Judicial cuando ordenen la prueba técnica para probar si una sustancia decomisada constituyen dosis personal acompañarán a su orden la información acerca de la cantidad de la sustancia y de las circunstancias de su decomiso, y de ser posible, los antecedentes personales o clínicos de quien fue sorprendido llevando consigo la droga materia de la investigación.

Artículo 2º - La dosis personal de quien está bajo tratamiento con droga que produzca dependencia física o psíquica, corresponderá a la dosis terapéutica que se registre en la respectiva receta médica del paciente o que sea certificada bajo juramento por el correspondiente médico tratante.

Artículo 3º - La dosis personal de quien padezca dependencia física o psíquica se deducirá por la información procesal y del resultado de los correspondientes exámenes clínicos. .../...



Artículo 4° -Siempre que no se demuestre que se trata de una dosis terapéutica o que sea imposible determinar mediante los criterios científicos anotados, la dosis personal del sujeto se tendrá conforme a la siguiente tabla:

Marihuana hierba, hasta 28 gramos.

Marihuana hachis, hasta 10 gramos

Artículo 5° -El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

3. LAS REACCIONES SOCIALES AL ESTABLECIMIENTO DE LA "DOSIS PERSONAL"

Sobre la dosis personal "voceros de diferentes organizaciones y entidades expresaron severas críticas y coincidieron en afirmar que se trata de una medida que contribuirá a incrementar el tráfico y consumo de estupefacientes.

Los informantes señalaron que el Decreto está lleno de contradicciones, "lo cual aumentará la confusión entre los colombianos", sobre lo que ha resuelto el Gobierno Nacional en relación con un asunto de tanta trascendencia".

El Gobierno defendió la norma y reiteró que con ella se busca distinguir, en la forma más sencilla posible, entre el traficante o productor, de una parte, y el simple usuario, de la otra.

El hecho de que una persona sea sorprendida con 28 gramos o menos de esa cantidad -que es lo que se considera, según el Decreto 701, la dosis personal- no quiere decir que esté exenta de castigo.

../..

Todo el que sea sorprendido fumando o portando el equivalente a la llamada "dosis personal" de marihuana, podrá ser penado con arresto de un mes a dos años y con multa de 200 pesos a un mil pesos.

A quien se sorprenda con una cantidad superior a la dosis considerada como "dosis personal" o sea con más de 28 gramos de hierba, se podrá castigar con presidio de 3 a 12 años y con multa que va de 5 mil pesos a medio millón, puntualizó el informante oficial.

En lo que respecta a la marihuana hachis, la "dosis personal" fue fijada por el Gobierno en 10 gramos.

También su porte o consumo acarreará sanciones.

El Decreto 701 establece que la dosis personal de quien está bajo tratamiento con droga que produzca dependencia física o psíquica, corresponderá a la dosis terapéutica que se registre en la respectiva receta médica del paciente o que sea certificada bajo juramento por el correspondiente médico tratante.

Para estas personas no está contemplada ninguna sanción.

El médico Guillermo Uribe Cualla, considerado como uno de los más destacados toxicólogos de Colombia, censuró al Gobierno por la expedición del Decreto que fijó la cuota o dosis personal de marihuana.

"En primer lugar dijo Uribe Cualla, se le ha dado a la marihuana categoría de medicamento; eso es absurdo y a nadie se le ha ocurrido eso nunca. "El Decreto está lleno de contradicciones, parece más bien un

..//..

rompecabezas; el mismo gobierno ha planteado una situación de extrema gravedad".

Uribe Cualla advirtió el peligro que representa para la juventud la controversia y dijo que el gobierno tomó la decisión sin consultar a organismos científicos que debe escuchar como lo es la Academia Nacional de Medicina.

Otros toxicólogos también expresaron su desacuerdo con la decisión gubernamental y se quejaron porque en el organismo que hizo las recomendaciones sobre la materia "El Consejo Nacional de Estupefacientes" sólo está formado por funcionarios de policía.

Por su parte, la Confederación Nacional de Centros Docentes (CONACED), entidad que agrupa a los colegios privados y religiosos, rechazó también el decreto del gobierno sobre la "dosis personal" de marihuana.

El Presidente de esa entidad Sacerdote Rodrigo Díaz dijo al respecto:

Desde 1960, CONACED ha estado preocupada por la problemática de la droga en nuestro medio educativo y familiar. Los educadores, siempre hemos considerado que cualquier permisión en el uso de la droga acarreará enormes perjuicios, tanto para el individuo como para la sociedad. La medida que el gobierno ha decretado quebranta principios fundamentales de ética pública por cuanto el abrir una compuerta, así se llame "dosis personal" es provocar la inesperienza, la curiosidad y la natural inclinación a la aventura que hay en la juventud.

..//..

"La dosis personal -agregó el padre Díaz- sembrará la destrucción en la juventud y en los adolescentes, los cuales se sentirán fascinados por la facilidad de cómo pueden consumir mínimas dosis en forma permanente. Por otra parte, la dependencia física y psíquica que produce la droga hará de nuestra juventud un sector de la sociedad esclava de disposiciones que no reflejan ninguna experiencia pedagógica, sino muy al contrario, interés de otra índole".

Para el Presidente de Asmedas (Asociación Médica Sindical Colombiana), Eduardo Arévalo Burgos, el problema colombiano es el tráfico de estupefacientes y no el consumo interno o de sus habitantes.

Expresó, sin embargo, que la norma "puede llegar a ser una manera de ejercer un severo control sobre el tráfico y no sobre los consumidores".

El abogado Renán Leguizamón especializado en la legislación sobre drogas, consideró que si el Estado no suministra la "dosis personal" está incrementando el tráfico y el almacenamiento, por cuanto el adicto se ve compelido a acudir a los narcotraficantes para adquirir el estupefaciente que necesita.

Además agregó Leguizamón, el adicto se convierte, a la vez, en traficante, pues de seguro negocia la dosis sobrante que haya logrado conseguir.

Manifestó que la legislación sobre narcóticos "ha venido dando tumbos, pues inicialmente la sanción era de arresto, luego se pasó a la de presidio y ahora, parcialmente, se regresa a la de arresto".

Dijo también que es necesario tener en cuenta, en

..//..

relación con los adictos, que estos no usan una sola droga sino que acudena varias, es decir, las alternan de acuerdo con la situación de los mercados clandestinos.

Los expertos estiman que el término marihuana se emplea para referirse a cualquier parte del cáñamo (de la planta), o extracto, a través de los cuales con el uso, se pueden provocar cambios físicos y psíquicos.

La secreción resinosa del extremo de la planta contiene la mayoría de los ingredientes activos. En el Medio Oriente, la resina se llama hashis. En el Lejano Oriente se le llama "chara".

Los mismos expertos consideran que el fumar un solo cigarrillo de marihuana ha producido episodios sicóticos. El uso frecuente puede producir distorsiones visuales, creencias falsas y alucinaciones. Alteraciones sensoriales, han dicho las autoridades en la materia, pueden llevar a accidentes o actos antisociales y a la agresividad.

En los últimos años, de acuerdo con las encuestas realizadas en colegios y escuelas colombianas, el aumento del consumo de marihuana ha sido notable.

