

350.765 345 037  
G 634

4033975

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE SOCIOLOGIA

LA DROGA : POR QUE SE HACEN NECESARIOS LOS  
CENTROS DE REHABILITACION ?

MEMORIA DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE

S O C I O L O G A

MARIA TERESA GOMEZ

DE CELIN .

ACACIA MOLINARES

DE QUINTERO .

Barranquilla, Marzo de 1.977 .



CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO  
SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE SOCIOLOGIA

- RECTOR - Dr. JOSE CONSUEGRA H.
- SECRETARIO GENERAL - Dr. ABRAHAM NAVARRO
- DECANO ENCARGADO - Srta. FLOR MORENO
- PROFESOR ASESOR - Dr. ABEL AVILA G.
- GUIA - ASESORA - Licda. FRANCIA DEVIS P.

D E D I C A T O R I A

Como un homenaje de gratitud ofrecemos éste Estudio de Tesis, a Nuestros Padres y Esposos, quienes con su estímulo permanente hicieron posible nuestra constancia y esfuerzos, para obtener el título a que nos hemos hecho acreedores .

MARIA TERESA GOMEZ  
DE CELIN .

ACACIA MOLINARES  
DE QUINTERO .



## AGRADECIMIENTOS

Al ilustro jurista Doctor José Consuegra Higgins quien hizo posible continuar nuestra carrera, - brindándose los claustros de la Universidad Simón Bolívar en los momentos que mas lo necesitabamos.

Al Doctor Abel Avila Guzmán como un gran amigo y Catedrático quien supo brindarnos su confianza y afecto, colocándose como una gran guía para nuestra carrera.

A todos los profesores quienes hicieron posible - nuestra formación profesional.

A la Licenciada y gran amiga Francia Devia Pacheco por la gran ayuda que nos prestó al guiarnos - sabiamente en la realización de esta tesis.

" SOY UN ESPECTRO GRIS AFERRADO A LA DROGA "

William Bourroughs .

Llevadas por el índice alarmante logrado sobre la juventud drogadicta en todas las esferas, hemos querido hacer un estudio detallado y conciso sobre el caso social que conlleva ésta problemática que es la farmacodependencia .

El drama de los alucinógenos que se esconde en las mentes más derivadas, viene prolongando su tragedia en sectores de trascendental importancia de la sociedad, en el mundo no podía ser la excepción dentro de éste panorama de miserias morales y físicas, correspondiéndole a la juventud la peor parte del fatídico reparto en el cual actúan hábilmente ocultos los peores empresarios del crimen .

Mucho se ha escrito y se sigue escribiendo sobre los estragos de la vida de la morfina ó de la cocaína, empleadas para satisfacer la urgencia de los iniciados que es precisamente la que aprovechan los traficantes para enriquecerse a costa de la desgracia ajena .

Sobre la Droga han escrito los médicos, los sacerdotes, los sociólogos, los sicólogos, los abogados y desde luego los periodistas . Sin embargo, allá en el fondo de ésta tragedia, está el joven acorralado, incomprendido, víctima muchas veces de los instrumentos legales con que se trata de aislarlos, simplemente por que llegan a faltar las terapéuticas indicadas para un tratamiento adecuado, de las cuales, unas pueden ser aplicadas desde el seno de la propia familia . Comprensión, amistad, cariño, calor humano, pueden en muchos casos ser los ingredientes para

un eficaz tratamiento en los principios de aquellas manifestaciones alarmantes . Es cuando el muchacho, aislado dentro de sus propios sentimientos y reacciones, busca un escape, ansía otras sensaciones, anhela experimentar lo irreal, lo engañoso y lo absurdo . Es cuando cae en la drogomanía, descendiendo lentamente hasta el fondo de la desgracia final.

Después de un estudio profundo sobre los Centros de rehabilitación, pudimos constatar que el único que merece ese calificativo es una institución dirigida por un equipo de profesionales voluntarios y altruistas, quienes con la mayor voluntad y dedicación se han entregado a la difícil tarea de rehabilitar a los drogadictos, los cuales a base de tesón y esfuerzo, superan día a día los problemas económicos que son en éste campo uno de los más alarmante ( UCLAD ) . Pues éstos tratamientos son relativamente costosos, lo mismo que la alimentación y el mantenimiento de éstos enfermos, ya que no cuentan con ayuda gubernamental sólo pidiendo una colaboración en algunas empresas particulares y la contribución de pacientes especiales, ayudan al sostenimiento de éste centro que lo necesitábamos con urgencia desde hace mucho tiempo, y esperamos que el Estado, en un futuro mediano, dé los aportes necesarios para que Barranquilla tenga un Centro Médico especializado en tratamientos de intoxicación por abuso de drogas y farmacos derivados .

En realidad, éste estudio fué programado para hacerlo más extenso y completo, pero inconvenientes ubicados en el tiempo y la disponibilidad económica, no hicieron posible que abordáramos el tema a nivel nacional como era nuestra meta .

O B J E T I V O S

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

- a) Diseñar programas educativas para prevenir el problema del abuso de las drogas, que deben ser incluidos - en colegios como complementación a la formación integral del adolescente, teniendo en cuenta que a los jóvenes hay que prepararlos para enfrentarse a los desafíos de la vida, a la continua revolución tecnológica y a los nuevos descubrimientos isnobismo que practican por imitar sin saber si les es nocivo o no para sus - vidas.
  
- b) Insistir en que los educadores deben buscar nuevos métodos tanto en su trabajo como en la elaboración de - programas preventivos sobre drogas sin copiar lo de - otras culturas totalmente irrelevantes para la muestra.
  
- c) Tomar conciencia padres, educadores y gobernistas y - pensar en una solución para el problema latinoamericano, que se caracterice por su flexibilidad, es decir, que se susceptible de cambios e innovaciones cada vez que las evaluaciones así lo indiquen.
  
- d) Es básico que toda institución ponga énfasis en la - educación dirigida y da un mejor manejo de los problemas de los jóvenes, de sus emociones, inquietudes y - todo aquello que motiva sus comportamientos para poder comprender sus desadaptaciones.
  
- e) Estimular a los jóvenes para que se vinculen a diversas actividades de tipo altruista y positivo teniendo en cuenta cada individuo hace esfuerzos por vencer - sus propias facultades y suplir las deficiencias y - por tanto merece que se le demuestre interés en sus ofuscaciones y problemas.

- f) Los padres de familia deben tomar parte activa en este proceso educativo de sus hijos, pues es a ellos a quienes corresponde la dirección de sus vidas y el análisis de cualquier anomalía que presente la conducta de ellos desde pequeños.
- g) Lograr que educadores y padres de familia primero obtengan una información adecuada sobre las drogas utilizadas comunmente, sus efectos, su farmacología, los componentes de tipo social que integran el problema etc., y prepararse en aquellas habilidades que significan integración y diálogo, para así establecer una comunicación efectiva y comprensiva con educadores, educandos e hijos.
- h) Hacer tomar conciencia a la autoridad sobre el problema social alarmante que nos envuelve y haga justicia con el narcotraficante que es el verdadero asesino que acaba juventudes para enriquecerse.
- i) Hacer comprender a la sociedad, al gobierno, a las sociedades altruistas, a las empresas, etc., la situación alarmante de nuestra juventud sobre las drogas que consumen y lo que se hace urgente, la formación y ayuda para ir creando nuevos centros que necesitamos con urgencia para sanar estos enfermos, pues el gobierno nos brinda las cárceles y ésto no es la solución, por el contrario agiganta más el problema y prolifera el vicio y la corrupción.
- j) Dada la alta proporción de drogadicto en el país, que debe intensificar la creación de centros de rehabilitación donde se pueda desarrollar una verdadera política de integración de los métodos y técnicas en la readaptación de nuestra juventud que se desmorona ante la diferencia de la sociedad

## M E T O D O L O G I A

Son muchos los métodos que pueden emplear en una investigación científica, pero para la eficacia del trabajo hay que estudiar los caminos que nos van a ayudar a llegar por una vía directa a lo que deseamos hallar.

Para el desarrollo de nuestro tema empleamos el método de la observación directa, y en cierto modo la indirecta pues nos fueron suministradas datos que nos interesaban en una forma indirecta.

Por medio de este método pudimos apreciar en forma directa aspectos de local, comportamiento de drogadictos, sistemas empleados, terapias realizadas, evaluación de tratamientos.

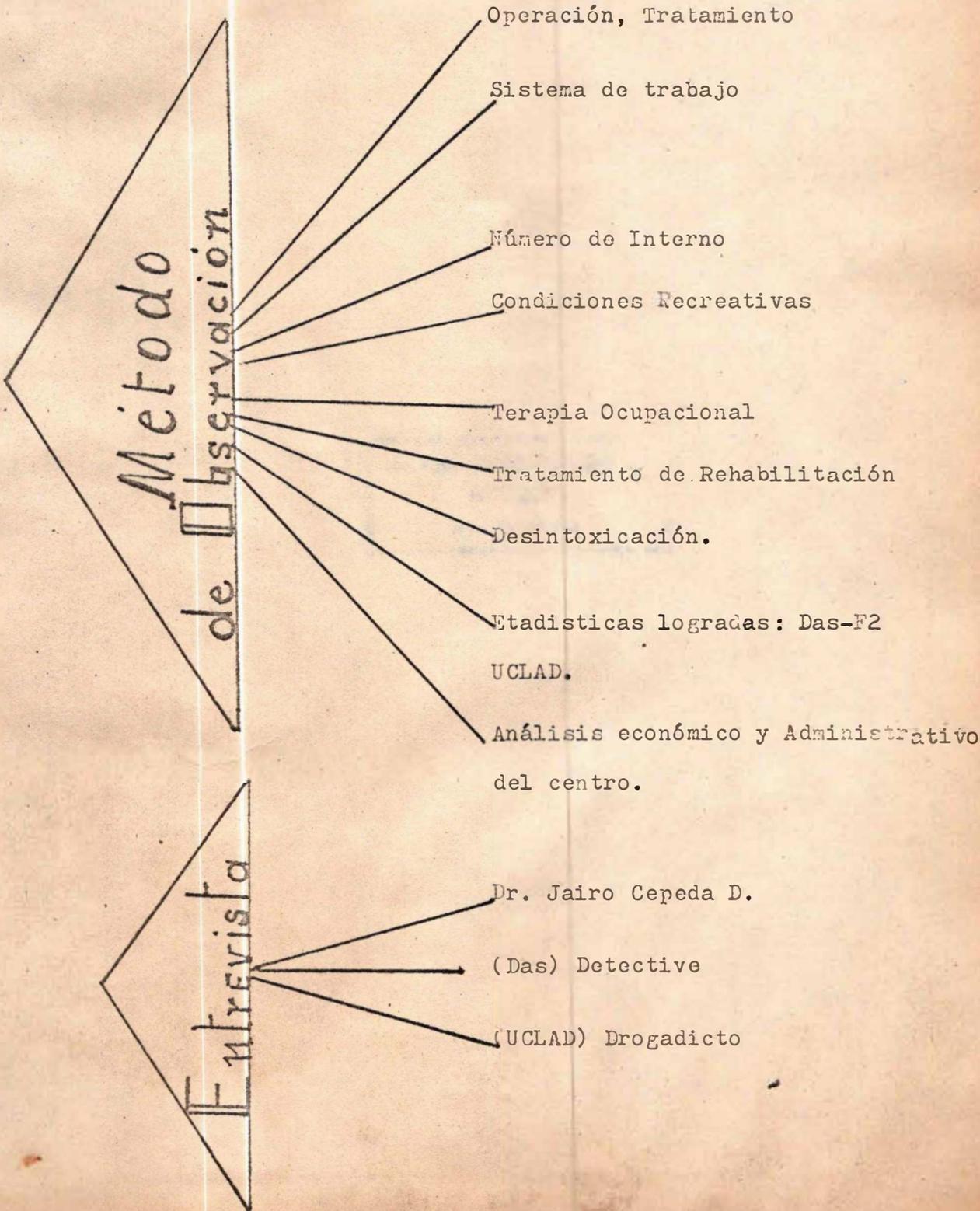
Pudimos obtener datos estadísticos a través del -  
Das-F2-INTERPOL y en UCLAD que nos permitieron darnos cuenta de situación de Colombia ante el problema de la droga.

Nos pareció muy importante la experiencia tenida en UCLAD (unidos contra la droga), porque tuvimos una clara visión sobre la solución a este problema social, que diariamente se hace más agudo y que tiene como consecuencia la degradación de nuestra juventud.

O. DIRECTA:

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

VI.SITA AL CENTRO



Operación, Tratamiento

Sistema de trabajo

Número de Interno

Condiciones Recreativas

Terapia Ocupacional

Tratamiento de Rehabilitación

Desintoxicación.

Estadísticas logradas: Das-F2  
UCLAD.

Análisis económico y Administrativo  
del centro.

Dr. Jairo Cepeda D.

(Das) Detective

(UCLAD) Drogadicto

C A P I T U L O I .

## L A D R O G A



La droga es un tema de actualidad. Se habla de élla en todas partes.

En realidad el abuso de las drogas se remonta a la más remota antigüedad. Ha existido siempre. El hombre tiene la tendencia a ver en ellas un medio que le permita alcanzar la plenitud y el bienestar que sueña y que es raro que logre con sus propias fuerzas. No obstante las numerosas desiluciones que le han deparado de forma evidente, algunos de los paraísos artificiales, el ser humano continúa mostrando como en el pasado, esta propensión a la intoxicación.

Actualmente parece que vemos más acentuado este problema por la época que atravesamos días a día en la cual vemos momentos más alarmantes.

Sabemos que fumar que tan o orgullece a cierto tipo de jóvenes no tiene nada de original. Fueron muchos los pueblos que lo hicieron en el pasado.

Sin embargo sus gobiernos que un principio toleraban esta costumbre, decidieron prohibirla debido a las graves complicaciones médico-sociales que producía.

Tampoco tiene nada de moderno, proclamar abiertamente las pretendidas ventajas del haschis. Bandelaire lo hizo hace ya más de un siglo.

Pero no siempre ha sido tan evidente el abuso de las drogas a lo largo de los siglos.

Su frecuencia parece mostrar un carácter cíclico relacionado más o menos con el grado de desarrollo social y cultural del cada país.

Toda época en la que reina el descontento o en la que un pueblo no encuentra su ideal, cuando hay demasiados individuos desesperados, por no encontrar el rol que les corresponde, cuando reina la injusticia social, o se insinúa el peligro de una revolución, cada una de las épocas de este tipo asiste a un aumento de número de individuos desarraigados que buscan la mágica solución de sus problemas recurriendo a tal o cual profeta o a cualquier otro expediente aunque sea del tipo químico.

Incluso el bienestar económico de una población produce individuos con problemas semejantes a la de los individuos con problemas semejantes a los indios miserables del Perú y de Bolivia; éstos mastican las hojas de coca a lo largo del día para adquirir fuerza y valor, en tanto que los primeros toman polvos o píldoras analgésicas, hipnóticos, tranquilizantes o estimulantes sintéticos para ocultar su agustia ante las exigencias de la vida trepidante de los países industrializados.

Tanto unos como otros se dan por vencidos, prescindiendo de la capacidad de adaptación inherente a la naturaleza humana.

La droga es una muleta incapaz de prevenir la invalidez síquica. Es decir, que el abuso de las sustancias que influyen en el compartimiento ha tenido siempre brotes como en el que actualmente se está produciendo, y la estructura socio-cultural del momento nunca ha sido completamente ajena a este ciclo.

La mayoría de los heroimanos americanos están constituido por la minoría raciales negra, mejicana y portorriqueña.

La excitación general que se apoderó del mundo a la terminación de la segunda guerra mundial corrió paralela con un máximo del consumo, casi siempre ilegal, de los productos estimulante típico, como las anfetamina.

El fenómeno revistió una particular intensidad en el Japón.

Los años locos que discurrieron entre las dos guerras mundiales se caracterizaron en el terreno que nos interesa por la moda, también loca, del abuso de la cocaína empleada sobre todo como afrodisiaco y enarizante.

La pobreza de finales de siglo pasado y de los comienzos del presente conoció el triste y extendido reinado del alcoholismo crónico.

En Francia al final de una historia agitada por la revolución y las guerras Napoleónicas.

La población comenzó a pensar en un mundo mejor, como puede verse en la pluma de sus poetas y los pinceles de sus pintores.

Rousseau le había indicado el camino de vuelta a la naturaleza; los románticos siguieron este camino hacia la evasión, tratando en ocasiones de ir más de prisa ayudados por las alas que les procuraba el cáñamo indio.

Hemos dicho que la historia se repite, en efecto en la época de controversia que actualmente vivimos bajo la influencia de los artistas, contemporáneos, que recurren como lo hicieron los románticos del caño Indio, toda una juventud lleva entre sus labios el cigarrillo de la marihuana.