La "mayoría de los estudiantes que la usan, sólo hacen algunas veces" dijo un portavoz del F-2 de la Policía.

Los 23 gramos de marihuana, cantidad que se fija para la "dosis personal" producen 10 cigarrillos del tamaño y característica de los cigarrillos elaborados con tabaco, según dijeron fuentes oficiales.

../..

Tales fuentes señalaron que lo anterior fue uno de los motivos que llevó al Procurador General de la Nación, Jaime Serrano Ruedas, a expresar su oposición en el seno del Consejo de Estupefacientes, a la fijación de la "dosis personal".

Por otra parte, el III Congreso Colombiano de Toxicología y la I Asamblea Nacional de Farmacodependencia, rechazaron la decisión del Gobierno de establecer la "dosis personal" de marihuana.

Esta medida fue adoptada por el gobierno para poder distinguir en forma clara y concluyente, entre el adicto y el traficante.

Los Congresos de Toxicología y farmacodependencia deliberaron en Bogotá y entregaron sus conclusiones y recomendaciones al gobierno.

En lo que respecta a la docencia toxicológica, se aprobaron las siguientes conclusiones:

- Establecer la cátedra de la toxicología clínica en las facultades de medicina.
- La docencia de la toxicología no debe ser un apéndice de la cátedra de la farmacología. Debe dársele un tratamiento separado, como cátedra independiente.
- Incrementar las reuniones básico-clínica de tipo toxicológico.
- Creación de laboratorios de análisis toxicológicos dentro de los laboratorios clínicos de los centros hospitalarios.
- Promover la creación de Centros de Asesoramiento

..//..

Tales fuentes señalaron que lo anterior fue uno de los motivos que llevó al Procurador General de la Nación, Jaime Serrano Ruedas, a expresar su oposición en el seno del Consejo de Estupefacientes, a la fijación de la "dosis personal".

Por otra parte, el III Congreso Colombiano de Toxicología y la I Asamblea Nacional de Farmacodependencia, rechazaron la decisión del Gobierno de establecer la "dosis personal" de marihuana.

Esta medida fue adoptada por el gobierno para poder distinguir en forma clara y concluyente, entre el adicto y el traficante.

Los Congresos de Toxicología y farmacodependencia deliberaron en Bogotá y entregaron sus conclusiones y recomendaciones al gobierno.

En lo que respecta a la docencia toxicológica, se aprobaron las siguientes conclusiones:

- Establecer la cátedra de la toxicología clínica en las facultades de medicina.
- La docencia de la toxicología no debe ser un apéndice de la cátedra de la farmacología. Debe dársele un tratamiento separado, como cátedra independiente.
- Incrementar las reuniones básico-clínica de tipo toxicológico.
- Creación de laboratorios de análisis toxicológicos dentro de los laboratorios clínicos de los centros hospitalarios.
- Promover la creación de Centros de Asesoramiento

..//..

Toxicológico.

En materia de farmacodependencia se aprobaron las siguientes conclusiones:

- Es obligación del Estado tomar la responsabilidad que le corresponde en el manejo del problema de la farmacodependencia.
- Manifestar su oposición y rechazo al Decreto 701 de 1976, que fija "dosis personales" de marihuana, por no corresponder a la realidad científica de la situación y conllevar un grave peligro para nuestro país, en cuanto a la proliferación de la farmacodependencia de la marihuana y un obstáculo para las medidas que se están estudiando en otros países.
- La Asociación Colombiana de Toxicología y Farmacodependencia, considera que el Decreto 701 de 1976 como posiblemente estimulante del tráfico de marihuana y necesariamente la farmacodependencia, y a su vez, lesivo para los intereses nacionales y los de otros países.

Los dirigentes de las citadas asociación revelaron que se han comprometido a realizar todas las funciones que sean necesarias para que el decreto que fija la "dosis personal" de marihuana sea derogado.

De todos modos, el gobierno nacional después de serios y concienzudos estudios, fijó la llamada "dosis personal" máxima para los narcodependientes en 28 gramos para la marihuana y en 10 gramos para el hachis de marihuana. Alrededor de ese decreto, y a pesar de las explicaciones dadas por los voceros oficiales, se ha creado evidentemente una confusión .

../..



La fijación de la llamada "dosis personal" máxima que puede portar una persona drogadicta sirve para diferenciarla de la persona que trafica con la droga, es decir, el que la vende en el mercado clandestino y delictivo, corrompiendo la sociedad y realizando un negocio al margen de la ley. Pero el narcodependiente que se ha descubierto portando la marihuana y usando la como "dosis personal" no portar el límite tolerado por la ley o menor a él, deja de incurrir en violaciones de la ley por las cuales debe responder según las sanciones que establece el mismo decreto a que nos referimos.

La "dosis personal" en el uso de drogas heróicas no es una novedad en el mundo de hoy. Muchos países se han fijado también "dosis personales" para los narcodependientes. El propósito que se persigue es una diferenciación clara y eficaz entre el drogadicto y el narcotraficante. El primero es un individuo que puede ser rehabilitado mediante tratamientos médicos y psicológicos.

El segundo es un delincuente de la peor especie que realiza un negocio fabuloso al margen de la ley no solo pervirtiendo a la sociedad, y particularmente a la juventud, al inducirla a convertirse en narcodependiente, sino que es un factor de corrupción monstruoso que, en el caso de Colombia, está descomponiendo a todos los niveles la moralidad pública y privada mediante el soborno, el chantaje y el asesinato.

Conviene explicar que hay en nuestras cárceles un alto índice de personas detenidas, son simples drogadictos sorprendidos con dosis pequeñas de drogas o en momentos de consumirla. Llevadas ante la justicia, han sido condenadas a prisión. El vicio no se les ha

estirpado, en la mayoría de los casos, sino que siguen en la cárcel un proceso de degradación y muchas veces de contaminación a detenidos sanos. Y en aberrante contraste los grandes, medianos y pequeños narcotraficantes constituyen el índice infimo de detenidos por el grave delito que cometen. Los demás comerciantes del vicio gozan de completa impunidad y no siempre por culpa que pueda localizarse en las fuerzas representativas de la lucha contra el vicio sino a otros niveles que han sido corrompidos por el dinero que corre a manos llenas desde las mafias hacia distintos estamentos de la sociedad.

Nos explicamos que una medida de la naturaleza que se acaba de dictar suscite una gran controversia nacional y que en ella participen médicos, psiquiatras, psicólogos y autoridades. Pero es necesario que la controversia parta de supuestos ciertos y no interpretaciones erróneas de las causas que la motivaron y los alcances que tiene la medida. El Gobierno no ha legalizado el uso de la marihuana. El uso de la droga, en "dosis personales", es sancionable. El narcodependiente recibirá un tratamiento especial y específico en busca de su rehabilitación. El narcotraficante podrá ser más fácilmente localizado para su condigna sanción. Y el mercado negro de la droga perderá algunos estímulos económicos y se harán mucho más peligroso para el criminal negociante del vicio.

4. ESTATUTO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES  
DECRETO 1188 JUNIO 25 DE 1974 . . . . .

CAPITULO I : PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1: Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones.

..//..

Artículo 2: Dependencia o fármaco-dependencia es el estado personal ocasionado por la ingestión de fármaco o droga por cualquier vía en forma periódica o continua.

Artículo 3: Dependencia física es un estado de adaptación a una droga o sustancia que crea la necesidad orgánica de ella.

Artículo 4: Dependencia psíquica es el hábito compulsivo al uso de una droga o sustancia.

Artículo 5: Dosis personal es la cantidad de fármaco o droga que ordinariamente una persona ingiere por cualquier vía de una sola vez. Dosis terapéutica la que el médico normalmente prescribe al paciente.

Artículo 6 : Plantación es una pluralidad de plantas en proceso de desarrollo de la que pueden extraerse drogas o sustancias que producen dependencia física o psíquica.

CAPITULO II: CAMPAÑAS PUBLICITARIAS Y PROGRAMAS EDUCATIVOS

CAPITULO III : CAMPAÑAS CONTRA EL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS DE USO LICITO

CAPITULO IV : CONTROL DE FABRICACION Y DISTRIBUCION DE SUSTANCIAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA FISICA O PSIQUICA

CAPITULO V: DELITOS

Artículo 38: Los fiscales de los juzgados de circuito vigilarán especialmente el curso de los procesos por los delitos de que trata este estatuto siguiendo las instrucciones que al efecto les imparte la Procuraduría

General de la Nación e informarán a ésta mensualmente del estado de cada uno de ellos.

Artículo 39: El que cultive o conserve plantas, el que introduzca al país así sea en tránsito o saque de él transporte, lleve, almacene, conserve, elabore, venda, ofrezca, adquiera o suministre a cualquier título marihuana, cocaína, morfina, heroína, incurrirá en prisión de 3 a 12 años y en multa desde 5000 a 500 mil pesos.

Artículo 40: La determinación de la dosis personal...

Artículo 41: El que destine inmueble...

Artículo 42: El que estimule al uso...

Artículo 43: Los profesionales médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería...

Artículo 44: Los médicos que prescriban o suministren o aplique droga a sus pacientes que produzcan dependencia física o psíquica para fines no terapéuticos incurrirán en la suspensión de la Licencia necesaria para el ejercicio de su profesión y pena de presidio de 2 a 8 años.

Artículo 45: La pena se aumentará en las tres cuartas partes en los siguientes casos: cuando se valgan de menores de 21 años, enfermos deficientes mentales...

Artículo 46: Los funcionarios públicos o trabajadores oficiales que tengan bajo su custodia y sustraigan o retengan indebidamente ...

Artículo 47: La autoridad competente para autorizar  
..../..

los permisos a que hacen referencia los Artículos 37, 38, 41 es el Ministro de Salud...

Artículo 40: El conocimiento de los delitos... corresponde en primera instancia en forma exclusiva a los jueces penales y promiscuos del cricuito. Para su investigación utilizará de preferencia personal especializado de la policía judicial...

Artículo 50: El propietario de terrenos en que se cultive incurrirá en multa igual al valor del avalúo catastral del inmueble, a menos que demuestren que a pesar de haber puesto suma diligencia y cuidado en la vigilancia de su bien no pudo saber del uso ilícito...

Artículo 51: Para hacer más eficaz la sansion prevista los inmuebles permanecerán fuera del comercio y constituirán garantía ...

CAPITULO VI: CONTRAVENCIONES

Artículo 52: Corresponde a los alcaldes y a los impectores de policía que hagan sus veces conocer en primera instancia de las contravenciones ...

Artículo 53: Las radiodifusoras y los adjudicatarios de los programas de T.V. que omitan la transmisión de las cuñas... multas sucesivas de 10 mil a 50 mil pesos.

Artículo 54: Los establecimientos de educación primaria y secundaria que no incluyan dentro de sus programas la información incurrirán en multa de 5 mil a 20 mil pesos y la suspensión de la licencia de funcionamiento de 3 a 12 meses.

../..

Artículo 55: Los fabricantes de bebidas alcohólicas que omitan en sus productos ... multa de 10 mil a 100 mil pesos.

Artículo 56: El fabricante o importador de cigarrillos o tabacos que omitan en sus empaques la leyenda prescrita en el artículo 18... 10 mil a 100 mil pesos.

Artículo 57: El que fabrique, venda, distribuya o use leyenda o avisos con nombre o alusiones de drogas que produzcan dependencia física o psíquica tendrá multa de 100 mil a 200 mil pesos. La policía decomisará...

Artículo 58: El que fabrique o introduzca al país jeringa o aguja hipodérmicas sin la autorización previa del ministerio de Salud... multa de 5 mil a 50 mil pesos.

Artículo 59: El que las venda sin autorización multa de 5 mil a 10 mil pesos.

Artículo 60: El que las posea sin autorización legal 500 a 10 mil pesos de multa.

Artículo 61: De la segunda instancia conocerán los gobernadores de Departamento, Comisarías e intendencias y en el Distrito especial de Bogotá el Consejo Distrital de Justicia.

Artículo 62: El producido de las multas pasará al fondo rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud-

Artículo 63: Cuando existan serios motivos para suponer que un extranjero que no posea visa diplomática o de residencia se encuentra vinculado a la producción, tráfico o consumo de drogas o sustancias que produzcan dependencia física o psíquica el Ministerio de Relaciones Exteriores o la autoridad correspondiente procederá

..//..

a cancelarle la visa, tarjeta de turismo o permiso a solicitud de las autoridades de policía judicial...

CAPITULO VIII: DE LAS DESTRUCCIONES DE LAS SUSTANCIAS INCAUTADAS

Las autoridades de policía judicial a que se refieren los artículos 235 y 237 del Código de Procedimiento Penal destruirán las plantaciones de marihuana, coca, adormidera y demás plantas de las cuales pueda extraerse droga o sustancia que produzca dependencia física o psíquica...

CAPITULO VIII: TRATAMIENTO Y REHABILITACION

El objeto principal de las medidas sanitarias y sociales para el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes consistirá en procurar al individuo la reintegración como persona útil a la sociedad. El Ministerio de Salud incluirá entre sus programas la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependiente. La creación del funcionamiento de todo establecimiento público o privado... estarán sometidos al Ministerio de Salud Pública.

Artículo 80: Las personas que sin haber cometido ninguna de las infracciones descritas en este estatuto y están afectadas por el consumo de drogas... serán enviadas a los establecimientos señalados.

CAPITULO IX: CONSEJO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Adscrito al Ministerio de Justicia funcionará el Consejo Nacional de Estupefacientes para el cumplimiento de las funciones aquí señaladas.

El Consejo estará integrado por el Ministro o Viseministro de justicia quien lo presidirá; el Ministro o Viseministro

.../...

120

112

de Salud, el Ministro o Viseministro de Educación; El procurador General o un delegado para la Policía Judicial; el Director del DAS; el Director General de la Policía o el Jefe Nacional de la División de Informaciones de la Policía Judicial o estadística Criminal DIPEC; el Director general de Aduana y el Director del I.C.B.F.