Los trovadores de la edad cósmica, con la guitarra a la espalda y la droga en los bolsillos van y vienen dejando tras ellos una estela de nuevos y fieles adeptos.

Por supuesto que cada nuevo brote de la droga posee sus aspectos característicos, relacionados con la evolución social, anteriormente los adictos, no disponían de motocicleta, ni de la posibilidad de hacer auto-stop, ni de la radio, ni de la televisión para extenderse.

El avance de la técnica no solamente ha duplicado las posibilidades del proselitismo tradicional de los usuarios de la droga, sino que ha puesto a su disposición - nuevas sustancias psicótropas, no hay diferentes de las anteriores en cuanto a su mecanismo de acción, pero mucho más activas: la marihuana y el L.S.D. son dos alucinaciones a dosis infinitesimales, del orden de una dosis de miligramos: la heroína y la morfina son dos narcóticos, pero la segunda tiene un poder analgésico cinco veces superior y es en la actualidad el estupefaciente - rey, un estupefaciente del que todavía no disponía los millones de chinos adictos al opio, durante las dos - guerras del opio que se desarrollan a mediados del pasado siglo.

Porque por inigualable que pueda parecer un principio, la droga ha sido también causas de guerras internacionales.

No solamente a las sustancias a las cuales se entregan los individuos se hacen cada vez más con el transcurso del tiempo, no solamente son más numerosos los peligros de contagio mental, sino que también ganan en eficacia las técnicas de penetración de la droga.

Nos referimos entre otros, a los países escandinavos, sobre todo Suecia, que enfrenta con una nueva oleada - de abuso de drogas.

Al parecer, son las anfetaminas y otros excitantes del sistema nervioso central los que gozan de la mayor estima entre los jóvenes.

Pero mientras que, en toda lógica, la vía de administración normal de los comprimidos de anfetamina es la ingestión, vía que por los demás, fue utilizada durante muchos tiempos por sus adictos, algunos de ellos tuvieron la idea, que bien puede calificarse de audaz, de disolver una tableta en un poco de agua e inyectarse la solución obtenida en las venas de la flexura del codo con lo que el efecto del estimulante es fulminante.

En realidad, lo único que se ha hecho es imitar las modalidades de administración de la heroína, estupefaciente utilizado en los Estados Unidos de América mucho antes que las anfetaminas en Escandinava: después de haber tomado la heroína por ingestión, se terminó inyectándola en solución, es un primer tiempo por vía subcutánea; después, por vía intramuscular, y por último, - introduciéndola en las venas.

Por todo ello nos hemos decidido realizar esta investigación bajo la impresión por una parte, de una indiscutible renovación actual del fenómeno de la droga y, por otra, con el vencimiento de que nos interesamos por un acontecimiento socio-psicológico permanente, cuya importancia, que siempre ha sido real, lo sigue siendo.

Nuestro propósito no es tratar de una forma exhaustiva los numerosos aspectos de este complejo problema, pues nuestros conocimientos no son enciclopédicos ni ocuparnos exclusivamente de una sola de sus facetas, sino esbozar una panorámica conjunta de las complejas y múltiples relaciones que comportan los principales estados de farmaco-dependencia, tanto desde el punto de vista -

social , como desde el psicológico, psicopatológico, -  
médico, terapéutico y criminológico. De forma así un -  
gran sector de intelectuales de todas las ramas tendrá  
ocasión de aprender a conocer el nefasto papel que pue  
desempeñar la droga en nuestra sociedad actual, y cons  
ciente de este peligro, podrá desempeñar la actitud --  
adecuada frente a estas sustancias que tientan al hom-  
bre y a menudo le asaltan hasta el punto de convertir-  
le en una víctima indefensa.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

CAPITULO II

C O N C E P T O S     Y     D E F I N I C I O N E S

T E R M I N O L O G I A

Antes de entrar de lleno al tema, es indispensable precisar algunos términos básicos .

Por extraño que parezca, el fenómeno de las drogas y su abuso, no obstante su antigüedad, nunca ha recibido una explicación científica satisfactoria ; no es posible definir con claridad lo que no se concibe bien .

Este es el motivo para que el término toxicomanía tenga en cada profesional un distinto significado, y de que hábito sea para un especialista lo mismo que tolerancia para otro .

A B U S O     ✓

Significa uso malo ó excesivo. El uso excesivo puede ser de larga duración, pero también puede ser agudo, como sucede con los suicidas que se aplican fuertemente grandes cantidades de droga .

No obstante, es preciso que el abuso se caracterice por su aspecto cuantitativo, por el exceso . También puede ser cualitativo, ya que es posible hacer sencillamente mal uso de una droga sin necesidad de tomar cantidades superiores a los normales, como sucede cuando alguien se administra un medicamento con una posología normal aunque con propósitos contrarios a las normas terapéuticas ó médicas .

La estimulación con drogas ó " doping " constituye un ejemplo ya que una sustancia farmacológicamente más activa, cuya utilización debía conllevar a los fines

terapéutico, en el interés de la salud de un individuo, se aplica con un objetivo utilitario que pone en peligro la integridad física o síquica del individuo.

No es la dosis lo inaceptable, sino su utilización con un fin equívoco.

Para llegar a él es necesario que la sustancia química de la que abusa tengan propiedades farmacológica precisa.

#### A D I C C I O N

Se refiere a la dependencia de una droga, cuyo retiro está acompañado de síntomas que fácilmente pueden ser identificados. Otros la definen como el uso compulsivo de agentes químicos, nocivos al individuo, la sociedad o ambos. También se considera adicta a una persona que siente normal cuando usa drogas.

#### T O L E R A N C I A

Consiste en la necesidad de incrementar paulatinamente la dosis de una droga para obtener el efecto inicial.

La tolerancia cruzada ocurre cuando el consumo induce al uso de otra droga de la misma clase.

Puede considerarse también como el fenómeno de adaptación biológica caracterizado por una disminución del efecto farmacológico de una droga tras la toma de repetida de la misma.

Para producir el efecto inicial que el toxicómano desea hay que aumentar gradualmente la posología; posología que con algunas sustancias puede alcanzar cifras imaginables, siendo frecuente que sobre pase ampliamente la -

dosis letal, es decir la que se considera que pueda - producir la muerte en el 50% de los sujetos que utilicen por primera vez o que todavía no hayan desarrollado una tolerancia. Este es en especial el caso de los opiáceos, en tanto que la dosis mortal de morfina se sitúa entre los 30 y los 140 centigramos, algunos morfómanos llegan a administrarse hasta 150, 200 e incluso 300 centigramos.

Semejante es el caso de las anfetaminas, producto típicamente estimulantes, la dosis máxima por día está fijada en 3 centigramos.

#### TOXICOMANIA O DEPENDENCIA

Es un estado de intoxicación o periódicamente originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética. Sus principales características son:

1. Un deseo invecible o una necesidad de continuar consumiendo la droga de obtenerla por cualquier medio.
2. Una tendencia al aumento de la dosis.
3. Una dependencia de tipo psíquico y generalmente físico respecto a los efectos de la droga.
4. Efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Existen por lo menos dos tipos de dependencia: la psicológica y la física. La primera se refiere a la necesidad de utilizar la droga repetidamente, sin tener en cuenta sus consecuencias.

Dependencia física es la que se acompaña de síntomas - que aparecen cuando se suspende la droga.

Por habituación también debe comprenderse el fenómeno síquico de la adaptación y del condicionamiento mental a los repetidos efectos de una sustancia determinada.

En realidad no se trata, más que de una dependencia emocional o síquica.

El habituado desea su producto sin padecer, sin embargo, graves trastornos físicos cuando no lo consigue.

Por el contrario la adicción que puede entenderse como servidumbre, de tres fenómenos íntimamente relacionados: el hábito, la tolerancia y la dependencia física.

SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SON:

1. Un deseo (pero no una exigencia) de continuar tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que produce.
2. Poca o ninguna tendencia al aumento de la dosis.
3. Una cierta dependencia síquica respecto a los efectos de la droga, con ausencia de dependencia física y en consecuencia del síndrome de abstinencia.
4. Los efectos perjudiciales, caso que existan se refieren en todo al individuo.

Es evidente que esta definición abría ampliamente las puertas a una gran serie de sustancias, pues la fantástica evolución de la industria farmacéutica lanzaba cada día al mercado drogas susceptibles de originar una taxicomanía, un hábito y que era diferente unas de otras.

La dependencia física pone de manifiesto un estado fisiológico modificado, el estado de pura dependencia - psíquica se ha sobrepasado ampliamente realizándose - una adaptación fisiopatológica a nivel de la misma célula nerviosa, ocasionada por la repetida administración de un producto a lo largo. Este estado, hace verdaderamente necesario el uso prolongado de la sustancia adictiva, si se desea evitar el característico síndrome de obtención, diferente desde el punto de vista clínico, según el tipo de droga que se haya usado.

Unicamente se exterioriza cuando deja de tomarse el tóxico de una forma brusca o tras una notable disminución de la dosis habitual siendo la sintología somática del "detete" abstinencia la que revela la dependencia. Así de acuerdo con la definición de Himmler, - estos tres fenómenos, hábito o simple dependencia síquica, tolerancia y dependencia física, y fisiopatológica deno inado toxicomanía. Los tres fenómenos se hallan íntimamente relacionados y hasta cierto punto derivan uno del otro, toda toxicomanía comienza con un período de dependencia síquica; con el aumento de la dosis se produce la tolerancia, y su supresión desencadena una típica reacción somática, el síndrome de abstinencia.

### H Á B I T O

Es la dependencia a una droga que al ser suspendida - no presentan síntomas físicos.

Como podemos observar el hábito y la dependencia de los fenómenos del tipo de la morfina, la marihuana, los barbitúricos, las afetaminas, la cocaína y las drogas - sicodélicas.



## C A P I T U L O    I I I

CLASIFICACION DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN  
FARMACODEPENDENCIA.-

Para que se produzca una buena cosecha, ya lo hemos visto, no solamente hace falta un suelo fértil, sino también una simiente llena de vitalidad. Incluso es un individuo más o menos dispuesto a reaccionar a una droga con el hábito, es preciso que esta droga procure el efecto deseado: ha de influir agradablemente en su psiquismo.

Por lo tanto las sustancias en cuestión, han de ser esencialmente psicótropas, es decir han de actuar sobre la función, el compartimiento o la experiencia psíquica.

La inmensa mayoría ejercen su influencia por acción directa o indirecta sobre el sistema nervioso central, principalmente el cerebro aunque hay otras que lo hacen también sobre la médula espinal, o bien por acción periférica. En el primer caso se habla de sustancias encefalótropas y en el segundo de sustancias neurótropas.

No es fácil clasificar las sustancias psicótropas de una forma que satisfaga todo el mundo, pues los puntos de vista para efectuar las clasificaciones son muy diferentes de acuerdo con la disciplina en la que se originen.

De esta forma cuando se enfoca el problema desde un punto de vista químico se trata de establecer una relación entre el efecto clínico de los psicótropos y su estructura.

Las clasificaciones más efectivas son las clínicas ya que se basan en las reacciones psíquicas humanas a las drogas administradas.

En realidad los efectos de las sustancias psicótropas son múltiples.

Una sola droga puede influir en el humor, la función de vigilia, el sistema nervioso neurovegetativo y extrapiramidal, etc.

El criterio de clasificación se limitará a tener en cuenta el principal efecto psíquico o psico-fisiológico del producto utilizado.

En 1.924 Lewin propuso una clasificación clínica:

1. La Euphorica (enforizante)

Calmanes de la vida efectiva o sedantes del espíritu, estos comprenden:

El Opio sus alcaloides y sus derivados como:

La morfina

La codeina

La tebaina o paramorfina

La heroína, etc.

La planta de coca y su principio activo la cocaína

2. Los Phantastica.

Son los alucinógenos o veneno de los sentidos como:

El peyotl y mezcalina que este contiene; el cañamo indio (marihuana, haschis).

Algunos alcaloides de ciertas solanáceas como el benceno.

3. Los Inebriantia.

(Sustancia embriagante)

El alcohol

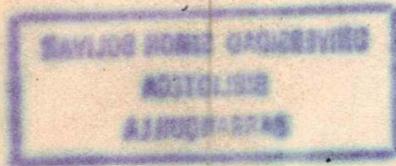
El cloroformo

El éter

La bencina, etc.



4. Los hynotica  
 (Somníferos) como:  
 El hidrato de coral  
 El veronal (primer barbitúrico descubierto)  
 El paraldehido  
 El sulfonal  
 Los bromuros, etc.
5. Los excitantia  
 (estimulantes psíquicos) como  
 El café  
 La cafeina  
 El alcanfor  
 El Tabaco  
 El betel  
 La nuez de cola  
 El cacao  
 El te  
 El kat, etc.



En efecto son muchas las drogas psicotropas que poseen - acciones fisiológica ligeramente distintas según las fases y el grado de intoxicación que se alcance.

La mejor de las clasificaciones clínicas no puede cambiar estos hechos, por lo que siempre debe realizarse una elección teniendo en cuenta las circunstancias.

A partir de la aparición de los modernos medicamentos psicótopos se ha formulado varias nuevas clasificaciones basándose en el efecto clínico.

El profesor Tean Delay de Paris propuso en el segundo congreso mundial de Psiquiatría en 1.957 la siguiente clasificación, aprobada y aceptada en 1.961 en el tercer congreso.

C L A S I F I C A C I O N

A. PSICOLEPTICOS (Que actúan sobre la vigilancia)

1. Hipnóticos (Que actúan sobre el humor)

Barbitúricos

No barbitúricos

2. Neurolepticos:

Fenotiazinas

Reserpínicos

Eutirofenonas

3. Tranquilizantes:

Procalmador

Metamino - diazepamóxido

B. PSICONALPTIDOS (estimulantes de la vigilancia)

1. Anfetaminas y derivados  
(estimulantes del humor)

2. Antidepresivos:

Diazepínicos

Inhibidores de la monoamino

Oxidasa (M.A.O.)

3. Psicodiselépticos:

Alucinógenos venirógenos

Mescalina

Lisergamida

Psicocibina

Desde el punto de vista científico está perfectamente indicado para una exacta clasificación la combinación de los dos esquemas: el clásico de Lewin y el moderno de Delay;

Incorporando el primero, que a pesar de su antigüedad conserva su valor, al segundo obteniendo la siguiente clasificación:

A. SICOLEPTICOS:

1. Hipnóticos y sedantes:

- a) Barbitúricos
- b) No barbitúricos

2. Neurolepticos:

- a) Fenotiazinas y derivados
- b) Reserpínicos
- c) Tioxantenos
- d) Butirofenonas
- e) Benzoquinolozinas

3. Tranquilizantes:

- a) Gangliopléjicos - polisinápticos  
Derivados de los mono y polialcoholes;  
(por ejemplo: meprobonato).  
Benzodiazepinas (por ejemplo, clordiazepóxido  
o Libium, diazepam o valium. Derivados de ben-  
zodiazamo, etc.
- b) Difenilmetanos (por ejemplo, hidroxazina o -  
Atarax)
- c) Varios (por ejemplo, Trioxazina)

B. PSICOANALEPTICOS:

1. Anfetaminas y sus sucedáneos.

- a) Anfetamínicos: amfetamina dextrógira, metanfem-  
tamina, etc.
- b) Sucédáneos, como por ejemplo algunos derivados  
de la piperidina (metilfedinato o Rilatina; fe-  
metrazina o preludin, etc.

2. Antidepresivos; (o timoanalépticos)

- a) Derivados triciclos
- b) Inhibidores de la mono-amino-oxidasa;  
hidrozinicos  
No hidroxínicos

3. Excitantia de Lewins: cafeina, teobromina, etc.

C. PSICODISELEPTICOS:

1. Alucinógenos (Phantastica de Lewin):  
Al cañamo indio representante más conocido de este grupo, han venido a sumarse algunos alucinógenos modernos, como el L.S.D., etc
2. Incbriantia de Lewin: estupefacientes como el opio o sus alcaloides y numerosos sucedáneos
3. Existencia de Lewins: cafeina, tebromina, etc

En 1.959 el Dr. H. Isabell, director del Adiction Research Center Lexington, U.S.A. Preconizó una clasificación con dos grupos principales:

"Las drogas que originan dependencia física, las drogas que originan dependencia física y siquiátrica y - las drogas que no las producen":

1. Drogas que originan dependencia psíquicas y físicas  
(Es necesario el tratamiento durante su interrupción)

TIPO "A" - Opio y derivados como: morfina, heroína, etil, etc.

Sustancias morfínicas sintéticas, como las que pertenecen a los grupos de la - petidina, la metadona, la dextromonamida, etc.