CAPITULO VI

LA MARIHUANA EN COLOMBIA

1. LA MARIHUANA, UN RETO

La marihuana, palabra cuya sola pronunciación causa-  
ba hace algunos lustros una sensación de temor y de  
rechazo y que para nuestra gentes -sanas, sencillas  
y un tanto timoratas- representaban apenas remoto  
peligro, se ha convertido con el paso de los años en  
un verdadero flagelo social que cada día hace más  
víctimas y origina un sinnúmero de problemas muy di-  
fíciles de superar.

Fuera de los estragos que causa entre la juventud el  
consumo de la justamente llamada "yerba maldita",  
su cultivo y su comercio han venido relajando honda  
y paulatinamente la moral de sectores ciudadanos  
tradicionalmente ajenos al delito como los campesi-  
nos, y su deleterea influencia ha hecho presa de las  
conciencias de no pocos funcionarios oficiales, e inclu-  
sive de personas de alta posición social y económica  
que la vienen utilizando para un mayor desorbitado au-  
mento de sus riquezas. (9)

(9) Cfr. Patrikios, Titos: Derechos y deberes de los jóve-  
nes: Delincuencia Juvenil (Unesco, 1972 )

UNA FALTA DE RESPETO. Gracias a una inesplicable familiarización con todo lo concerniente a ella, a su creciente consumo entre los jóvenes, a las enormes cantidades que se producen en el país y a la errada idea de que se trata de algo inocuo que no causa daño al organismo, la marihuana se ha tomado como una cosa común y corriente. En Colombia -y eso ocurre en muchos países- ni siquiera constituye material periodístico de interés, pues ha sido relegada publicitariamente por productos tan sofisticados como la cocaína, cuyo tráfico internacional se ha tornado en algo novelesco y legendario, en motivo de grandes y espectaculares operaciones policíacas, e inclusive, en tema para producciones cinematográficas de general aceptación en todo el mundo.

OPINION DE CIENTIFICOS. Aunque en gran parte de los estados norteamericanos existe una marcada tendencia a modificar la legislación, con el objeto de convertir el consumo de pequeñas cantidades de la yerba en una simple infracción, y a castigar su tendencia con sanciones pecuniarias -en Colombia la posesión de reducidas cantidades es penalizada con arresto- eminentes científicos, especialmente psiquiatras, insisten en que dicho estupefaciente, a más de la degradación moral que su adición conlleva, causa en el organismo de quienes la consume una serie de daños que afectan inclusive órganos vitales.

El profesor José Francisco Socarras, médico psiquiatra que desde hace muchos años se ha entregado al estudio de la drogadicción y sus secuelas, achaca la idea de abrir el mercado de la marihuana de los Estados Unidos al famoso informe La Guardia, que, según él, se adelantó en condiciones precarias y en forma apresurada y sin mayores bases investigativas, llevó a la sorprendente conclusión de que la yerba es benigna y en consecuencia no tiene los efectos nocivos que se le atribuyen.

..//..

MEDEDA DE DESESPERACION. Para el Doctor Socarrás, es posible que la idea en cuestión se haya ido abriendo paso en Norteamérica como una "medida de desesperación" por la experiencia que les dejó la "ley seca" promulgada para combatir el consumo del alcohol y que los ha llevado ahora a pensar que, permitiendo el tráfico libre de la marihuana las gentes se cansan de consumirla y que las juventudes ya ha perdido el atractivo de lo prohibido, dejen de sentirse incitadas a usarla en busca de supuestos paraísos artificiales.

Opina el científico colombiano que ese criterio de desesperación no es propiamente el indicado para combatir el tremendo problema y si se quiere buscar que las muchachadas se alejen de la yerba y de los estupefacientes en general, lo que conviene es el adelantamiento de campañas masivas, bien dirigidas y orientadas para convencer a los potenciales adictos que hacen uso de tales productos prácticamente equivale a un lento suicidio y a un desquiciamiento de las estructuras sociales.

LA SUSCEPTIBILIDAD. "La liberación -dice el doctor Socarrás- de ninguna manera va a acabar con el consumo de aquellas drogas llamadas blancas como la marihuana porque como ocurre en el tabaco, este ha seguido siendo utilizado pese a los graves daños orgánicos que origina su consumo excesivo. Además, en materia de droga, todo depende de la susceptibilidad personal. Hay muchachos que pueden fumarse 14 cigarrillos de marihuana y nada les pasa, en tanto que otros sufren serias consecuencias con uno sólo. Lo mismo ocurre con el alcohol. Existen personas que resisten grandes cantidades mientras que otras se embriagan con unos cuantos tragos".

LA "RULETA RUSA". Para el Doctor Socarrás, lo ..//..

difícil -casi imposible- es establecer cuál es la persona susceptible y saber así si ella corre el peligro de enviciarse y adquirir el hábito. Es como el juego de "la ruleta rusa" en donde quienes participan en el juego ignoran a cuál de ellos corresponderá el balazo. Por lo demás, aún sea una minoría la susceptible de caer en estado delirantes paranoicos y de sufrir una serie de problemas cardíacos con la marihuana, la humanidad no puede correr el riesgo de aceptar que una parte de ella, así sea minoritaria, enferme y cree problemas a la parte mayoritaria de la sociedad, que es la que al fin y al cabo recibe la carga de quien se convierte en un adicto".

VICTIMAS INOCENTES. Opina así mismo el psiquiatra Socarrá que lo más grave del caso es que tales enfermos son provocados voluntaria y conscientemente, y lo que es peor, surgen como consecuencia de las actividades de una "maffia" que está haciendo millones y enriqueciéndose cada día más a costa de la salud de gran parte del género humano y mediante la corrupción de personas tan indefensas e ignorantes como los campesinos que intervienen en el cultivo de la yerba, gentes que no son sino instrumentos de las organizaciones internacionales.

Precisamente a tales "maffias" atribuye el doctor Socarrás la difusión de la especie de que el mercado libre de la yerba va a generalizarse en todos los Estados de la Unión Norteamericana, con lo que no buscan otra cosa que el libre comercio les permita acrecentar sus ganancias con el criminal tráfico de estupefaciente.

ORGANOS EN PELIGRO. En cuanto a la supuesta inocuidad de la marihuana, el doctor Socarrás sos-

.../...

tiene que ello no es cierto. "Se sabe con certeza que la "yerba maldita", produce efectos nocivos sobre el corazón, como ocurre en toda sustancia que consume la cantidad de oxígeno respirada y que pasa a la sangre y en consecuencia a dicho órgano vital. Según informes científicos, la marihuana produce una aceleración de los latidos del corazón cuatro veces mayor que el cigarrillo corriente. Por lo demás, muchos de los adictos a la yerba que son atendidos en las clínicas sufren síndromes emotivos, que no es otra cosa que la pérdida casi completa del ansia de vivir, de actuar y de trabajar, es decir, una pereza general de origen psicológico. En lo que se refiere al aspecto orgánico, como está probado que la marihuana contiene más alquitranes que el tabaco y que ello son la causa del cáncer del pulmón, naturalmente hay que concluir que la yerba también tiene efectos cancerígenos superiores al cigarrillo.

**LOS ESTADOS PARANOIDES.** "Algunos autores consideran que cuando hay predisposición, la marihuana produce en quien la consume, en forma directa, estados paranoides delirantes. Otros opinan que esos estados paranoides se hallan en potencia en el individuo y que la yerba simplemente sirve de estímulo para que surjan, lo que de todas maneras hace concluir que desde el punto de vista mental el individuo corre un grave riesgo por cuanto basta que el estupefaciente sea una especie de fulminante para que se desencadene el episodio psicótico.

Es por eso que hay que insistir en que aunque la marihuana aparentemente no produce en la gran mayoría un efecto nocivo, a un gran porcentaje de los consumidores sí los perjudica gravemente. La susceptibilidad a los efectos nocivos del estupefaciente debe ser tenida en cuenta para comprender las verdaderas propor-

../. ..

ciones del problema y para llegar a la certeza de que es necesario combatirlo para salvar a las personas permeables a él".

OTROS EFECTOS. De la resina de la marihuana se ha logrado extraer 5 principios activos, de los cuales se consideró inicialmente que el único dañino, por ser la base de los efectos alucinógenos, era el "tetra-hidro-cannabinol". Sin embargo, según la opinión del doctor Socarrás, los otros componentes son sustancias químicas que sin duda causan daño a la salud así carezcan de poderes estupefaciente. En experimentos hechos con ratas se ha demostrado que dichos elementos producen daños p cromosómicos irreversibles y que en consecuencia no hay motivo para que ello no ocurra con los humanos. (10)

2. LA MARIHUANA ANTE LA LEY

En los teatros o en las calles de Chapinero, en el parquecito que hay a la entrada de Bellas Artes de Barranquilla o en algunas fiestas de intelectuales en Medellín o en Cali, para sólo nombrar sitios distintos a los míticos escondrijos de secuestradores o asaltantes de banco es fácil percibir, desprevénidamente, un olor agridulce a pasto seco

(10) Cfr. Ameghino y Ciampi: Los métodos de la psicología experimental ante la psiquiatría forense (Congreso Nacional de Medicina: Buenos Aires, 1928)

que se quema

Mientras caminan, hablan o bailan, algunas con más frecuencias que otras, numerosas personas, casi siempre comprendidas entre los 14 y los 40 años, se dedican a consumir marihuana a la vista de todos. La complejidad y la cara sin expresión de las grandes ciudades han propiciado este hecho con una asombrosa facilidad. Es poco problema tropezarse dos veces con alguien.

Los jovencitos, de largas bufandas y botas altas, los pintores, los profesores de literatura y algunas que otras muchachas estudiantes de frances o guitarra, han hecho referencia a la yerba para bien o para mal. Ya sea porque la madre haya encontrado semillas desconocidas en sus pantalones o porque algunos de ellos hayan sido sorprendido por un policía con un maltrecho cigarrillo en la boca.

El cine norteamericano de los p últimos tiempos, que constituye entre otros "más", el recibido acá con más frecuencia que ningún otro, ha mostrado ya sin embarazo prolongadas sesiones de la fumada de esta especie de cascajo maloliente; y en augle país en constante emisión de patentes, "se va abriendo campo la despenalización de su consumo y ya hay 5 Estados en que este hecho se está propiciando" según lo declaró el Ministro de Justicia Samuel Hoyo Arango al periodista Darío Hoyo Hoyo en su programa de T.V. "Debates".

Acorde con la ploriferación de su consumo, e igualmente cual desmesurado tráfico de toneladas de marihuana extraídas de fincas de "La Guajira, el Cesar o los Llanos, el Gobierno, y especialmente el ya no mencionado Ministro Hoyo Arango, ha iniciado

..//..

el tratamiento de este delicado problema refiriéndose a él en todas las formas posibles, casi siempre a luz pública.

LA DOSIS PERSONAL. Contra las interpretaciones apresuradas de algunos el Ministro Iloyos Arango, en una actitud que fue reprobada por asociaciones de padres de familia de todo el país se atrevió a establecer una diferencia legal entre quien es hayado con un cigarrillo de marihuana en sus bolsillos -sin que su peso exceda los 28 gramos- y quien es detenido junto a una avioneta repleta de pacas prendadas de marihuana.

El funcionario se vió obligado a expresar hasta el cansancio que él no había legalizado la marihuana.

Ministro, ¿Y cómo es eso de la idea suya de permitir un mínimo consumo de marihuana?

Y el funcionario aclaró: "Lo que el Ministro hizo fue dictar un decreto mediante el cual establecía que la dosis personal era hasta 28 gramos; más de 28 gramos ya no era dosis personal entonces a quien se sorprenda hasta con 28 gramos podría ser penado con un mes o con dos años de cárcel, según la gravedad de la acción y quien tuviese más de los 28 gramos sería considerado traficante y castigado hasta con 8 años de prisión".

No obstante que esta medida no equivale "despenalizar" el consumo de la marihuana puede apreciarse que, en comparación con años anteriores, hay más o menos benevolencia para el fumador. D ejó de ser un tabú la consideración en público de este asunto y por ende es necesario establecer grados diferentes en los castigos.

../..



IMPORTANCIA DE LA LEY. Por una especie de escapismo, padres de familia y autoridades, del orden civil, judicial o legislativo, tranquilizan sus conciencias promulgando estatutos con penas muy severas, en busca de una solución pronta. Tenemos aquí casi la utilización de un tranquilizante. Porque quedan varios interrogantes que precisa contestar, entre ellos: 1) ¿Se consigue el objetivo propuesto? 2) ¿Es justa y conveniente la ley? y 3) ¿Crea otros problemas?", así reflexionaba el mismo Ministro ante los miembros del Centro de Estudios Colombianos al referirse al tema "Legislación sobre narcóticos".

Y durante aquella conferencia el ministro dijo que, ante los ojos de la ley, quienes utilizan a diario los tranquilizantes o psicotrópicos más comunes -Ansiopaz, Diasepan, Valium, Ecuamil y otros- deberían ser castigados en la misma forma en que se hace con quienes consumen marihuana o cocaína.

"(...) El uso muy elevado de otras formas de droga, como los tranquilizantes, los estimulantes, es decir, sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central. Extrañamente, a mi propia generación se le enseñó el temor a la marihuana. Pero todos observamos como la cosa más natural del mundo la utilización de estimulantes, barbitúricos y tranquilizantes", expresó el funcionario.

Luego volvió a reflexionars sobre la impotencia de las leyes para evitar la masificación del consumo de marihuana, al parecer la droga de más fácil consecución. Se refirió, veladamente, a la teoría muchas veces tratada de que los vendedores de helados, revista y frutas, ubicados en las puertas de los colegios o universidades,

..//..

venden "el producto" con gran tranquilidad.

"Varias veces he dicho que aquí, en Colombia, sólo ha dejado de fumar marihuana quien no desea fumarla. A no más de 200 metros de radio de cada universidad o de cada establecimiento de enseñanza secundaria los estudiantes que la desean pueden adquirirla a precios relativamente módicos, esto es, al alcance de sus capacidades económicas".

¿SE ABRE PASO? Quienes han hecho uso de drogas saben que muchas de estas, y especialmente la marihuana, desinhiben permitiéndole a quien la consume hacer o decir cosas que normalmente no haría.

En este sentido algunas de ellas están al mismo nivel del alcohol que hoy se vende libremente a quienes quieran adquirirlo produciendo muchas de las entradas tributarias del estado, promoviéndosele por este mismo hecho con atractivas campañas y "ganchos".