TIPO "B" - Alcohol y barbitúricos

- a) Alcohol etílico
- b) Barbitúricos
- c) No barbitúricos como el paralheido, el hidrato de coral, la glutetimida (Doridén)
- d) Algunos tranquilizantes, como el meprobonato.

2. Drogas que originan dependencia psíquica y no física  
No es necesario el tratamiento durante su interrupción

- A. Marihuana
- B. Cocaína
- C. Anfetaminas y sucedáneos
- D. Brómidos
- E. Reserpina
- F. Fenotazinas.

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**  
**BIBLIOTECA**  
**BARRANQUILLA**

Las actividades psíquicas no resultan afectadas cuantitativamente, sino cualitativamente.

No hay un aumento, ni una disminución, sino una distorsión. Los fenómenos mentales producidos por los psicodislépticos, afectan principalmente a los terrenos del juicio y de la percepción, lo que no sucede con los neurolépticos, que restablecen por el contratio las perturbaciones de los procesos intelectuales o sensoriales, lo que les ha valido la calificación de antipicóticos.

Existe una clasificación de los medicamentos psicótropos, basada en la categoría de los trastornos mentales.

En 1.952 año en que como hemos visto, el comité de expertos de la O.M.S. emitió una definición del término TOXICOMANIA, el profesor P.O. WOLFF Jefe de Sección de Drogas, toxicomanógenos de esta organización, expuso la siguiente clasificación según los trastornos mentales que producen:

1. Drogas que a una cierta posología que varía con los individuos, producen siempre en todo individuo, por su acción farmacológica específica la necesidad imperiosa, la tendencia, la toxicomanía.

En este caso el aspecto farmacológico es lo fundamental, siendo secundaria la constitución síquica.

Estas drogas perjudiciales para el individuo y la sociedad, deben ser objeto de un control estricto.

2. Drogas que nunca originan necesidades imperiosas, - pero cuyo efecto farmacológico, es considerado como deseable por ciertos individuos, que adquieran fácilmente al hábito de consumirlas.

La administración de estas drogas puede interrumpirse sin que se produzcan trastornos importantes. En este caso la reacción psíquica es primordial y secundario el efecto farmacológico.

Estas sustancias no son peligrosas desde el punto social, no siendo necesario sometarlas a un control riguroso.

3. Drogas cuyos efectos farmacológicos se sitúan entre las dos categorías precedentes.

La necesidad imperiosa, la dependencia y la toxicomanía, puede darse en aquellos individuos llevados por su constitución psíquica a buscar una evasión - en el uso de las drogas.

En este caso el psiquismo es un factor determinante, pero la acción farmacológica desempeña así mismo un papel importante.

#### .- SINDROME DE ABSTENCION

Existen en efecto dos grandes tipos netamente distintos de síndromes: el de la toxicomanía producida por los opiáceos y el de la alcoholomanía o barbituromanía.

Ambos son de una alteración debido al estado fisiológico por la ingestión repetida y pérdida de peso, todo - aquello acompañado de reacción psíquica menos objetables y mensurables que las precedentes, con ansiedad, agitación, insomnio, bostezos, dolores vagos generalizados y pérdida de apetito.

son estos síntomas precisamente los que caracterizan la abstinencia brusca de un alcoholismo o de un barbiturómano.

A nuestro entender el del alcoholismo o el del barbiturómano son más peligroso que el del morfínmano.

La experiencia de los especialistas lo demuestra: se pierden más drogas en fase de abstinencia del alcohol o de barbitúricos que de morfina o de otros sicedáneos del opio.

Este es el motivo de que esté formalmente contra-indicado, interrumpido bruscamente la toma de su droga a un barbiturómano a su ingreso en la clínica. Hemos de añadir - que existe lo que se llama TOLERANCIA CRUZADA para las drogas del mismo tipo, lo que significa que se puede detener la eclosión de un síndrome de abstinencia de un alcoholómano, administrándole barbitúricos y viceversa.

Lo mismo sucede en lo que respecta a los opiáceos, lo que se aprovecha en terapéutica sustituyendo por ejemplo la morfina por la metadona, dado que la abstinencia de la metadona es menos espectacular y menos dolorosa.

Cóviene subrayar que la tolerancia cruzada no se da más que entre drogas del mismo tipo; la administración de barbitúricos, por ejemplo en un heroínómano durante la interrupción brusca de la ingestión de su droga no lo mejora en absoluto.

y esto no obstante la mentalidad emotiva y afectiva sin grandes alteraciones de la conciencia ni de la conciencia ni de las facultades mentales que los neurolépticos producen

La vamos en consideración en el siguiente esquema elaborado.

de aquí pues; una clasificación de las drogas de acuerdo - con la gravedad de la dependencia que pueden originar.

Sus criterios son de una parte, la característica física y psíquica, o solamente esta última, que presenta la dependencia y de otra la facilidad de producción de un fenómeno de tolerancia.

A. DROGAS QUE ORIGINAN UNA DEPENDENCIA FISICA Y PSIQUICA, ASI COMO UN FENOMENO DE TOLERANCIA.

1. Dependencia de tipo morfínico:

Opio y sus alcaloides estupefacientes morfina, tebaina, etc.

Derivados de la morfina, heroína, diónino, hidromorfina, etc.

Analgésicos sintéticos: grupos de la petidina, metadona, dextromoromida, etc.

2. Dependencia de tipo barbitúricos: Alcohol

Barbitúricos

No barbitúricos

Glutetimida (Doridén)

Metripilona (Noluda)

Pirildiona (Persedén, perobén)

Cloral

Paraldehido, etc

Ciertos tranquilizantes (Meprobauto, diazepam, etc.)

B. DROGAS QUE UNICAMENTE ORIGINAN UNA DEPENDENCIA PSIQUICA, PERO TAMBIEN UN FENOMENO DE TOLERANCIA

1. Dependencia de tipo anfetamínico:

Afetaminas y derivados

Sucedáneos de las anfetaminas

2. Dependencia de tipo L.S.D. (alucinógeno)

L.S.D.

Psilocibina

Mezcalina, etc.

3. Drogas que únicamente originan una dependencia psíquica sin fenómeno de tolerancia.

1. Dependencia de tipo cocaínico
2. Dependencia de tipo canábico
3. Cáñamo indio (marihuana, haschis)

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

Advertimos que esta clasificación no pretende ser completa. En primer lugar, el número de cuerpos químicos, de medicamentos psicótrópos que originan dependencia es tan elevado, que no nos sería suficiente muchas hojas para enumerarlas todas, mucho menos si además se pretende mencionar los nombres de las numerosas especialidades farmacéuticas en las cuales intervienen y que se expenden en el mercado.

Así que nos hemos limitado a las sustancias que poseen un efecto psicofarmacológico muy evidente y cuyo abuso puede influir en la conducta humana, hasta llegar a hacerla perjudicial para el individuo y la sociedad.

#### LA PSICOTOXICIDAD

Es la capacidad de una droga de alta más o menos profundamente el comportamiento, ya sea mediante la administración de una sola crisis alta por la toma repetida y continuada.

En prime caso se habla de psicotoxicidad aguda; en el segundo de psicotoxicidad crónica.

Una de las circunstancias que pueden hacer aparecer esta última con mayor claridad y de una forma brusca consiste en la abstinencia, con su cortejo de síntomas, psicopatológicos con comitantes, sobre todo en el caso de las drogas estrictamente toxicomanógenas, las que producen una dependencia psíquica, su psicotoxicidad crónica se exterioriza por la instauración más o menos rápida de auténticos síndromes mentales, como el delirio de persecución en los intoxicados por las anfetaminas o los estados demenciales en los grandes fumadores de cáñamo.

Igualmente hay que recalcar sobre la inhalación de los vapores embriagantes o anastésicos.

En general falta de dependencia física, sin que exista un síndrome característico en caso de abstinencia.

El consumo de la droga durante un lapso de tiempo prolongado puede producir lesiones orgánicas en algunos tejidos (por ej: los riñones).

Las características anteriores están basadas en la nueva terminología expuesta y aconsejada en noviembre de 1.963 por el comité de expertos de la O.M.S.

Creemos también interesante intentar una clasificación de todos los grupos de drogas teniendo en cuenta, en orden decreciente, el peligro que representa la dependencia - que son susceptibles de originar.

Pues sabemos que todas estas sustancias pueden producir una sensación de bienestar al comienzo y, por tanto, una dependencia psíquica.

| <u>CLASIFICACION</u>            | <u>DEPENDENCIA</u><br><u>FISICA</u> | <u>TOLERANCIA</u> | <u>PSICO-</u><br><u>TIXIDAD</u> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| 1. Opiáceos: tipo morfina       | + +                                 | + + +             | + +                             |
| 2. Alcohol - barbitúricos       | +                                   | + +               | + +                             |
| 3. Anfetaminas y sucedáneos     | -                                   | + +               | + + +                           |
| 4. Alucinógenos tipo L.S.D.     | -                                   | +                 | + + +                           |
| 5. Cocaína                      | -                                   | -                 | + +                             |
| 6. Cannabis (marihuana haschis) | -                                   | -                 | + +                             |
| 7. Fenacetina                   | -                                   | +                 | +                               |
| 8. Sustancias volátiles         | -                                   | +                 | +                               |
| 9. Cafeína                      | -                                   | +                 | +                               |
| 10. Nicotina                    | -                                   | +                 | -                               |

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

C A P I T U L O      I V

OTRA ORGANIZACION INTERNACIONALES

Hay otras instituciones internacionales que colaboran activamente en la campaña contra las drogas heroicas - además de la Interpol, el Consejo de Cooperación Aduanera que interviene en la lucha contra el tráfico ilícito; la Unión Interparlamentaria que desempeña un papel positivo en esta lucha de drogas al aprobar resoluciones para obtener la cooperación de los parlamentos.

También colabora la Comunidad Económica Europea en cuanto hace a información sobre el uso indebido de las drogas en los campos de la salud, la educación y la formación profesional.

Realmente existen un entendimiento entre los organismos que deben afrontar los problemas de la juventud especialmente la farmacodependencia, los tres organismos - que hacen parte del Comité Nacional de Estupefacientes, en ellos se han fijado normas en cuanto a intercambio de informaciones.

Existen como es lógico una sana y leal competencia que redundan en beneficio de la sociedad.

Para Colombia es importante lograr atinada coordinación entre sus organismos y tener unas excelentes con las demás policías del mundo que luchan como la nuestra por combatir este delito.

En consecuencia estas relaciones policiacas logran ser excelentes a través de los sistemas de la Interpol y de acuerdos a convenios bilaterales y multilaterales.

En lo que hace relación con los países de esta parte del Continente, el F-2 estrecha los lazos de unión con las policías encargadas de estupefacientes de: Perú, Venezuela, Ecuador, Panamá, República Dominicana, Estados Unidos y Brazil

Con ellos se adelantan planes de asesoría especialmente con elementos para instrucción especialmente con elementos para instrucción contando con la ayuda de las Naciones Unidas y su fondo especial para combatir los estupefacientes.

Para dar una muestra exacta de lo que ha sido el tráfico de los estupefacientes en Colombia en los últimos meses, hasta con repetir las cifras que se poseen según informes del F-2

#### CIFRAS ELOCUENTES

En 1.976 se conocieron 52 casos de cocaína, habiéndose capturado a 83 hombres colombianos y 6 mujeres.

42 extranjeros hombre y 8 mujeres para un total de 125 hombres detenidos y 14 mujeres. Se decomisaron 164 kilos de cocaína, se incautaron 6 laboratorios y de allí resultaron detenidos 19 colombianos de ellos seis mujeres y cinco extranjeros.

La marihuana anotó 393 casos.

Se detuvo a 616 hombres colombianos, 99 mujeres, 35 extranjeros hombres y 22 mujeres para un total de 648 hombres detenidos y 10 mujeres.

Se decomisaron 68 toneladas en 246 cultivos. Por ello se detuvo a 343 hombres, 23 colombianos y 10 extranjeros en 1.977

En lo que va corrido del año sin contar cifras del último mes, la policía ha denunciado 20 casos y ha capturado por tráfico de cocaína a 32 hombres colombianos y cinco mujeres, 10 hombres extranjeros y 2 mujeres y ha decomisado 64 kilos de cocaína.

Al incautar cuatro laboratorios se ha logrado detener a 11 hombres y 4 mujeres.

A pesar de ser la policía, el DAS y la Aduana (aspecto legal) lo suficientemente duro con los traficantes, se presentan innumerables casos en los que los coqueros - superan en astucia a la acción de la justicia.



C A P I T U L O V

Podemos apreciar a través de estos decretos cual ha sido la determinación estatal para combatir el abuso de las drogas.

La legislación Colombiana en el decreto 522 de 1.971 regula lo relativa al comercio ilícito de dichas drogas, así:

El que sin permiso de autoridad competente almacene, -  
elabore, distribuya, venda o de otro modo suministre, -  
marihuana, cocaína, morfina o cualquier otra droga o -  
sustancia estupefaciente o alucinógena, incurrirá en -  
relegación a colonia agrícola de uno a cuatro años.

La sanción se aumentará hasta en una cuarta parte si  
tales drogas o sustancia se suministran a menores de  
16 años. En este caso se aplicará además multa de -  
\$500,00 a \$10.000,00

El que sin permiso de autoridad competente cultive o  
conserva plantas de las que puede extraerse marihuana  
opio, cocaína o cualquier otra droga o sustancia es-  
tupefaciente o alucinógenas incurrirá en relegación a  
colonia agrícola de uno a tres años y en multa de -  
\$500,00 a \$2.000,00

El que en su casa, local o establecimiento auspicie el  
uso de sustancia o drogas estupefacientes o alucinóge-  
nas sin acreditar su tenencia legítima, incurrirá su  
relación a colonia agrícola de uno a tres años.

En el Artículo Octavo sanciona su uso indebido.

El que en lugar público o abierto al público porte sus-  
tancia odroga estupefaciente o alucinógena sin accredi-  
tar su tenencia legítima incurrirá en arresto de uno  
a dieciocho meses.

La Comisión redactora del nuevo código penal en la sesión del 20 de Octubre de 1.972 bajo la presidencia del Doctor Hernán Baquero Borda, presentó la ponencia de los Drs. Baquero y Velásquez sobre drogas y estupefacientes que establece lo siguiente al respecto.

El que sin permiso de autoridad competente cultive, adquiera, conserve, comercie, venda, exponga para la venta o de cualquier otra forma ofrezca o suministre planta de que pueda extraerse marihuana, opio, cocaína, morfina, heroína o cualquier otra droga o sustancia estupefaciente, o alucinógena incurrirá en prisión de ..... a ..... y multa de ..... a .....

El que actuare como intermediario sin ánimo de lucro entre expendedores, traficantes o suministradores de sustancia o drogas estupefacientes o alucinógenas o plantas de las que éstas puedan extraerse y los consumidores o usuarios de las mismas, incurrirá en prisión de ..... a .....

El que en lugar público o abierto al público como establecimiento educativo, carteles, hospitales, cárceles - porte sin acreditar su obtención legítima, sustancia o droga estupefaciente o alucinógena o plantas de las que éstas puedan extraerse, incurrirá en prisión de .... a ..... y multa de .....

El que sin permiso de autoridad competente transporte - sustancia o droga estupefacientes alucinógenas o plantas de las que éstas puedan extraerse, incurrirá en prisión - de ..... a ..... y multa de .....

El propietario arrendatario, poseedor, encargado de la conservación o custodia de casa, local o establecimiento auspicio o tolere el uso de sustancias o drogas estu-

"Una cosa es la reglamentación y otras es lo nocivo - que son las sustancias. Por ejemplo el alcohol está - legalizado y nadie duda que sea una sustancia peligrosa. Hay muchas drogas que están patentadas y si tomamos muchas cantidades de ellas sabemos que podemos intoxicarnos y morir.

La marihuana ya se ha demostrado científicamente que es nociva, no está dentro de los productos, que pueden producir en estos momentos ningún beneficio hasta ahora, en la investigación que hay. Puesto que no es un producto industrial, pero de todas formas la marihuana se extrae de una planta "Cannabis Sativa", produciendo alteraciones al organismo a largo plazo. Yo no veo en estos momentos el beneficio de admitirlo - siquiera".

Pero dicen que la marihuana analgésico, mejores que la marihuana que están en el comercio y que pueden formularse muy bien. Para que vamos a inventarnos cosas siendo que científicamente está comprobado que hay mejores.

El mejoral es uno de ellos y estoy seguro que quita - más rápidamente el dolor que la marihuana.

Personalmente usted no está de acuerdo con la reglamentación?