Considerada como "estimulante de las bajas pasiones", hace varios años, al ser introducida en los ambientes en donde reina "la buena educación", la marihuana pasa entonces a ser considerada de manera diferente. Inexplicablemente ahora no sólo la consumen los "marihuáneros" sino una que otra oficinista, un pianista, los ejecutivos, los estudiantes, de cuarto de bachillerato en adelante, los pintores, los poetas, los caminantes y lagente con aspecto "bien".

"La literatura sobre la materia señala que no hay un solo punto de vista, sino varios, sobre el uso de las drogas y respecto de los tres elementos que deben considerarse: la sustancia, la persona que la usa y el contexto en que se desenvuelve", ha dicho el ministro Lloves Arango, para luego agregar: "desde el punto

../. ..

de vista sicosocial la importancia reside más en el "individuo que en la droga".

En apariencia, no hay manera de frenar su consumo de manera radical y de allí que el Ministro se demande si realmente vale la pena encarcelar a quien fuma marihuana de vez en cuando:

Yo preguntaría a los colombianos si creen que a un joven a quien recluimos en una cárcel por haber usado marihuana u otra droga va a salir de esa cárcel mejor o pero de lo que entró?. No se olvide que no tenemos cárceles especiales para los usuarios de drogas; y que estos van a esos lugares de reclusión a compartir la vida con sindicatos o condenados por toda suerte de delitos. Y que allí encontrarán como se viene encontrando desde lustros, quien le suministre la droga o sustanciam, y quien les enseñe que el tráfico es un sistema de vida placentera y regalado.

Sin embargo, es muy probable y posible que sea menos dañosa que otras drogas (Librium o las anfetaminas).

COMO ARRUINAR A LAS MAFFIAS. Los exportadores de marihuana o cocaína en gran escala, se enriquecen rápidamente. Poseen, y todo el mundo lo sabe grandes instalaciones, avionetas, personal, contactos en el exterior, grandes mercados y, lo que es más vital para ellos, dinero para corromper a diestra y siniestra.

Este es el verdadero problema y no el del tabaco o dosis personal. La condición de productores de marihuana, con destino especialmente a la exportación legal nos crea un problema que, en mi sentir, es mucho más grave que el uso de la marihuana.

../..

Ese mercado ilegal nos está corrompiendo la sociedad y los funcionarios de todas las ramas del poder público.

En algunas regiones del país los minifundistas encuentran quien los incite a cultivar marihuana en sustitución de sus tradicionales labranzas con la certeza de que serán financiados, serán asistidos y se les garantiza unos precios mínimos que duplican, triplican y hasta decuplican las utilidades que estaban acostumbrados a obtener de sus sembradas.

Al estilo de cualquier capo moderno del cine el mafioso colombiano, según la imaginación, utiliza hasta las relaciones públicas como medio de conseguir la simpatía o la tolerancia de la gente; hacen donaciones para obras de bienestar común como parques; o para obras pías como hogares de jóvenes desamparados, o contribuyen para fondos políticos.

El día en que se llegara a legalizar el consumo de marihuana se afectaría a la mafia en el sentido de que no tendría ese magnífico negocio que es hoy; pero el mayor negocio de las mafias no es con el consumo interno, que es un mercado relativamente pobre, el negocio de la exportación es un mercado sumamente rico. (10 y 11)

(10) Cfr. Decreto 701 del 9 de abril de 1976

(11) Cfr. De la Fuente y Serrano Campillo: Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos (Botas: México, 1974)

../..

CAPITULO VII

REHABILITACION, PREVENCIÓN Y REPRESIÓN

En la doctrina jurídica existe el acuerdo, más o menos generalizado, de concebir al derecho como el orden coactivo de la conducta humana para emplear la expresión de Hans Kelsen.

Esto solo significa que el orden legal intenta determinar la conducta del hombre vinculando sanciones o penas a los actos que socialmente se juzgan conveniente o necesario evitar.

La tesis, discutible quizás cuando se aplica otras ramas del derecho resulta particularmente adecuada cuando se intenta describir al derecho penal, que recibe incluso su nombre a partir del hecho de que su propósito central es de escribir las penas que acarrea la realización de ciertas conductas.

Toda sanción jurídica es, ciertamente, resultado de una reacción social en contra de la conducta que se reprueba, más no ha de verse en ella una venganza colectiva contra el infractor de los principios legales ni siquiera, como quierfa Durkheim, un proceso ritual por el que un grupo humano ratifica los valores que sostiene.

Nuestro sistema de derecho es en esto muy preciso: fin básico de la sanción es rehabilitar al delincuente y reintegrarlo a la sociedad. Propósito secundario, aunque no por ello menos importante, es lograr que la aplicación de la pena cumpla una misión ejemplar y disuada a otros de ejecutar conductas semejantes.

Es evidente, muy por otra parte que las penas no podrán  
..//..

conseguir los fines que se proponen si pudiesen ser aplicadas de manera arbitraria. Impedir que esto ocurra exige, primero de una descripción objetiva y pormenorizada de la conducta que se prohíbe aquello que, en la doctrina penal recibe el nombre de "tipo" y, después de un procedimiento judicial que examine y decida si la conducta realizada por el individuo coincide con el tipo consagrado en la ley penal. De esta similitud entre la conducta y el tipo depende, a fin de cuentas la aplicación de la sanción. (12)

1. METODOS DE CONTROL

La toma de drogas, especialmente entre los jóvenes pone enseguida en vilo a la opinión debido a la idea popular de que ello conduce inevitablemente a la degradación moral y al hábito irremediable. En realidad, la mayoría de los estudiantes que prueban la marihuana o las píldoras pep no sufren perjuicio alguno evidente. Son los individuos más débiles, con problemas de personalidad, propensos a convertirse en aficionados a las drogas, quienes están más necesitados de protección contra su propia falta de dominio. A nadie le agrada el espectáculo de adolescente saliendo de algunos cafés con los ojos brillantes

Cfr. Estatuto Nacional de Estupefacientes, capítulos II, III, IV, VI y VII.

,.../..

y eufóricos, pero ¿es un espectáculo más triste que el que ofrecen los grupos de mal edad volviendo borrachos a sus casas cuando cierran los bares? El público tiene una doble medida curiosa con respecto al alcohol en comparación con otros tóxicos. En el caso del alcohol hay escaso apoyo para prohibir el placer de la mayoría con objeto de prevenir el abuso y el desastre de una minoría. En el caso de tóxicos menos familiares, una fuerte opinión pública favorece la extensión de las prohibiciones legales y la introducción de castigos más severos.

A nuestro modo de ver, tal política sería poco sensata. En Norteamérica donde las leyes son mucho más severas, el hecho de que los aficionados a las drogas sean castigados y tratados como delincuentes les empuja hacia un ambiente criminal; implica tomar drogas y traficar con ellas en el ámbito de una peligrosa y legalidad e impide notablemente la rehabilitación de los individuos afectados.

Es preferible el control indirecto mediante la regulación más estricta de la fabricación y venta de ciertas drogas. Por ejemplo las píldoras de drinamil, la cocaína se fabrica ahora en forma de tabletas sencillas que no se distinguen por su aspecto. Pero esto no puede resolver el problema completamente. Las personas propensas a usar de los tóxicos pueden siempre experimentar ingiriendo tabletas destinadas a combatir el dolor o aliviar la obesidad aspirando cola, gasolina o detergente tomando semillas de dondiego de día, bebiendo ciertas pócimas para la tos, ingiriendo alcohol metílico o finalmente emborrachándose a la manera ortodoxa legal con alcohol etílico. Sería imposible controlar todos los tóxicos en potencia, de la misma manera que se hace ahora con las drogas consideradas peligrosas. La educación y el ejemplo pueden contribuir a disuadir a los jóvenes de que hagan experimentos indeseables, pero, puesto que hay tantos adultos que sienten la necesidad de tomar hipnóticos o tranquilizantes no es probable que desaparezca el hábito de tomar píldora. (13)

2. TENDENCIAS DE LA REHABILITACION ,PREVEN-  
CION Y REPRESION DE DROGADICTOS EN CO-  
LOMBIA

En un capítulo anterior vimos que nuestra ley realiza el deslinde entre los toxicómanos y los delincuentes de narcotráfico sean a su vez o no drogadictos.

A lo largo del texto se ha insistido que la consecuencia de la mera posesión de drogas en cantidades suficientes para su consumo personal no constituye un delito tan grave como lo es el del traficante.

El procedimiento no deja de ser sensato pero descansa por desgracia en un supuesto que hasta ahora no se le ha dado mucha eficacia.

Un método terapéutico eficaz para impedir que los farmacodependientes reincidan en sus actos una vez que se les deja en libertad.

Se sabe que hay drogas como los inhalantes volátiles que producen daños fisiológicos irreversibles y se sabe también que en la gran proporción de casos, aun cuando el paciente logre superar las dificultades del síndrome de abstinencia, muy pocas veces logra evitar que el deseo de reiterar las sensaciones que le produca el consumo ilícito de drogas, lo conduzca de nuevo a la dependencia.

Hay países como Inglaterra e Irán que han terminado por dejar de lado todo intento de rehabilitación o de terapia para los toxicómanos. En muchos otros se admiten que los resultados no guardan medida alguna con la inversión o el esfuerzo parecen así, dispuestos también a abandonarlo. Instituciones que tienen a su disposición los medios más modernos y cuentas con personal

../..



especializado de primera línea sienten, también que sus propósitos son estériles y terminan por rendirse al escepticismo.

El caso no puede ser más dolorosamente simple: no hay hasta ahora, ningún método seguro, eficaz, confiable, para rehabilitar al toxicómano y reintegrarlo plenamente a la sociedad. A primera vista así pues parece que al ordenar que se envíe al farmacodependiente a una institución adecuada para curarlo de su hábito, lejos de resolver el problema sólo se lo pospone o se lo oculta.

En una vasta proporción de los casos la situación no es distinta, en Colombia a la que se presentan los demás países del mundo. No se dispone aquí, tampoco, de ninguna terapia que conduzca a resultados probados. Hay, también aquí, instituciones médicas que prefieren dedicar su casi siempre menudado presupuesto a la atención de otros casos de más favorable pronóstico. En aquellas que lo intentan, las consecuencias no dejan mucho lugar a la esperanza.

La dificultad, por supuesto, no está en el fin que se propone sino, más bien, en el estado de desarrollo en que se encuentran hoy en día las ciencias que estudian la conducta humana. El problema hoy por hoy es más teórico que práctico: es la teoría la que debe abanzar hasta estas en posibilidad de proporcionarnos un camino para resolverlo.

Conectada más de cerca con este propósito se encuentra la segunda parte de este capítulo que se destina a ofrecer algunos datos sobre las tareas preventivas y represivas, particularmente de las campañas que con creciente buen éxito lleva a cabo el Ministerio de Justicia y los Ministros de Salud, Educación y Comunicación.

Sólo en la teoría puede distinguirse con claridad a las tareas preventivas de las represivas. En la práctica terminan casi siempre por confundirse. Así, la afirmación de que tienen carácter preventivo las labores que impiden que un sujeto realice la conducta ilícita, o la tesis de que han de juzgarse represivas las que conducen al castigo del infractor una vez que cometió el hecho antijurídico, olvidan que muy a menudo estas últimas sirven al fin de las primeras.

En el caso del narcotráfico la relación es todavía más evidente: al impedirlo y decomisar la droga se evita que el traficante pueda realizar la sucia tarea de introducir a otros a consumirla.

Otro tanto ocurre, con los traficantes de nivel menor a los que llegan a sancionarse. Al atractivo del dinero fácil ha de oponer, quien considera sustituirlos en tan sórdido oficio, los peligros que le representa un sistema coactivo aplicado cada vez con más firmeza y eficacia. Y lo mismo sucede con el campesino que ve quemado y destruido el campo de su conocido o vecino por haberlo dedicado al cultivo de marihuana o amapbla, antes de intentarlo a su vez, lo considerará cuidadosamente y a menudo, preferirá quedarse dentro de los límites de la ley.

Tres son los principios generales que orientan las tareas directamente destinadas a la prevención de la toxicomanía:

- a) Las que intentan modificar las actitudes sociales hacia el uso de drogas, sobre todo proporcionando información veraz y sensato sobre las consecuencias que tra consigo el emplearla; constituyen punto central de estos esfuerzos aquellos grupos que ven en el empleo de drogas una especie de aventura liberadora y que ejercen presión entre sus miembros para que las empleen dando origen a la llamada "adicción social."
- b) Las que pretenden promover relaciones familiares más sanas, sobre todo, un contacto más franco y estrecho entre los padres y los hijos, superando actitudes de rigidez o de evaluación.

Particularmente importante en este sentido es evitar los hijos no deseados alentando y favoreciendo la paternidad responsable, ya que en ellos como lo demuestran numerosos estudios se encuentra con notable frecuencia en núcleo de futuros grupos de toxicómanos.

c) Los estudios y tratamientos individuales seguidos en hospitales, clínicas e instituciones de higiene mental, todo esto lo prevee el Estatuto Nacional de Estupefacientes.

Ya a lo largo del textp, de una y otra manera hemos considerado estos aspectos por lo cual aquí sólo nos resta referirnos al Consejo Nacional de Estupefacientes que tiene elevada gerarquía. Lo preside el Ministro o Viseministro de Justicia, y en él están representadas diversas instituciones que disponen de algunos medios para enfrentar el problema. Sus actividades por ahora, dada su reciente fundación, se han dirigido a la celebración de conferencias, mesas redondas y sesiones de orientación familiar, uno de cuyos objetos ha sido ofrecerle a los padres los conocimientos necesarios para distinguir los primeros síntomas de la toxicomanía y a la vez para que señan que instituciones de la propia dependencia pueden darle tratamiento médico psiquiátrico a las personas que lo requieran en esta área (13)

(13) Cfr. Conclusiones de los Ministros de Salud de Ibero-América en el Seminario sobre Salud Mental celebrado en Santiago de Chile 1972

../..

**CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES.**

La profundidad y amplitud del problema de las drogas apenas se empieza a comprender, las aterradoras cifras y estadísticas en los medios de difusión sólo constituyen la punta visible del iceberg, y hay muchos indicios de que las cosas se pondrán peores antes de empezar a mejorar.