"La marihuana por más que la pongan los títulos que - quieran, legales, jurídicos o como quieran, de todos modos será lo mismo de nociva, eso no beneficia en nada. Es un campo totalmente diferente como el del alcohol o de otras drogas que se toman y se abusan de ellas.

Cuál considera usted el argumento de mayor peso de -  
quienes apoyan la reglamentación de la hierba?

"Piensan que si las cosas se les quita el tabú funcio-  
nan mejor, Es una teoría como cualquier otra .... yo  
soy muy amplio en cuestiones de teorías. Si lo demueg-  
tran bien. Personalmente te estoy dando mis conceptos  
pero insisto que el campo legal es completamente dife-  
rente al terapéutico. Yo sigo pensando que es nociva,  
así la legalicen en todas partes".

Cuál es el pronuncionamiento de UCLAD al respecto?

"Estamos a la expectativa y no en pie de batalla, pre-  
cisamente como asesores, si nos lo solicitan. Pero no  
podemos ir a pelear en el campo de los demás. Senci-  
llamente nuestra misión es terapéutica basados en ex-  
periencias científicas."

El doctor Camilo Uribe presidente de la Asociación -  
Latinoamericana de Toxicología. Atribuye esta medida  
al marginamiento de entidades como estas igual que la  
Asociación Nacional de Medicina, la Colombiana de To-  
xicología y Farmacodependencia. Cual es u opinión?

"Nosotros debemos mantenernos en un plan terapéutico -  
y estar siempre colaborando en asesoría con las perso-  
nas que manejan la ley. Un pronunciamiento directo e -  
indirecto lo maneja precisamente la prensa, en el mo-  
mento de tratar de informar lo mejor".

Doctor considera usted que es una medida imprudente en  
nuestro medio?

"Personalmente creo que no es la solución legalizarla .

No veo clara la solución, estoy seguro que están actuando de muy buena fe, espero tenemos que dar por descontado. Tal vez no estoy enterado de estos sus argumentos pero por lo que me he enterado no veo claro que esta sea la solución para el problema que existe".

Para la adopción de esta medida se tuvo en cuenta el concepto universal de que "El fumador de marihuana no debe recibir un tratamiento de delincuente sino de enfermo. - Que podría decirnos sobre eso?

"Síno piensan castigar al marihuanero, sino al traficante. Sin embargo ahí es donde vienen los problemas, porque dan veinte gramos mínimo para poder portarla. Si saben que es nociva por qué vamos a permitir que alguien la aporte. No estoy de acuerdo que se persiga al marihuano. Nuestra posición debe ser tratar de rehabilitarlo como dije antes la medida tiene un pie de buena fe. Quien define si una droga es mala, no es la ley sino la "Ciencia".

UNA PSICÓLOGA

La directora de UCLAD, doctora Isabel de Gutiérrez, quien es además psicóloga y catedráticas de la Universidad del Norte, responde:

"Esa información no nos ha sido comunicada oficialmente y la conocemos a través de los medios de Comunicación Social más bien como un buen informe periodístico. La medida ha sido analizada con profundidad teniendo en cuenta sus consecuencias, por el señor Ministro que es una persona responsable y capaz".

Crean ustedes que el seminario sobre los medios de Comunicación Social y las drogas influyó para tomar esta medida?

No yo no creo, porque esa resolución había sido estudiada previamente al Congreso. Relamente el Ministerio de Justicia, Salud y Educación habían estudiado con anterioridad las medidas que debían adaptarse en este sentido.

"En Sochagotá lo que se trató más que todo fue de hacer tomar conciencia a los Medios de Comunicación, que son de una vasta trascendencia tanto nacional como internacional, de que debían participar en una forma mucho más activo en el manejo del fenómeno. Por que hay una serie de jóvenes que no participan todavía del vicio pero que son susceptibles de caer en él. A pesar de que habla mucho del problema hay una ignorancia en la Ciudadanía.

Cuál considera usted el argumento de mayor peso para la reglamentación de la hierba?

"Esta medida puede acabar hasta cierto punto con el problema de la clandestinidad. Se da una reglamentación para el consumo de la dosis mínima pero no deja de tener implicaciones legales.

Cuando se porta una dosis superior de la estipulada, esto es motivo de sanción, contribuyendo así al descubrimiento de las personas encargadas del tráfico de la droga".

Al reglamentarse la dosis personal podría ser un indicio de aprobación social?

"Bueno, lo que pasa es que tenemos que aceptar que si está presente el problema debe tratar de llegarse a un análisis muy importante que es la repercusión que pueda tener. En cuanto a la aceptación social, yo no podría decir que acepto al alcohol, sin embargo en toda reunión social el alcohol está presente".

Es decir, no minaría la autoridad de padres de familia, profesores en fin autoridad general?

"La autoridad se mira de acuerdo a la conducta de la persona. Nosotros tenemos que aceptar que la marihuana existe y está presente dentro de la sociedad colombiana. Pero no podemos aceptar que un individuo se consuma porque tiene el hábito de la hierba. Es una realidad que no

toda persona adicta a la marihuana tiene tendencia de delincuente. Es el uso y abuso lo llega a cometer actos delictuosos. Por lo tanto, yo no podría creer que la marihuana tenga una aceptación social?

Qué es un farmaco-dependiente?

"La pregunta es muy importante porque se desconoce este término. El farmacodependiente es el adicto o la persona que consume en forma compulsiva y periódica cualquier tipo de sustancia tóxica al organismo que va a producir alteraciones de conducta".

Para la expedición de esta medida se tuvo en cuenta el concepto universal de que el fumador de marihuana no debe recibir un tratamiento de delincuentes, sino de enfermo. Qué podrá decirnos sobre eso?

"Hasta el momento las personas que recibían el peso de la ley, eran los consumidores, y sin embargo, vivían en clandestinidad aquellos que la trafican. Ahora con la reglamentación se invierte el papel. No es la persona enferma la que tiene el castigo, sino las causantes, o sea, los narcotraficantes."

Por otra parte el traficante que por lo general es el consumidor, lo tiene como su Modus Vivendi".

Esta recomendación podría aumentar el número de adictos?

"Buena eso si realmente no lo podría predecir. Lo que si vemos nosotros claramente es que tiende a controlar mejor el tráfico, Que haya un aumento a una disminución, el tiempo lo dirá.

Así lo recalca finalmente la amable funcionaría de UCLAD!

ADICTO Y DELICUENTES

"Antiguamente se consideraba al adicto como un delincuente y ahora, con esta disposición se considerará como un enfermo". dice Gaby de López Pinto psiquiatra de la misma institución, ciudadana Belga radicada en Barranquilla desde hace mucho tiempo dedicada al estudio de esta problemática.

Continúa la doctora de López Pinto. "El problema de la dosis personal no es nuevo. Es una cosa que existía. Antes la sanción no era la misma para el que llevaba dosis personal y el que portaba cantidades grandes, pero había sanción de todas maneras.

Explíquenos como se determina la dosis personal?

"Es muy importante esa pregunta porque existe ambigüedad sobre ella. La dosis personal se determinaba por un médico legista, no de aquí sino de Bogotá y esto contribuía a una gran confusión, porque estaba sujeto a la apreciación. Interviniendo factores como peso, sexos, estatura, en general diferencias de organismos. Que suscitaba pleitos, la ley actual da una dosis personal de veinte gramos, que me parece es muy alta".

Doctora Gaby cómo diferencia usted los conceptos de adicto y sicópata?

"Entre los mismos muchachos consumidores de marihuana hay el adicto que es el enfermo, es un neurótico compulsivo - que busca la droga como un escape y como tal debe tratarse. Pero al lado de estos se encuentra el sicópata que consume la droga y al mismo tiempo es un delincuente, En estas dos personas científicamente varía la dosis personal. Debe existir una sanción pero no penal, porque los enfermos no,

se atienden en la cárcel. El problema debe enfocarse clínicamente por medio de psicólogos, psiquiatra etcétera.

Es posible la dependencia emocional de la hierba?

Si, porque a los muchachos les ha sido más fácil dejar los barbitúricos y la anfetamina que la marihuana. La diferencia es que la marihuana les produce dependencia psíquica, pero no física inmediatamente. Los barbitúricos le producen convulsiones. El daño de la marihuana es, como el del alcohol, a largo plazo".

Cuál considera usted el argumento de mayor peso para justificar esta reglamentación?

"para mi no se puede autorizar el uso de la marihuana por dos motivos:

La marihuana es el primer paso para otras drogas, pues llega un momento en que la marihuana no les produce a los adictos lo mismo y los acompaña una sensación de angustia. Pero tampoco se pueden considerar como delinquentes porque las cárceles no son el sitio para rehabilitar una marihuana. Por lo tanto, no se puede ni reglamentar ni legalizar".

Con su tono peculiar, con acento marcadamente extranjero, responde a nuestro último.

Doctora, podría tomarse esta medida como inicio de aprobación social?

"tiene que planearse muy claramente puesto, que la juventud la tomaría así. Yo creo que si se hubiera hecho menos énfasis todo iría muy bien en el sentido de que le han dado mucha importancia y estos grandes títulos periodistas de "legalización" han hecho mucho mal".

## OPINA UN DROGADICTO



Oblamente, no podríamos omitir el concepto de un adicto perteneciente a esta institución, quien consideramos el más indicado para dar un concepto al respecto.

Está usted de acuerdo con la reglamentación de la marihuana?

"Me parece bueno en cierto sentido, porque la marihuana sabiéndola llevar moderadamente, no es una cuestión que perjudique a la persona que la toma pone en un estado .. "chévere y tal". Claro que la juventud que la toma muy desenfrenadamente y aquí está el problema. Es una medida que no creo conveniente, mejor dejar las cosas como están. Ahora con la reglamentación sería peor".

### HABLA EL JUEZ PENAL

el último de nuestros entrevistados es el Dr. Eduardo Vargas Osorio, prestigioso abogado, Juez 57 penal militar de la Policía Departamental, quien hace una amplia explicación sobre tan discutido tema, conceptuando así:

"El drogadicto indiscutiblemente es un enfermo. Su cura debe ser la clínica no la cárcel, el drogadicto no se rehabilita aplicándole pena de muerte, presidio, ni reglamentado ni legalizando, ni con decretos ni con leyes. El traficante si es un delincuente, por el peligro que encarna él, tiene un público adicto a las drogas, que lo lleva a ese estado de traficante es un individuo peligroso que está destruyendo una futura sociedad. A este hay que imputarle la pena máxima. La solución sería proteger a la familia, tratar al drogadicto como enfermo aumentando el número de clínicas, hospitales y entidades de rehabilitación para este tipo de enfermedad.

Sin embargo, observamos que el mayor índice de homicidios registrados en la cárcel, han sido realizados bajo el efecto del alcohol.

Personalmente, no estoy de acuerdo con la reglamentación porque sería capitular ante la delincuencia. Ahora lo que se legaliza es la dosis personal, al legalizar la dosis se reglamenta el uso. Y la dosis personal depende de muchos factores; sexo, talla, peso, edad, tolerancia y variaciones biológicas. Que se determina por el médico legista.

Recalca enfáticamente el conocido hombre de leyes.

"Esto de la legalización es solo ideas, no hay nada concreto lo que existe en realidad es el decreto II-88 de Junio de 1.974, Estatuto sobre drogas y estupefaciente".

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

C A P I T U L O   V I

# Colombia

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA



## COMO PENETRA LA DROGA EN COLOMBIA

A pesar de su ubicación geográfica, Colombia no alcanza a superar a otros países que como Perú, Bolivia y Ecuador, alcanzan niveles verdaderamente alarmantes.

Al analizar el problema de los estupefacientes, la variedad de rutas que utilizan los traficantes hace que la operación por combatirla se vuelva un tanto difícil, pues si bien se posee buen material humano, hacen faltas implementos vehículos y otros equipos para luchar eficazmente contra los traficantes.

La droga entra al país por vía terrestre desde Ecuador - por la frontera, en Ipiales procedente esmeraldas, marítimamente es introducida por Tumaco y Buenaventura utilizando la vía fluvial de los afluentes del Amazona, especialmente por Leticia.

La vía aérea es quizá una idea de las de mayor uso por parte de los traficantes.

La Zona Sur utiliza como bases a Pasto y Leticia y también en los aeropuertos de Bogotá, Medellín, Cali, en los vuelos que llegan del Sur generalmente ya que ocasiones utilizan dos medios o lo cambian.

La cocaína entra forma de base, su mayor volumen en pasta o simplemente como clorhidrato. En cuanto a las rutas de salida, se tiene identificado marítimamente a Buenaventura hacia Panamá por el Pacífico. Desde Aruba sale hacia los Estados Unidos, especialmente a la Florida.

Desde los puertos Caribeños, Cartagena, San Andrés, Barranquilla, preferentemente hasta Nueva York y también la Florida. Por cúcuta sale hacia Venezuela y de ahí a Nueva York por rutas diferentes.

55  
valiendo de la ruta aérea los traficantes utilizan los aeropuertos de Bogotá, Medellín y Cali, además de un número de aeropuertos clandestinos desde los cuales la desbachan a Estados Unidos y Centroamérica.

Sin embargo existe un tráfico en doble sentido de sustancias alucinógenas como el L.S.D., la mezclaina, barbitúricos y anfetaminas, que es de Estados Unidos, Canadá y México hacia Colombia.

Se prueba con ello que Venezuela y México son los países mayormente afectados por ese comercio estableciéndose Colombia en el renglón seguido.

Comprándolo con Bolivia y Perú, los sembrados de cocaína en Colombia, pueden considerarse pequeños y están limitados especialmente a los Departamentos de: Huila, Meta, Cauca y los alrededores de la Sierra Nevada de Santa Marta.

No alarma en realidad a las autoridades colombianas el volumen de los cultivos, pues en su mayor parte pertenecen a los indios y colonos que tradicionalmente la consumen. Sin embargo se calcula que mensualmente salen del país unos 150 kilos de cocaína hacia diferentes países correspondiéndoles a los Estados Unidos, el 90% de estas negociaciones. La marihuana supera exportaciones.

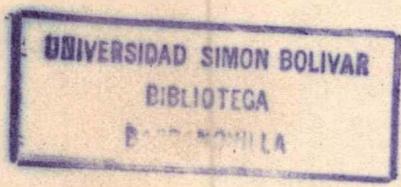
Coca, ya que se estima que son 20 toneladas mensuales las que salen de Colombia para el consumo en Estados Unidos. En orden de prioridad en cuanto a los traficantes capturados en Colombia tienen mayor arraigo en los propios colombianos. En segundo lugar se encuentran los Norteamericanos en el aeropuerto Ernesto Cortizos y luego en una pista rudimentaria por Ponedera (municipio del Atlántico).

En el aeropuerto antes citado existe una estricta vigilancia permanente de personal especializado para el control de entrada y salida del estupefaciente y a cada momento se descifran paquetes que contienen la droga.

Los métodos para ocultarla son muchos y comprenden tacones, huecos, mujeres, "encinta", maletas de doble fondo, jorobados que con buena cantidad de coca en la espalda, simulando la jiba, señores con bolsas pegadas a los brazos con esparadrapo y cubierta por el saco, etc,

La marihuana en Santa Marta tiene un mayor tráfico y movimiento aseguran las autoridades. Debe ser por las cercanías a la Sierra Nevada y por la calidad de la marihuana que aquí se produce.

Mientras que el movimiento de la coca en Santa Marta se limita casi que exclusivamente a los turistas, que llegan con sus respectivas dosis de los países de origen o que las adquieren en otras ciudades.



LA AUTORIDAD ANTE EL PROBLEMA DE LA DROGA  
(ENTREVISTA CON EL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD DAS)

Cuál es el papel del DAS ante esta problemática?

- R. Adelantan campañas publicitarias tendientes a desestimular la producción y el tráfico de estupefacientes al igual que el consumo de drogas o sustancias que produzcan dependencia física o psíquica.  
Adopta medidas para el control del uso de tales drogas o sustancias.  
Mantiene con actos con autoridades internacionales (INTERPOL) y adelanta gestiones entre los mismos con el fin de coordinar la acción del gobierno colombiano con la de otros estados.

QUE METODOS EMPLEA EL DAS PARA LOGRAR ENCONTRAR ESTOS LUGARES DE NEGOCIOS DE DROGAS?

- R. Investiga por medio del grupo UNICOMA (UNIDAD CONTRA NARCOTRAFICANTES) posiblemente centros de distribución de estupefacientes, laboratorios, individuos presumiblemente involucrados en el tráfico de drogas.  
Mantine además una recta informante encargada de detectar, vigilar y divulgar los establecimientos sospechosos

QUE SANCIONES APLICA EL DAS A LOS NARCOTRAFICANTES Y A LOS ADICTOS Y A DONDE SON LLEVADOS?

- R. Los individuos señalados como narcotraficantes o adictos aprehendidos por miembros del DAS y a quienes se le hayan incautado droga una vez efectuado el examen pericial de la misma se ponen a disposición de los jueces de instrucción criminal de los encargados de aplicar las sanciones disciplinarias contempladas en el decretos 1188 del 25 de Junio de 1.974 capítulo quinto artículos 37 y 38; las penas oscilan de tres a doce años de presidio y multas de \$5.000.00 a \$500.000.00

Si la cantidad de droga o sustancia estupefacientes - que el sujeto lleva consigo corresponden a una dosis - personal se impondrá arresto de un mes a dos años y multa de \$200.000.00

QUE DESTINO SE LE DA A LA MARIHUANA Y A LA COCA DECOMISADA?

R. Cuando la policía Judicial decomise marihuana, cocaína, morfina, heroína, o cualquier otra sustancia que produzca dependencia física o psíquica, realizará sobre ella inmediatamente edentificación peridial; precisará su peso y cantidad; señalará el nombre y demás datos personales de quienes aparecieron vinculados al hecho y describirá cualquier tipo de sustancia útil a la investigación todo lo anterior mediante acta suscrita por los funcionarios que hubieren intervenido en las diligencias y por la persona o personas en cuyo poder se hubiere encontrado la droga o sustancia. Cuando esta diligencias se realice en zona urbana deberá ser presenciada por un agente del Ministerio Público dentro de los términos a que se refiere el artículo 290 del código de procedimiento penal, el funcionamiento de policía judicial que hubiere practicado la diligencia precedente enviará la actuación al juez instructor. Recibida por éste practicará - al día siguiente con el agente del Ministerio Público - una diligencia de inspección judicial sobre la droga o sustancia en el sitio donde la haya depositado la policía judicial.

Una vez concluida la actuación el juez tomará de la droga o sustancia demisada y la enviará al Instituto de Medicina legal para nueva peritación (análisis); enseguida ordenará y presenciará la destrucción del remanente y sentará el acta respectiva que suscribirá quienes en ella hayan intervenido. Quedanto como prueba de su destrucción (INCINERACION) las fotografías judiciales que se tomen durante la diligencia.

R En algunos casos el consejo nacional de estupefaciente dispone que éstas sustancias sean utilizadas para fines

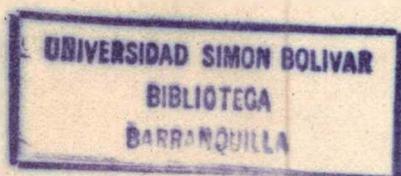
cientas en general, depositan dentro del término de la -  
distancia y con las seguridades del caso la droga en las  
oficinas del Banco de la República a órdenes del Ministe-  
rio de Salud Pública.

ESTADÍSTICA LOCAL - BARRANQUILLA 1.976

Decomisos:

Cocaina - 9.880 gramos

Marihuana -26.000 gramos



Se tiene perfectamente vigilada la Sierra Nevada y se puede asegurar que no hay plantaciones de coca; además se considera que el terreno no es muy propicio para ese cultivo. En cambio la marihuana es silvestre en este lugar y a pesar de grandes cantidades que se decomisan en forma permanente siempre baja más de la Sierra.

Los compradores norteamericanos la buscan mucho porque la consideran de "optima calidad".

Pero las cosas se dificultan más aún para los traficantes en Santa Marta, por el sistema de vigilancia en lancha que se hace en la bahía.

Ahora los cargamentos tendrán que ser embarcados en alta mar y utilizando naves fuertes y veloces.

Es decir que los costos aumentarán para los negociantes.

AEROPUERTOS CLANDESTINOS:

El mayor aeropuerto clandestino hasta ahora en la Costa Norte que se hallado en las Zonas de la Guajira Media, junto con cinco aviones que movilizan grandes cantidad de marihuana, fue descubierto por detectives pertenecientes al DAS de ese lugar. Con el descubrimiento del aeropuerto y el decomiso de las cinco naves, se pudo establecer el funcionamiento de una completa organización clandestina no solo para el tráfico de la marihuana sino para su procedimiento en el mismo lugar donde funcionaba la pista.

Este golpe dado por el DAS a los narcotraficantes de marihuana permite deducir que existe un voluminoso mercado de marihuana a escala internacional que se abastece en esa importante región de Colombia.

Desde hacía tiempo se habían recibido informes sobre movimientos sospechosos en un sector de la Guajira Media, y -

en cuanto a aterrizaje y decolaje de pequeñas naves. Una vez en posesión de los informes se hizo una inspección sobre la basta región, la cual se hizo luego de varios días de intenso patrullaje por sitios difícilmente accesibles - por su ubicación, ya que por ellos ni siquiera pasan los llamados "caminos verdes" de los contratandistas.

La labor de los detectives fue luego de varios días de caminata, relacionado puntos de referencia para poder llegar al sitio donde funcionaba el aeropuerto clandestino.

La patrulla de detectives localizó los primero revisados - los cuales se pudo establecer que portaban apreciable cargamento de marihuana ya procesada. Los detectives encontraron varias "caletas" o sitios donde se habían escondido numerosos recipientes de combustible lo que permite pensar que los delincuentes tenían revisto un completo aprovisionamiento para las naves clandestinas que viajaban sobre grandes distancias.

#### EL NEGOCIAZO DE LA COCA Y MARIHUANA EN LA COSTA NORTE.-

El tráfico de la cocaína es un negocio que da para abandonar un avión que vale más de \$ 4.000.000.00, como así lo vemos a cada momento abandonar los narcotraficantes los aviones cerca a los aeropuertos de la Costa, o botar avionetas de 2 y 3 millones como las decomisadas por las autoridades de la Costa en otros puntos (Ponedera - Atlántico) y Aeropuerto Ernesto Cortizzo<sup>5</sup> de Barranquilla

Permite además pagar un promedio de \$150.000.00 por cada libra de cocaína pura que transporta una "mula". Mientras en los Estados Unidos una libra de café colombiano vale un dolar y una libra de marihuana cuesta US\$ 500. Es decir - que en pesos colombianos su valor por libra es de treinta el café, quince mil la marihuana y un millón y medio la cocaína.

El negocio ilícito aguanta, además la pérdida de valiosos decomisos hechos por las autoridades y todavía da jugosas utilidades a las mulas, procesadores, capitalistas y distribuidores.

Los métodos para pasar la cocaína de una "zona" a otra - con muchas: en las "caletas", naturales que tienen los - barcos de carga o pasajeros, en sitios estratégicos de - vehículos privados o de servicio público.

La zona uno comprende los países de: Ecuador, Bolivia y - Perú, donde se produce la mata de coca sin mayores restric - ción. En esta zona la semi-procesan y la envían a la "zo - na dos", que es Colombia.

Llega a través de las fronteras por tierra y también por - los numerosos barcos que bordean el sur del continente. A Colombia llega la coca regularmente en forma de pasta ne - gra, que después de procesada de la nivea cocaína.

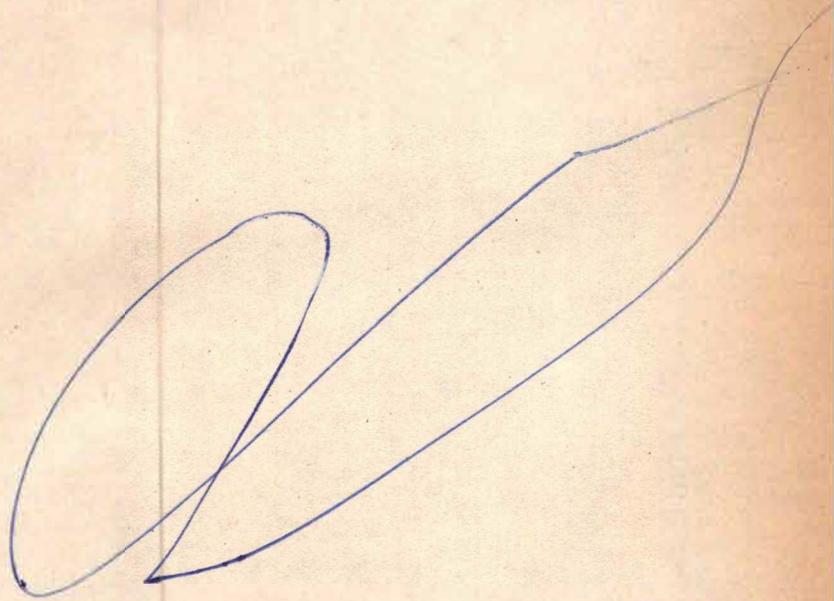
La "Zona Tres" son ya los Estados Unidos, a donde envía - concentrada por lo regular en un 90% de pureza.

Los efectos benéficos usados desde hace miles de años por los pueblos andinos para obtener calorías de las hojas de coca han sido en años recientes desnaturalizados y conver - tido en un vicio de fuertes efectos y un problema interna - cional que afecta a Colombia y muchos otros países. Es de - cir que la coca transformada en cocaína amenaza al mundo - civilizado y da lugar a las tenebrosas maquinaciones de la mafia internacional.

MARIHUANA DE OPTIMA CALIDAD EN LA SIERRA NEVADA (SANTA - BARBA) EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.-

El comandante de la policía en el Departamento del Magda - lena tiene a su cargo el control general contra la lucha

del tráfico de las drogas. Para ese efecto ha establecido un completo sistema de comunicaciones que le permite estar al tanto de todo lo que ocurra en la extensa zona. El oficial considera que el mayor volumen de tráfico de drogas - corresponde a la marihuana-.



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

C A P I T U L O      V I I

AMERICA LATINA, IMPERIO DE LA EROGA

Y COLOMBIA ES SU CAPITAL

La toxicomanía se propaga a través de América Latina , - que sigue siendo el suministrador exclusivo y clandestino de cocaína en el mundo, denunciaron aquí los expertos internacionales.

En su informe anual publicado por , el Organo Internacional de Control de Estupefacientes (OICE) precisa que - "el uso de cáñamo indio está muy extendido y el de las sustancias psicotropas va un aumento".

Señala que una parte de cáñamo indio importado por Estados Unidos procede de Colombia.

El OICE, indica que bolivia tomó disposiciones para combatir la fabricación clandestina de cocaína, pero critica implicitamente la política del Perú.

"De las informaciones proporcionadas por el Perú afirma - sigue desprendiendo que una alta cantidad de hojas de coca desaparece sin que se pueda justificar su empleo". Todo - el sistema de control de la producción y del comercio debe ser revisado", aconseja el OICE.

OPIO ORIENTAL Y MEXICANO

El cultivo de la adormicera blanca, planta de Opio, sigue siendo "muy importante" en los confines de Birmania, Tailandia y Laos, así como en Afganistan Pakistán y México, - indica el organo internacional de control de Estupefaciente

"Este problema advierte solo podrá solucionarse totalmente a largo plazo" a causa del "carácter con frecuencia incesible de las regiones de cultivo" y porque "en la mayoría

de los casos, el gobierno no está en condiciones de ejercer plenamente su autoridad."

La ejecución de un programa de abolición del cultivo de la adormidera tropezaría versosimilmente con la resistencia - de las poblaciones". estima el OICE, pues la venta de Opio constituye a menudo para ellas su única fuente de ingreso en dinero".

El informe concluye este capítulo afirmando que la determinación y el espíritu desacrificado de los países de referencia, así como el reforzamiento de la solidaridad internacional, son más necesario que nunca.-

#### LOS CAMINOS DE LA DROGA

La política creó problema el año pasado a los traficantes en el Laos al pasar todo el país bajo control revolucionario. Pero también tiene problemas en México, Bolivia, España, Los Balcanes, Tailandia, y Hong Kong.

En cambio, según el informe del Organo Internacional, los traficantes parecen haber operado con más facilidad en Irán Francia, Italia, Pakistán y Perú, pese a que en todos estos estados se haya mantenido o incluso agravado la represión.

El OICE, no suministra ninguna indicación cifrada sobre el volumen del tráfico, pero estima que "Interpol" distribuye diariamente más de cien informes sobre la droga.

Por otra parte, el organismo ginebrino traza las líneas generales del tráfico a través del mundo.

Según el OICE, el Opio clandestino sigue partiendo del - "triangulo de oro" (confines de Birmania, Laos y Tailandia) Afganistán, Pakistán y México, la producción es considera-

ble en Birbania y "abundante" en Tailandia.

Cada vez con más frecuencia, este Opio es transformado - en morfina de base y en heroína en los mismos lugares de producción. así como en Irán y Hon Kong, Bajo su nuevo régimen político, el Laos desempeña una base menos importante como vía de tránsito. En cuanto a Tailandia, la Marina persigue con más eficacia a los barcos cargados de polvo blanco.

La base de partida de la heroína hacia Europa es ahora - Malasia, con algunos envíos de Singapur y Hon Kong aunque el OICE señala que la policía Británica logró interrumpir hace unas semanas el tráfico desde la Colonia.

#### LA MARIHUANA Y SUS RIESGOS

El OICE, afirma que el consumo prolongado de ciertas canábicas- marihuana, hachis etcétera. "Puede disminuir la resentencia del organismo a la infección."

Experiencias con animales prueban que este uso prolongado puede acarrear mutaciones genéticas y tener efectos restrictivos en la producción de hormonas masculinas.

Sin embargo precisa el OICE si bien es verdad que existen estas posibilidades, no se poseen aún pruebas clínicas directas que las confirmen. Otras investigaciones científicas recientes, añade, pone en tela de juicio el alcance real - y la significación de tales resultados.

No existe, pues, estima necesario precisar que las conclusiones preliminares están lejos de disipar las inquietudes que suscita el uso prolongado de cañamo indio con suma - por un número creciente de millones de persona en el mundo

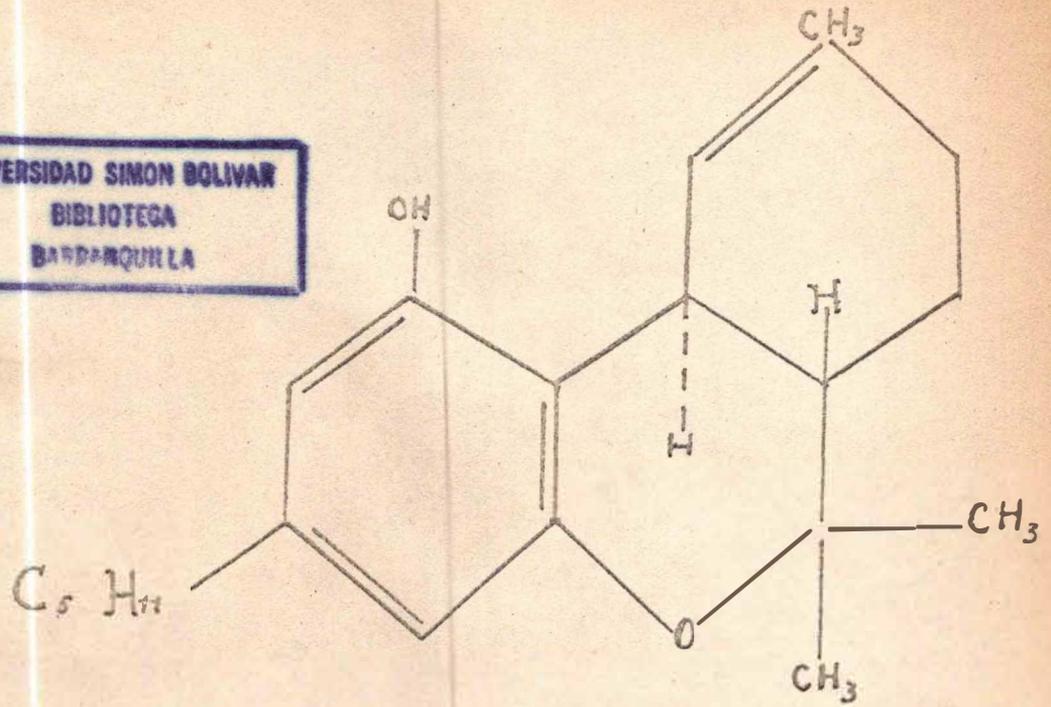
De ahí que el OICE, encargado de verificar la aplicación de los tratados internacionales que reprimen el tráfico de estupefacientes, se pronuncie contra la legalización del uso de la marihuana, encargada en diversos países - Occidentales, Teme, además que tal medida favorezca el tráfico de droga.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