A pesar de las campañas nacionales educativas acerca de los peligros del abuso de drogas, el número de usuarios crece día con día. Parece que en el caso de las drogas, prevenido no necesariamente escauto durante los últimos cinco años, el problema se ha extendido desde los barrios bajos a las Universidades, a las zonas residenciales y a los pueblos pequeños. El abuso de se ha convertido en un problema democrático que no respeta fronteras de clase ni barreras raciales.

Primeramente hay que tomar en cuenta que existen muchos tipos de farmacodependencia. El hombre de negocios que no puede concebir una tarde sin sus habituales tres martinis y el ama de casa que no puede pasar el día sin la ayuda de un tranquilizante también son parte del problema del abuso, tanto como el estudiante que toma ácido o el muchacho de los barrios bajos que se inyecta para ver si puede escapar de la realidad por un momento.

Muchos médicos prescriben drogas poderosas sin tomar en consideración el potencial de abuso que pueden tener aún entre personas estables.

La marihuana se da en casi todas partes, por lo cual es muy difícil, sino imposible su control especialmente cuando tanto los aficionados como los profesionales están determinados a traficar con ellas.

La prescripción que hacen los médicos de depresores tranqui

..//..

lizantes y estimulantes se acumula en los botiquines, con lo que se da pie a que los jóvenes experimenten y a que los adultos se automediquen.

Grandes cantidades de las drogas producidas por laboratorios de reputación intachable desaparecen entre el almacén y la farmacia, y hay un número cada vez mayor de laboratorios ilegales.

La única esperanza en medio de esta difícil situación es la educación. Es estúpido e incluso suicida suponer que nunca nos pasará a nosotros o a personas como nosotros, que se trata de un problema de los arrabales, de las escuelas públicas, de las escuelas privadas, de la costa, del centro del país, del sur, etc. Es asunto de los pobres tanto como de los ricos, todos tendremos que enfrentar esta realidad para poder buscar solución.

El estado antes que rehabilitador o represivo debe ser preventivo. (14)

Hay necesidad de realizar investigaciones, es conveniente averiguar ciertos parámetros cuya enumeración es más bien breve: diferencias geográficas, dificultades en el intercambio y la comunicación, diversidad de los grupos étnicos y culturales, corrientes migratorias, procedencia urbana rural, nivel socio-económico, creencias religiosas. Los factores evaluados en las encuestas realizadas por el Ministerio de salud agregas prácticas religiosas, lugar de residencia

(14) Cfr. Unesco Seminario sobre la Farmacodependencia en la juventud de hoy (Lima, febrer 1976)

134

(hogar o no) clase de convivencia con los padres, características afectivas del padre, grado de escolaridad, pertenencia a grupos, fuentes de provisión de las drogas, razones para su consumo y polifarmacodependencia.

Analfabetismo, deserción escolar, déficit habitacional, desnutrición disolución familiar. La polifarmacodependencia dificulta el tratamiento en gran número de casos. En cuanto al alcohol se ha comprobado que se trata de una droga de fácil acceso que llega a ocupar algunas veces un lugar de prevalencia en relación con alimentos de primera necesidad. La incidencia de los tributos fiscales que genera el alcohol en el presupuesto nacional en Colombia de mucha importancia.

El daño entre nosotros no se debe a los tributos en sí mismo, sino a la forma como estos se causan y al papel que desempeñan en la distribución de las rentas entre nación, departamentos y municipios. El monopolio oficial de la producción de licores y el hecho de haberlos constituido en el principal fuente de sostenimiento de las secciones han traído como consecuencia que el alcohol sea "droga de fácil acceso" y que el estado se haya atado las manos para adelantar campañas que restrinjan su consumo. Antes por el contrario, se les estimula por todos los medios habidos y por haber: la propaganda hablada y escrita y especialmente la organización en ciudades y aldeas de carnavales, ferias, fiestas y otros jolgorios que invitan a beber con el agravante de que son tantos los productores y productores que estos se han visto obligados a entregar la distribución de ron y aguardiente a empresas privadas. Lo cual disminuye los ingresos fiscales y enriquece a unos cuantos. Además las empresas de licores no cumplen lo establecido por el estatuto nacional de estupefacientes.

Hay que diferenciar instrucción de educación respecto a drogas. La primera se limita a suministrar información o lo que es igual, contenidos acerca de los farmacos.

Lo cual, aunque importante, tiende a homogenizar en principio a los destinatarios del mensaje, a darle a este un sentido unidireccional, de emisor, de receptor, y a descuidar las peculiaridades propias de los presuntos candidatos a ser informados.

..//..

La educación sobre drogadicción abarca amplio conjunto de actividades concertadas en torno de situaciones que ponen en juego al docente y al discípulo en una experiencia que procura multiplicar las ocasiones de desarrollo intelectual afectivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes como quien dice, la farmacodependencias deben integrarse al proceso general de la educación en sus diferentes niveles que es lo que propugnan los actuales planteles de enseñanza en Colombia; pero en la práctica es poco lo que se está haciendo.

Por ello incluimos el problema drogas en los programas de salud mental tanto en lo referente a medidas preventivas como a la preparación de personal. Son los mismos maestros, los mismos consejeros escolares, trabajadores social quienes pueden servir como agentes promotores de una y otra campaña.(15)

(15) Cfr. Estatuto Nacional de Estupefacientes, 1974

BIBLIOGRAFIA

1. Estatuto Nacional de Estupcfacientes
2. Decreto 701 del 9 de abril de 1976
3. Cárdena de Ojeda, Olga: Toxicomanía y Narcotráfico (F.C.E: México, 1974)
4. West, D.J. : La Delincuencia Juvenil (Labor: Barcelona 1970).
5. Ciafardo, Roberto: Psicopatología Forense (El Ateneo: Buenos Aires, 1972).
6. Rojas, Nerio: Medicina Legal (El Ateneo: Buenos Aires 1972)
7. D. Lena, R.: Higiene Mental y Medidas Legislativas (Revista de psiquiatría y criminología; Buenos Aires 1945).
8. Código Penal Colombiano (Temis: Bogotá, 1971)
9. Loudet, O: Los índice Médicopsicológico y legales de la peligrosidad (Primer Congreso Latinoamericano de Criminología: Buenos Aires, 1939)
10. Ruiz Maya, M.: Psiquiatría Penal y Civil (Madrid 1970)
11. Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna (FOURNIER: México 1973)
12. Código Civil Colombiano (Temis, Bogotá 1971)
13. Gannon, Frank: Drogas (Galve; México 1974)
14. Brau, Jean Louis: Historia de las Drogas (Brugera: Barcelona 1974)
15. Carrara, Romanese, Canuto y Tovo: Manual de Medicina Legal (traducción 1950)

.../...



137

- 16. Loudet, O.: Diagnostico Retrospectivo de Alienación mental y Capacidad Civil (Medicina Legal: Buenos Aires, 1933).
- 17. Carrara, M.: El Concepto Médico-Legal de la Enfermedad Mental (Traducción, 1940)
- 18. Rocco, A: El Objeto del Delito ( 1913)

.../...