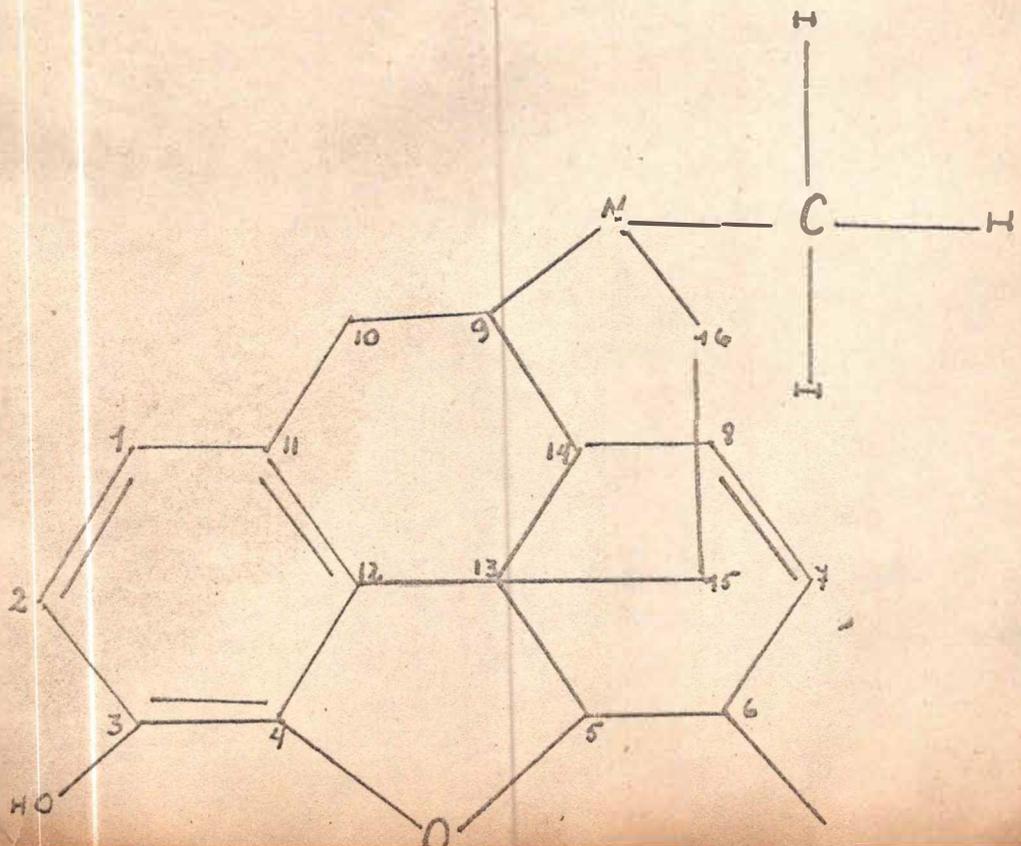
C A P I T U L O   V I I I

# TETRAHIDROCANABINOL ( $\Delta^9$ -THC)

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA



# MORFINA Y DERIVADOS



DEPENDENCIA DEL TIPO MORFINICO

Existe una serie impresionante de drogas susceptibles de originar una toxicomanía comparable a la de la morfina; - pero como esta sustancia es el alcaloide más adictivo entre los extraídos del opio, y el empleo de éste se remonta hasta muy atrás en la historia de la humanidad, se ha elegido la morfinomanía como modelo de los estados de dependencia de numerosas drogas análogas. Todas pertenecen al grupo de los analgésicos estupefacientes. Hubiera sido incorrecto tomar la opiomanía como prototipo de estas dependencias, ya que el opio es un producto impuro, debido a - que el opio es un producto impuro, debido a que contiene varios alcaloides, algunos de los cuales no son considerados como estupefacientes o adictivos. Así sucede, por ejemplo, con la papaverina, la narcotina que al contrario de lo que parece indicar su nombre no es un depresor del sistema nervioso central, la narceína, etc.

MORFINA

Ejerce una acción sedante general, particularmente sobre los centros cerebrales de la percepción dolorosa. Esta es la indicación primaria para el uso terapéutico de la droga.

En ciertos individuos, no en todos el efecto tiene lugar no sólo en relación con las sanciones físicas de agradable sino también con el sufrimiento moral. El campo de la conciencia se estrecha, sobre todo en relación con lo que la condición humana tiene de penoso. El espíritu percibe con claridad los fenómenos desagradables, que si le alcanzan le herirían. Se sitúa en cierto modo por encima de las realidades, lo que libera más o menos la imaginación y atenúa la voluntad. Se trata de la euforia, producida por el alejamiento de los sueños se halla determinado mucho más por las tonalidades de la vida efectiva e instintiva propia

de la personalidad del individuo, que por las características farmacológicas inherentes al estupefacientes. Aunque origina casi siempre una sensación de calma y de reposo, no siempre llena los espíritus de imágenes o de ideas brillantes y de ensueño, como se prueba, al menos durante las primeras fases, por las declaraciones de la mayoría de los orientales que usan el opio de algunos occidentales que se inyectan morfina o algunos de sus derivados. Unos y otros se sienten aparentemente más atraídos por una vida contemplativa que por la necesidad de realizarse mediante una gran actividad física y motora, incluso signada de agresividad.

Estas diferencias individuales y culturales explican ampliamente el contenido tan variado y a veces completamente contradictorio del "pasado morfínico". En efecto, más de un temperamento no experimenta ninguna satisfacción al perder el contacto con los imperativos morales y sociales, por muy impregnantes que sean. En lugar de la euforia cantada por algunos, otros sienten una auténtica disfonía, un malestar ante los síntomas de la intoxicación que les impide que les impide llegar a apreciarla.

#### Efectos físicos

Es indiscutible que en algunos casos a la angustia psíquica vienen a sumarse sensaciones desagradables de otro tipo. Claro está que aquellos que desde el principio se sienten encantados por la "suavísima molice, casi voluptuosa, de todo el cuerpo y la simultánea desaparición y las preocupaciones de los sinsabores" por emplear los términos de un médico que se convirtió en morfínmano en quince días soportan con auténtico estoicismo los efectos secundarios. La embriaguez lo sumerge todo, o casi todo. Además hay que pagar algo por el placer.

La morfina deprime la respiración, cuyo ritmo se enlentece por inhibición nerviosa central. Además de un establecimiento

to de la pupila (miosis), signo que nunca falta con una dosis suficiente, las personas sencillas pueden presentar en ocasiones otros síntomas de estimulación parasimpática, como espasmos dolorosos del esófago, del estómago o de la vejiga. Esta acción espasmódica de la morfina resulta un tanto sorprendente, ya que se opone a sus notables efectos sedante cuando se inyecta en el curso de los cólicos intestinales, hepáticos o nefríticos. Debe admitirse que tales efectos ejercen gracias a una depresión directa de los centros de la sensibilidad dolorosa, y no por una acción sobre el músculo contraído. La morfina retrasa también la evacuación del tubo digestivo, por lo tanto produce estreñimiento. Es, pues, antidiarreica. En ocasiones provoca náuseas, falta de apetito y pruritos. Una serie de auténticos inconvenientes que bastarían, aparte todo peligro de toxicomanía, para limitar el empleo de los opiáceos exclusivamente a los casos en que se muestran rigurosamente indispensables.

#### Intoxicación Aguda

No obstante la evidente tolerancia que aparece en los morfomanos, siempre es posible la intoxicación aguda. Se puede incluso decir que frecuentemente es la tolerancia en sí la causa de tal complicación, ya que empuja al consumidor a aumentar la dosis y a llegar, de una forma completamente involuntaria, a una sobredosisación.

Después de una corta fase premonitoria de excitación psíquica, se produce la somnolencia, seguida de una astenia profunda, un sueño pesado y, muy pronto, el coma. El pulso y la respiración se enlentecen peligrosamente; el enfermo se vuelve cianótico; la piel se cubre de un sudor frío y viscoso y las pupilas se retraen al máximo, reduciéndose a un pequeño punto negro. El ritmo respiratorio se hace cada vez más irregular y la asfixia determina la muerte, momento en que las pupilas se dilatan ampliamente.

Intoxicación crónica

La morfínomanía constituye el prototipo de la intoxicación crónica, representando el mayor conveniente en la utilización de la droga.

En las personalidades defectuosas, por ejemplo los psicópatas o las personas con trastornos caracteriales con neurosis de ansiedad o de angustia, el simple desco, unido a la sensación de bienestar, nace con gran rapidez. Ya hemos visto que el flechazo puede tener lugar ya en la primera administración. La despreocupación derivada de la acción inmediata de la morfina hechiza a estos seres invertebrado y precipita el abandono de una resistencia, ya muy escasa en el comienzo. En breve efecto subjetivo de la droga, entra en la segunda fase de la evolución hacia la verdadera toxicomanía. Dupré ha llamado a esta etapa la luna de miel. Se caracteriza por un cierto equilibrio eufórico; el individuo goza con toda sus fuerzas; la vida es bella, el cielo azul. Ninguna nube del horizonte. El intelectual habla de "alegría cerebral"; las ideas fluyen por su propio peso y parecen más rica que nunca. Sin embargo, es pura ilusión a juzgar por el valor de sus productos. Los morfínomanos que, en pleno etetismo psíquico debido a la embriaguez de la droga, toman nota de sus productos. concerto que vienen a su mente, son los primeros en admitir al despertar que sus notas no testimonian la inspiración de que se sentía henchidos. En realidad, la luna de miel constituye ya el comienzo de la amarga comedia que el futuro morfínomano no cesará de interpretar ante sí mismo y ante su entorno, cuyos miembros más vulnerables corren el peligro de contagiarse e un grado no desdeñable.

BOSQUEJO HISTORICO

La historia del uso del abuso del opio, de sus alcaloides de sus sucedáneos es extraordinariamente apasionante. Sig

do como es muy antigua, resulta eminentemente rica en suceso de todo tipo.-

### ADORMIDERA Y OPIO

El registro más antiguo que se cree haber encontrado de la adormidera, planta que produce el opio, se remonta a unos cuatro mil años a . de J.C.: en el emplazamiento de la antigua ciudad sumeria de Uruk, patria del héroe mitológico babilónico Gilgamés, en la Baja Mesopotamia, se han descubierto tablillas de arcilla en las cuales, en caracteres cuneiformes, aparecen escritos los signos GIL y HULL. El primer ideograma significa al parecer "adormidera", en tanto que el segundo significa "alegría" o "que alegra". Las llanuras que se extienden entre el Tigris y el Eufrates son consideradas, por lo tanto, como la cuna del opio. No obstante, si se tiene en cuenta que los primitivos sumerios fueron probablemente originarios de las montañas de Sín-Tching, es decir, del Turquestán oriental o chino, desde donde emigraron posteriormente, es posible que sus antepasados cultivaran ya la adormidera, lo que vendría a situar su origen en China. Decimos "posible" porque, en realidad no se han encontrado vestigios del opio en este extenso país hasta mucho más tarde, lo que hace pensar, que una vez que los sumerios abandonaron China, llevándose consigo el secreto del cultivo de la *Papaver somniferum* sobre científico posteriormente dado a la planta, los chinos no volvieron a tener conocimiento de ella sino a través de nuevas vías de penetración de origen considerándose como el centro de utilización del opio. Así, pues China y adormidera, dos conceptos que se recuerdan automáticamente el año mil de nuestra era, gracias a la creciente islamización de las regiones del Pendjab, al noroeste de la India a los pies del Himalaya, y de los valles del Indoy del Ganges, territorios recientemente conquistados por las tropas musulmanas.

Sin embargo, desde las llanuras situadas en la desembocadura del Nígr y el Sufantes, el cultivo de la adormidera parece haber emigrado primeramente a Egipto donde, hacia el año 1550 a de J.C. su empleo era conocido como remedio para las más diversas enfermedades. No obstante para llegar a saber todo cuanto acabamos de exponer hubo que esperar hasta 1873, año en el que Georg-Moritz Ebers, egiptólogo y novelista alemán, descubrió el famoso papiro que después llevaría su nombre; dos años más tarde publicó su traducción. Se supo entonces que se trataba de un auténtico tratado de terapéutica, titulado Libro hemético de los medicamentos, en el que se enumeraban más de 700 remedios, entre ellos: "Los gritos de la planta spenn se mezclan con las deyecciones de mosca tal como se encuentran en las paredes; se hace una pasta y se administra durante cuatro días. Los gritos ceden en seguida". La adormidera tenía fama de ser "capaz de impedir que los niños griten demasiado", renombre que se mantuvo durante demasiado tiempo.

Hipócrates, frecuentemente calificado como el mejor médico de toda la antigüedad, que vivió en Grecia desde el 460 al 357 a de J.C. aproximadamente, pasa por haber sido un adicto del empleo médico de la adormidera. La aconsejaba contra los flujos blancos y las "sofocaciones uterinas". Sus sucesores no compartieron unánimemente su opinión, y apenas pasado un siglo, Erasistrates, célebre médico griego, se pronunció en contra del uso de la adormidera y "sus peligrosas propiedades". Erasistrates nació, como Hipócrates, en la isla de Cos de médico griego, se pronunció en un templo de Esculapio, siendo el primer médico que realizó la disección lapio, siendo el primer médico de cadáveres humanos. También parece haber sido el primero en haber sido el primero en hacer sonar la alarma sobre los peligros de la adormidera. Sus numerosos discípulos fue cabeza de una escuela célebre durante mucho tiempo, que se estableció principalmente en Esmirna se sucedieron con el nombre de Galeno, es decir, a lo largo de más de cuatrocientos años. A su lado practicaban los médicos de la escuela de

Los médicos de Alejandría, que continuaban prescribiendo la adormidera del mismo modo que lo habían hecho sus predecesores.

La moda de la morfinomanía tuvo su apogeo en Europa justamente antes de la primera guerra mundial, pero no se limitó a este continente. Ya hemos visto que en 1906 el gobierno inglés decidió prohibir el tráfico de opio con destino a China, cuyo emperador publicó al mismo tiempo un edicto prohibiendo su cultivo y su uso por espacio de diez años. Sin embargo, en 1914 Inglaterra exportó 14,5 toneladas de morfina al Asia oriental. De esta manera la exportación de una materia prima fue sustituida por la de uno de sus alcaloides, más activo que el producto del que se extrae. Los chinos ligeramente desintoxicados ya del opio, comenzaron a fumar la morfina inglesa a la que añadían bolitas de muchos otros productos, como cafeína, estroscina, quinina lactosa, harina o almidón, goma tragacanto ... A esta amalgama se le dio el nombre de "pildoras rojas". Hacia 1920 la heroína vino a sustituir a la morfina.

Los Estados Unidos de América también se vieron afectados. Lo mismo que había sucedido en Francia hacia el mismo período, fue una guerra, la de Secesión (1861-1865), la que desencadenó la ola de toxicomanía.

La situación demostró ser tan grave y tan extendida que a comienzos del siglo XX se dejó sentir en casi todo el mundo de forma simultánea la necesidad de una colaboración internacional en la lucha contra el uso ilícito de la droga. A petición de los Estados Unidos, en 1909 se celebró en Shanghai un congreso internacional sobre el problema. Fue el primer paso para una futura cooperación internacional.

#### HEROINA

Pero ya no eran solamente el opio y la morfina las drogas que diezaban la población de un gran número de países. -



Había sonado la hora de la terrible heroína.

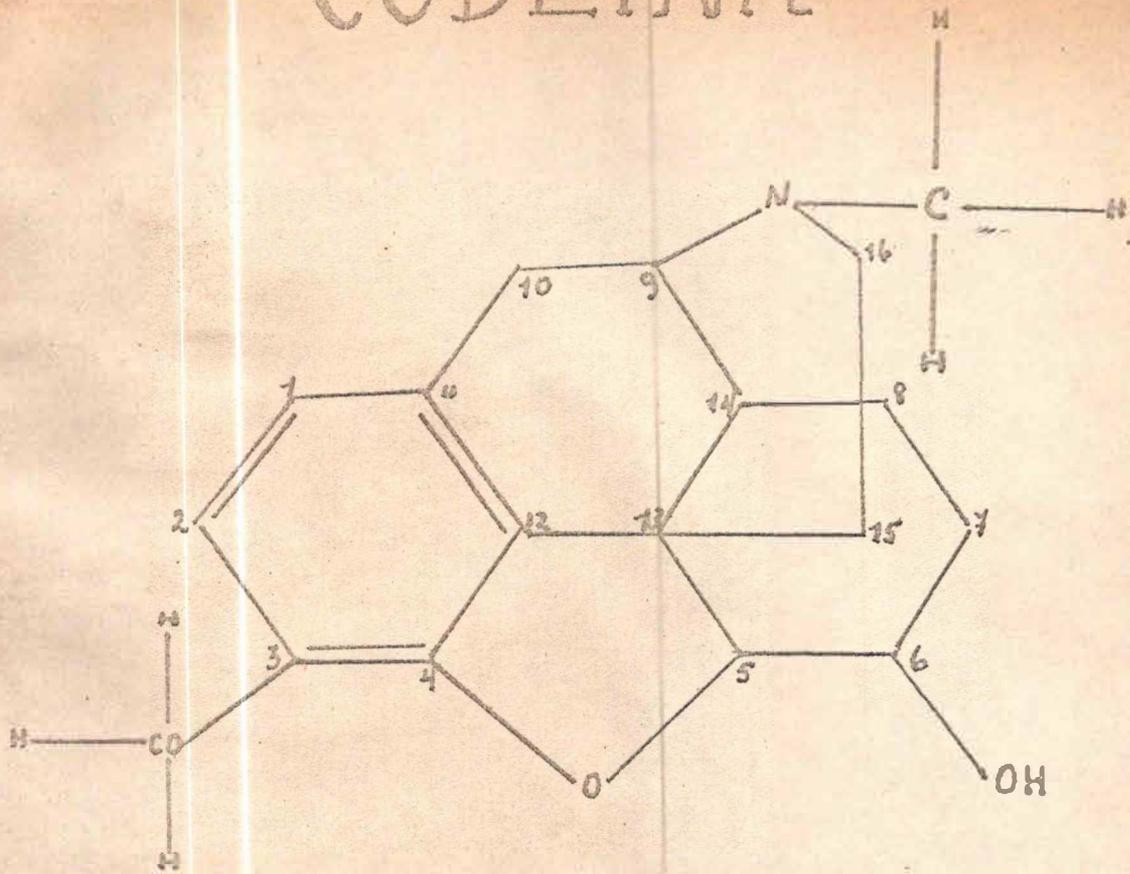
La denominación química de esta droga es diacetilmorfina. En efecto, se trata de una morfina doblemente acetilada, - preparada a partir de ésta conforme a una técnica relativamente sencilla, hasta el punto que permite a los químicos aficionados obtener este derivado opiado semisintético con unos aparatos rudimentarios y en unos locales que todavía lo son más (cocainas o cuarto de baño). Así se explica su continua presencia en el mercado clandestino.

Los primeros experimentos humanos fueron realizados en - 1898, bajo la dirección de Dreser, químico de la industria alemana Bayer, en la clínica de la Universidad de Berlín y en la Policlínica de la citada compañía. Sin embargo, no se cree que Dreser haya sido el inventor de esta droga, - que, al parecer, fue descubierta en 1874. Su existencia y su preparación fueron señaladas hacia época por el inglés C.R. Wright y el alemán W. Dankwortt, atribuyéndose a F.M. Pierce, de Londres (60), la primera observación acerca de los efectos de la droga inyectada a animales.

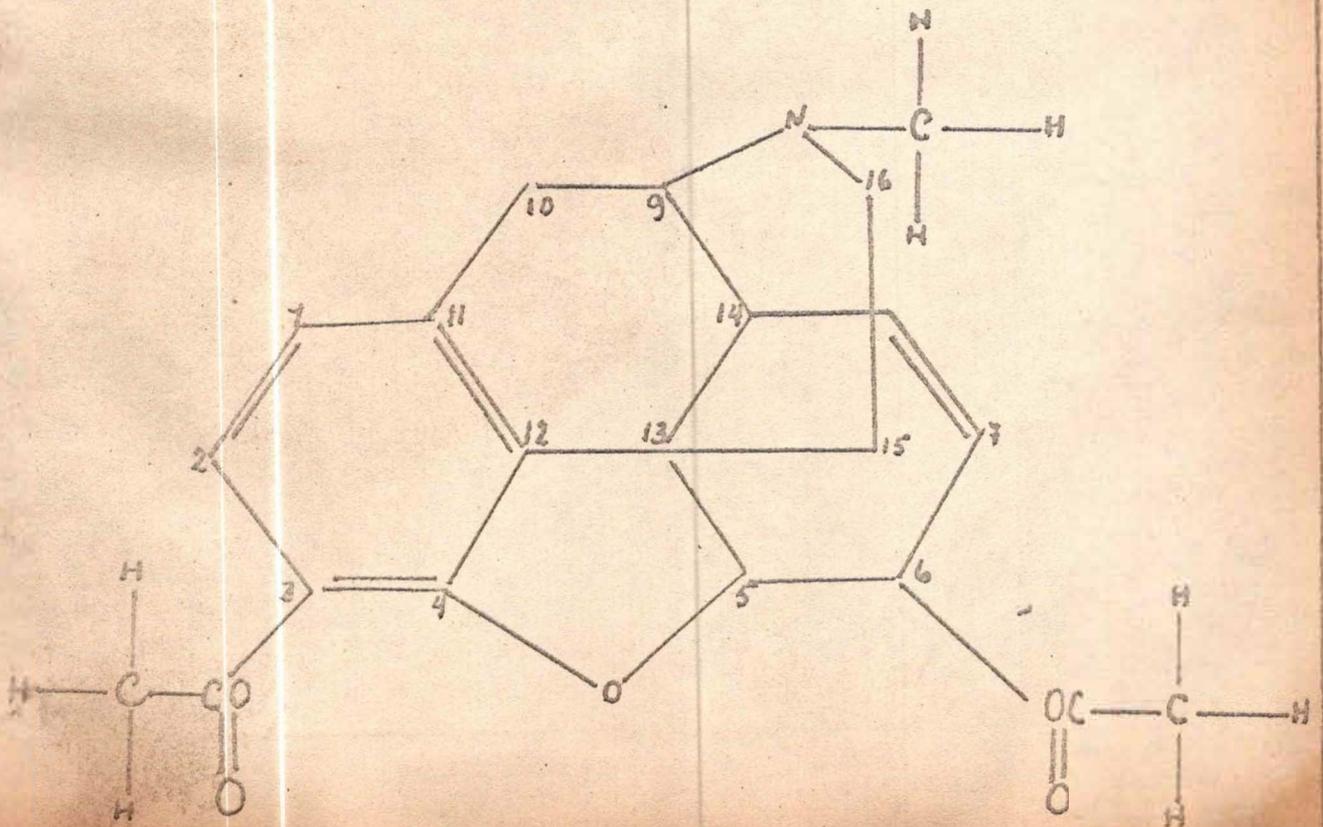
La diamorfina otra denominación de la heroína se mostró en los ensayos humanos tan eficaz contra la tos y la disnea - de los asmáticos y de los tuberculosos habían vencido estas enfermedades. Con el entusiasmo de los primeros éxitos se dio a la sustancia el nombre de "heroína", derivado del adjetivo alemán heroisch, que significa enérgico. Una vez - introducido en el arsenal terapéutico "el remedio heroico" fué prescrito mediante a gran escala por el cuerpo médico.

Se observó entonces que los morfinómanos tratados con heroína a causa de afecciones pulmonares abandonaban su vicio. Como la nueva droga se había introducido en medicina precisamente en el momento en que las inyecciones de morfina eran cada vez más frecuentes y la tuberculosis hacía estragos, sobre todo entre los morfinómanos inveterados, a los que la desnutrición disponía a la infección por el bacilo de Koch, fueron muchos los tuberculosos a los que se -

# CODEINA



# HEROINA



prescribió "magnífico" sedante de la tos. El abandono de la morfina por este tipo de enfermos dio lugar a una interpretación errónea; se consideró a la heroína como un medio para curar morfinomanía, "el único capaz de hacerlo de una forma rápida", escribía Preser, secundado en sus ideas por la mayoría de los médicos. Pero semejante herejía científica no podía durar mucho tiempo; al menos era lógico suponerlo así, si se tiene en cuenta el intenso poder toxicomanógeno de la heroína, bien conocido en la actualidad y que no tardaría en manifestarse, una vez pasado el entusiasmo propio de la primera experiencia bastante curioso, por lo demás con mucho nuevos medicamentos, sobre todo con los estupefacientes.

Esperemos que no le llegue el turno a la heroína, si bien creemos que al hablar así pecamos de inocentes, pronto o tarde más bien pronto que tarde, en nuestra opinión, tanto Bélgica como otras naciones de la Europa occidental se verán arrastradas a la ronda infernal, efectivamente planificada, de la heroína, iniciada hace apenas medio siglo.

#### CODEINA

Al repasar la historia del opio y sus preparados, de la morfina como uno de sus alcaloides y de la heroína como uno de sus derivados semisentéticos, hemos pasado revista a tres de los principales estupefacientes, sin que sin embargo, hayamos agotado la lista.

Al comienzo de este capítulo hemos dicho que el opio contenía diversos alcaloides; hasta el momento han sido aislado veinticinco. De acuerdo con su estructura química pertenecen a dos clases muy distintas: el grupo del fenantreno y el de la bencil-isoquinoleína. Las propiedades diferentes (63). Únicamente los alcaloides del primero son capaces de originar un estado de dependencia; son también los más empleados en la práctica, lo que debe incitar a los fa

cultivos o manejarlos con una gran prudencia. El más empleado de los alcaloides del segundo grupo, no estupefacientes, es la papaverina, un antiespasmódico muy valioso y muy útil para aliviar los dolores debidos a la contracción de los músculos lisos, intestinales, biliares uterinos y - sobre todo vasculares (arterias coronarias, cerebrales, - etc.) Al lado de la morfina, y perteneciendo al primer grupo, encontramos otras sustancias netamente menos adictivas, pero que no por ello dejan de merecer atención: la codeína y la tebaína. El contenido de opio de estos diferentes alcaloides varía considerablemente de acuerdo con las condiciones en que haya sido cultivada la adormidera. Por ejemplo, el porcentaje de la morfina, droga que en definitiva impulsa el cultivo de la planta, puede oscilar entre el 2, 5 y el 27 por 100, si bien esta última cifra sólo se observa en circunstancias excepcionales. Habitualmente el "mejor" es el opio turco, procedente las más de las veces de Esmirna, por lo general con un contenido mínimo del 10 por 100 de morfina. La variedad hindú produce el 7 y el 10 por 100 y la originaria de china entre el 3 y el 7 por 100. - Ciertos laboratorios europeos han intentado cultivar la adormidera en su propia región, aunque sin éxito, ya que el contenido en estupefaciente resulta muy abajo.

Los porcentajes medios de los diferentes alcaloides contenidos en el opio son los siguientes: morfina, 10 por 100; codeína, 0,5 por 100; tebaína, 0,3 por 100 papaverina 1 - por 100; narcotina, 6 por 100; narceína 2 por 100. Los demás alcaloides no resentan más que indicios.

La codeína fue aislada en 1832 por Robiquet. Se trata de la metilmorfina. En la actualidad es raro que se obtenga del opio; por otra parte, las cantidades que se emplean en medicina son de tal cuantía y han aumentado de tal forma en los últimos años 24 toneladas en 1930, 47 en 1950, 96 en 1960, 124 en 1966 que la producción total mundial de opio no bastaría para obtenerla, aunque se reservase únicamente

para este fin, lo que está lejos de ser el caso, ya que el 90 por 100 de éste se destina a la fabricación de morfina.

Fue Barbier uno de los primeros experimentadores clínicos de la codeína. En 1834 observó (54), con una dosis que variada de 65 a 150 miligramos, de una parte, un ligero efecto narcótico o soporífero; de otra, una cierta euforia. En consecuencia, había ya motivos, desde un comienzo, para desconfiar. El ligero efecto hipnótico fue confirmado inmediatamente por otros clínicos incluso a dosis más reducida.

Un año antes de la reunión de 1931 en Ginebra, se había celebrado en Washington una conferencia sobre estupefacientes. En ella se estimó que la administración de codeína por vía bucal no originada de hecho toxicomanía, pero que (a pesar de todo) en algunos morfinomanos podía sustituirse la morfina por este alcaloide. En suma, una conclusión un tanto ambigua, si no contradictoria en sus términos.

En la conferencia de Ginebra, el Consejo de la sociedad de las naciones encargó a cuatro científicos de estudiar el "caso" de esta sustancia. Dichos expertos afirmaron, como conclusión, que la droga no presentaba "prácticamente" ningún peligro como agente toxicomanógeno. Al parecer, por el momento se habían preocupado más de su administración por vía oral.

En consecuencia, el Convenio de 1.931 clasificó la codeína en el segundo grupo. Pero hubo muchas personas que no se sintieron conformes con semejante resultado.

La codeína se administraba también en inyecciones. Ahora bien, puesto que la reabsorción se verificaba de una manera más rápida y masiva, se pensó que no era ni con mucho improbable la aparición de una codeinomanía "por inyectable"

#### TEBAINA

El tercer alcaloide del opio fenantrénico, por lo tanto estupefaciente, es la tebaina. Su acción analgésica y de -

presivo, caso de que tenga alguna, es muy escasa; más bien se trata de un excitante nervioso, cuyos efectos se parecen, aunque en menor enticidad, a los de la estircina, - sustancia no estupefaciente. Los estudios sobre su toxicación crónica y su poder adictivo son extremadamente raros. Su empleo en medicina, muy reducido. En 1968 únicamente dos de los países miembros del Consejo de Europa pusieron a la venta especialidades farmacéuticas que contenían tebina: - la República Federal Alemana y Suiza (86). La venta al por menor es prácticamente nula. En 1964 los únicos países europeos en que consumía tebina, sobre todo en fórmulas magistrales, eran Inglaterra y Yugoslavia, con cifras de 1 y 3 kilogramos respectivamente. Sus estadísticas oficiales - en el año citado no mencionaban ningún caso de tebaínomanía. Tampoco creemos que hasta el presente haya figurado en ninguna comunicación de un gobierno a la O.N.U.

Poco utiliza desde el punto de vista terapéutico, la tebaína lo es cada vez más, por el contrario, como producto básico en la fabricación de los derivados semisintéticos del opio, como la hidrocodona, la oxicodona y la tebacona. Desde hace algunos años se utiliza también como materia prima en la fabricación de la codeína, lo que deja libres importantes cantidades de morfina que antes se destinaban a esta fabricación. Pero no obstante su papel de importancia creciente como producto básico en la química de síntesis de los estupefacientes, que nosotros sabemos nunca se ha controlado; no parece que sea objeto de un tráfico ilícito. - La codeína, sí; aunque en pequeña escala, evidentemente. Los organismos de la O.N.U. a los que corresponden ocuparse de la cuestión de las drogas no han dedicado en sus publicaciones más que algunas palabras a la tebaína. No tenemos en absoluto el propósito de criticar el que, desde hace más desde hace más de un cuarto de siglo, la hayan sometido a las medidas de control aplicables al grupo I, no obstante su efecto muy poco euforizante y adictivo. Su transformabilidad legítima la medida, como debería ocurrir en el caso de la codeína. Su utilización terapéutica no está autorizada en Francia.

sionó a los médicos y químicos. y como su acción analgésica era preciosa, fueron muchos los investigadores que trataron de fabricar derivados morfínicos con un poder antiálgico que fuera al menos equivalentes, pero desprovistos de la temible característica de engendrar la dependencia física. En principio, a finales del siglo pasado, se empleó como materia básica los alcaloides del opio pertenecientes al grupo de los fenantrenos, de los que acabamos de hablar. Estos derivados fueron llamados semisintéticos. En Alemania algunos autores los denominan chemisch veranderte opiumalkaloide (alcaloides del opio químicamente modificados). - Otros, principalmente franceses e ingleses, emplean el término "alcaloides derivados del opio", o simplemente "derivados morfínicos". El producto tipo es la heroína. Ya hemos echado una rápida ojeada a su papel histórico, pero volveremos a hablar de ella más adelante.

Vamos a detenernos, pues unos instantes en estos opiáceos semisintético o, por lo menos, en los más importantes de ellos, es decir, las sustancias empleadas en medicina y de cuyo control se ocupa la reglamentación internacional. Aunque se han fabricado y estudiando farmacológicamente en el laboratorio varios centenares de derivados morfínicos, solo un pequeño número (unos 25) ha servido finalmente para la clínica humana como analgésicos o antitusivos, sin que se haya logrado que pierdan por completo su poder adictivo

Vamos a enumerarlos. Algunos han encontrado gracia a los ojos de los legisladores y se benefician de un régimen de favor comparable al de la codeína, Los hemos señalada con una cruz al lado de su nombre. Empleamos la denominación común internacional (D.C.I.) e indicamos la cifra mundial de consumo en el año 1968 siempre que ésta haya sido superior a un kilogramo:

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Etilmorfina (+)   | 9.050 kg. |
| Dihidrocódina (+) | 7.457 kg. |
| Folcodina (+)     | 3.733 kg. |
| Hidrocódona       | 907 kg.   |

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Oxicodona             | 620 Kg. |
| Trilacona             | 98 Kg.  |
| Bicromorfona          | 71 Kg.  |
| Bencilmorfina         | 69 Kg.  |
| Heroina               | 68 Kg.  |
| Acetilhidrocodena (+) | 43 Kg.  |
| Oximorfona            | 19 Kg.  |
| Nicomorfina           | 9 Kg.   |
| Niccocodina (+)       | 3 Kg.   |
| N-oxicodena           | 1 Kg.   |

### MORFINA

#### Efectos psíquicos

Ejerce una acción sedante general, particularmente sobre los centros cerebrales de las percepciones dolorosas. Esta es la indicación primaria para el uso terapéutica de la droga.

En cierto individuos, no en todos, el efecto tiene lugar no sólo en relación con las sensaciones físicas desagradables, sino también con el sufrimiento moral. El campo de la conciencia se estrecha, sobre todo en relación con lo que la condición humana tiene de penoso. El espíritu percibe con menor claridad los fenómenos desagradables, que si le alcanzan le herirían. Se sitúa en cierto modo por encima de la realidades, lo que en cierto modo por encima de las realidades, lo que libera más o menos la imaginación y atenúa la voluntad. Se trata de la euforia, producida por el alojamiento del mundo exterior y facilitada por el ligero efecto soporífero de la morfina, que crea una especie de adormecimiento con un estado de beatitud y de ensueño. El contenido de los sueños se halla determinado mucho más por las tonalidades de la vida efectiva e instintiva propias de la personalidad del individuo, que por las características farmacológicas inherentes al estupefaciente. Aunque origina casi siempre una sensación de calma y de

religioso, no siempre llena los espíritus del imágenes o de ideas brillantes y de ensueño, como se prueba al menos durante las primeras fases, por las declaraciones de la mayoría de los orientales que usan el opio o de algunos occidentales que se inyectan morfina o alguno de sus derivados. unos y otros se sienten aparentemente más atraídos por una vida contemplativa que por la necesidad de realizarse mediante una gran actividad física y motora, incluso signada de agresividad.

Estas diferencias individuales y culturales explican ampliamente el contenido tan variado y a veces completamente contradictorio del "pasado morfínico". En efecto, más de un temperamento no experimenta ninguna satisfacción al perder el contacto con los imperativos morales y sociales por muy impregnantes que sean. En lugar de la euforia cantada por algunos, otros sienten una auténtica disfonía, un malestar ante los síntomas de la intoxicación que les impide llegar a apreciarla.

#### Efectos físicos

Es indiscutible que en algunos casos a la angustia psíquica vienen a sumarse sensaciones desagradables de otro tipo. Claro está que aquellos que desde el principio se sienten encantados por la "suavísima mollicie, casi voluptuosa, de todo el cuerpo y la simultánea desaparición de las preocupaciones y de los sinsabores" por emplear los términos de un médico que se convirtió en morfínmano en quince días soportan con auténtico estoicismo los efectos secundarios. La embriaguez lo sumerge todo, o casi todo. Además hay que pagar algo por el placer.

La morfina deprime la respiración, cuyo ritmo se enlentece por inhibición nerviosa central. Además de un establecimiento de la pupila (miosis), signo que nunca falta con una do

si suficiente, las personas sensibles pueden presentar en ocasiones otros síntomas de estimulación parasimpática, como espasmos dolorosos del esófago, del estómago o de la vejiga. Esta acción espasmódica de la morfina resulta un tanto sorprendente, ya que se opone a sus notables efectos sedantes cuando se inyecta en el curso de los cólicos intestinales, hepáticos o nefríticos. Debe admitirse que tales efectos se ejercen gracias a una depresión directa de los centros de la sensibilidad dolorosa, y no por una acción sobre el músculo contraído. La morfina retrasa también la evacuación del tubo digestivo, por lo que produce estreñimiento. Es, pues, antidiarreica. En ocasiones provoca náuseas, falta de apetito y pruritos. Una serie de auténticos inconvenientes que bastarían, aparte todo peligro de toxicomanía, para limitar el empleo de los opiáceos exclusivamente a los casos en que se muestran rigurosamente indispensables.

#### Intoxicación aguda

No obstante la evidente tolerancia que aparece en los morfomanos, siempre es posible la intoxicación aguda. Se puede incluso decir que frecuentemente es la tolerancia en sí la causa de tal complicación, ya que empuja al consumidor a aumentar la dosis y a llegar de una forma completamente involuntaria, a una sobredosificación.

Después de una corta fase premonitória de excitación psíquica, se produce la somnolencia, seguida de una astenia profunda, un sueño y la respiración se enletecen peligrosamente; el enfermo se vuelve cianótico; la piel se cubre de un sudor frío y viscoso y las pupilas se retraen al máximo reduciéndose a un pequeño punto negro. El ritmo respiratorio se hace cada vez más irregular y la asfixia determina la muerte, momento en que las pupilas se dilatan ampliamente.

#### Intoxicación Crónica

La morfomanía constituye el prototipo de la intoxicación crónica, representando el mayor inconveniente en la utili-

acción de la droga.

En las personalidades defectuosas, por ejemplo los psicópatas o las personas con trastornos caracteriales con neurosis de ansiedad o de angustia, el simple deseo, unido a la sensación de bienestar, nace con gran rapidez. Ya hemos visto que el flechazo puede tener lugar ya en la primera administración. El hábito se anuncia casi desde el comienzo. La despreocupación derivada de la acción inmediata de la morfina hechiza a estos seres invertebrados y precipita el abandono de una resistencia ya muy escasa en el comienzo. Supré ha llamado a esta etapa la luna de miel. Se caracteriza por un cierto equilibrio eufórico: el individuo goza con todas sus fuerzas; la vida es bella, el cielo es azul. Ninguna nube del horizonte. El intelectual habla de "alegría cerebral": las ideas fluyen por su propio peso y aparecen más ricas que nunca. Sin embargo, es pura ilusión a juzgar por el valor de sus productos. Los morfinómanos - que en pleno eretismo psíquico debido a la embriaguez, de la droga toman notas de los brillantes conceptos que vienen a su mente, son los primeros en admitir al despertar que sus notas no testimonian la inspiración de que se sentían henchidos. En realidad, la luna de miel constituye ya el comienzo de la amarga comedia que el futuro morfinómano no cesará de interpretar ante sí mismo y ante su entorno, cuyos miembros más vulnerables corren el peligro de contagiarse en un grado no desdeñable.

LOS BARBITURICOS

Los barbitúricos son hipnóticos, o a dosis menores sedantes, derivados de la malonilurea, descubierta se dice que por casualidad por el químico alemán Adolfo von Baeyer en 1863; - precisamente el día de Santa Bárbara, según se cuenta, lo que parece ser que llevó al sabio, jefe de una renombrada escuela de química orgánica de Munich y futuro premio Nobel en 1905, a bautizar la sustancia con un segundo denominativo: ácido barbitúrico. Era el resultado de la condensación teórica de la urea y el ácido malónico, un urido de cadena cerrada o cíclico.

En 1882 Contrad y Guthzeit prepararon el primer derivado hipnótico del ácido barbitúrico, sustituyendo dos átomos de hidrógeno de una cadena lateral por un doble radical etilo. Lo denominaron barbital. Pero transcurrieron veintiún años antes de que Fisher y von Mehring observan sus propiedades hipnóticas. Entonces se comercializó con el nombre de veronal.

A partir de entonces, los intentos de modificación en el núcleo del ácido barbitúrico, desprovisto en sí mismo de poder soporífero, se sucedieron de forma increíble, a tal punto que en la actualidad se calcula que su número es superior a los 2.500. Es imposible dar la cifra exacta. Sin embargo, sólo unos cincuenta se utilizan en terapéutica, ya que no todas las combinaciones ensayadas terminaron con éxito. Lo que no impide que desde comienzos de siglo se haya visto aparecer en el comercio una serie impresionante de barbitúricos, cuyos nombres terminan, en su mayoría, con escasas excepciones, en -al. Mencionemos a título de ejemplo el gardenal (o alorbarbital), el ciclobarbital, etc. A propósito del primero, el

fenobarbital, comercializado primero en Alemania, ante de la primera guerra mundial con el nombre de luminal, circula siguiente historia: Francia, privada en 1914-1918 de sus importaciones del otro lado del Rhin, había preparado su propio fenobarbital. Sin embargo, era preciso, por lo menos, buscale un nuevo nombre comercial, algo verdaderamente francés. Alguien aconsejó que por lo menos se conservase el "nal", "garder nal". Y los franceses tuvieron su gardenal.

La naturaleza de los grupos de sustitución implantados sobre el esqueleto químico barbitúrico determina en gran parte las características farmacodinámicas de cada derivado: el período de adormecimiento, la duración de la acción y la profundidad del sueño difieren de acuerdo con la estructura molecular. De esta forma, entre la amplia gama de barbitúricos, algunos apenas son hipnóticos, en tanto que otros son capaces de producir una anestesia general más o menos profunda hasta el punto de permitir la realización de una intervención quirúrgica. Así sucede sobre todo con los derivados a - en cuya fórmula el oxígeno del carbonillo en posición 2 ha sido sustituido por azufre, derivados a los que se llaman tiobarbitúricos. A esta serie pertenecen el pentotal (o nesdonal), el baytinal y el kemital. Su acción es ultrabreve: de una hora a hora y media. Otros derivados por el contrario poseen propiedades analgésicas mucho menos intensas; se utilizan como anestésicos de base así el nembutal, a una dosis dos o tres veces mayor que la que induce. Un pequeño número de barbitúricos poseen también un efecto antiespasmódico sobre los músculos lisos del colon o de las arterias, como sucede con el gardenal a dosis pequeñas, por lo cual esprescrito en muchas ocasiones como tratamiento complementario de la hipertensión. Por último, ciertas sustituciones por radicales cíclicos dan lugar a sustancias cuya acción sedante de la agitación nerviosa es tan que dosis todavía no hipnóticas son capaces de tratar con éxito la crisis epilépticas. Tal

es el caso del prominal. Como se ve, las indicaciones terapéuticas de los barbitúricos son múltiples, aunque evidentemente la principal es el insomnio. Pueden considerarse, en efecto, como drogas de gran valor lo mismo que sucedía con los estupefacientes a condición de que se utilice bajo vigilancia médica estricta y adecuada. Desgraciadamente, en numerosos países la reglamentación de la venta de estas sustancias es demasiado liberal y no previene el abuso más que de modo muy insuficiente. Incluso la obligación de no venderlas al público sino con receta resulta inoperante, si la medida no se acompaña de ningún otro procedimiento que permita comprobar si el farmacéutico la cumple estrictamente. La comprobación se haría posible si, por ejemplo, se llevase un registro de las entradas y salidas de estos productos y se conservasen las recetas a disposición de los inspectores. En octubre de 1956 el Comité de Expertos de la O.M.S. recomendó tal (10) control de las prescripciones de los barbitúricos. A partir de entonces la recomendación ha sido repetida varias veces, sobre todo en octubre de 1960 (183) y en julio de 1965 (190) apoyadas por otros organismos internacionales, como la Asamblea Mundial de la Salud y la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas; esta última precisó en enero de 1968 (206) "que en su opinión una contabilidad completa en la forma más eficaz de vigilancia" y que sería conveniente "precisar este concepto a los gobiernos". Fueron muy escasos los países que siguieron este consejo. Egipto fue uno de los primeros en hacerlo, el 22 de enero de 1957, seguido por Yugoslavia, Hungría y la U.R.S.S. También Canadá fue pionero en este sentido; sus autoridades instituyeron un sistema de registro completo de las transacciones referentes a estas sustancias.

No solamente demasiados países se contentan con limitar la reglamentación de la venta de estos productos a la sola obligación de presentar una receta, obligación que en estas condiciones no es muy ameno más que de principio, sino

la situación es comparable a la del opio antes de que los -  
trataos internacionales y viniesen a restringir la produc-  
ción, tratando de limitarla a las solas necesidades terapéu-  
ticas.

No cabe la menor duda de que los derivados del ácido barbitú-  
rico ocupan el primer lugar entre las drogas que engendran -  
hábito. El pe peligro real de toxicomanía que amenaza a la -  
gente de este país es mucho mayor con estos productos que -  
son los estupefacientes." Dos años antes de que se desencadenase esta pequeña guerra de opiniones, justamente en 1928,  
Polisch, médico alemán ya anteriormente citado, había descri-  
to por vez primera (213) con toda claridad el síndrome de -  
abstención que sigue a la interrupción de los barbitúricos-  
Esta experiencia clínica no fue experimentalmente confirmada  
hasta veinte años más tarde, en 1950, por Isbell y su colabo-  
radores del Adiction Research Center (214).

Estos investigadores demosttra que cuando se inturrumpen la -  
administración a los toxicómanos que consumen un mínimo de -  
90 centigramos por día de pentobarbital (nembutal) o seco-  
barbital (seconal), se observan convulsiones en el 75 por  
100 una psicosis tóxica, muy parecida al delirium tremens del  
alcoholismo. Siempre se presentan al menos ligeros síntomas  
de abstención: debilidad, temblores y ansiedad. Esta dosis  
corresponde como mínimo a nueve pastillas de seconal. El nem-  
butal se halla comercializado en varias formas y posología,  
en cápsulas de 3, 5 o 10 centigramos o en supositorios de 3,  
6, 12 y 20 centigramos. El síndrome puede desencadenarse des-  
pués de la sustancias mencionadas no es más que de 60 centi-  
gramos al día, los fenómenos agudos de abstención son mucho  
más raros y se desencadenan después del uso más prolongado,  
una seis semanas como mínimo. A la dosis diaria de 40 cen-  
tigramos no producen más que ligeros trastornos cuando se -  
interrumpen después de tres meses.

En un total de 100 casos las toxicomanías se distribuyen pro-  
porcionalmente de la siguiente forma, de acuerdo con la drog

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Barbitúricos y otros hipnóticos | 39 |
| Estupefacientes                 | 22 |
| Tranquilizantes                 | 13 |
| Fenacetina                      | 12 |
| Alucinógenos                    | 10 |
| Amfetaminas                     | 4  |

Estas cifras fueron calculadas durante los años 1967, 1968 y 1969, abstracción hecha, por supuesto, de los alcohólicos que son alrededor de nueve veces más numerosos que el conjunto de los otros toxicómanos-.

Si se suma el porcentaje de adictos a los hipnóticos y el de los enfermos que abusan de los tranquilizantes, sustancias cuya dependencia es, por otra parte, del mismo tipo, se observa que un de cada dos toxicómanos abusa de este género de sedantes. Ello delimita con toda claridad el alcance de la actual situación.

Los síntomas de una intoxicación crónica por barbitúricos son múltiples y bastante característicos, aunque se parezcan a los del alcoholismo.

Los trastornos psíquico son importantes. Se debón de una parte, a la tolerancia frente a la acción soporífera, de manera que únicamente persiste el efecto sedante y, de otra, a la dependencia, que obliga al adicto a poner en juego los escasos recursos que le quedan para buscar la droga. Se observan alteraciones de la memoria, del juicio, de la facultad de comprensión, elentecimiento de los procesos psíquicos, un empobrecimiento de la fuerza intelectual del gusto por el trabajo, del interés por las cosas y los sucesos interiores y exteriores, y una indolente indiferencia, que la mayoría de las veces sólo se rompe por una relativa actividad, orientada a la obtención del tóxico. Es corriente la paradójica aparición de un estado de agitación de nerviosismo y excitación de tipo maniaco. También son re-

lativamente típicos los trastornos del humor y de la afectividad; el control de las emociones es deficiente; el adicto vira del optimismo más exagerado de la hilaridad más fácil a la depresión y la desesperación profunda; se irrita por una nadería y pasa rápidamente a la acción: tiene los nervios a flor de piel. Sus allegados son lo que pagan en primer lugar las consecuencias. Heuyer ha dicho que el barbitúromano es un verdugo familiar. A. Porot habla de "la malignidad especial" redoblada por amenazas y el chantaje del suicidio. Dicha técnica tiene por objeto lograr una ayuda, preferentemente material, por parte de sus allegados. Sin embargo, como hemos visto, no se puede minimizar el riesgo de un suicidio querido y logrado, aunque la mayor parte de las veces es imposible descubrir la verdad. Hay adictos que desarrollan ideas paranoicas, de persecución, por ejemplo, o de infidelidad, lo que los convierte en extremadamente agresivos. No obstante, los auténticos episodios delirantes son más bien raros, aunque pueden presentarse alucinaciones sobre un fondo de confusión como se le ha llamado, no es excepcional, sobre todo con una gravedad media.

Todo ello, lo mismo que en la adicción a los estupefacientes puede conducir a una seria depravación caracterial, a una total decadencia de la personalidad, a una insociabilidad extrema, perdiendo todo sentimiento ético o moral. Stehelin denomina este estado Entker-nung oder Ausbohlung des Characters, lo que podría traducirse como "deshuesamiento o vaciamiento del carácter". A ello sigue casi inexorablemente la ruina social, profesional y familiar.

Los trastornos físicos concumitantes no faltan jamás-. Son principalmente de orden neurológico y se deben a una disfunción del cerebelo. Los síntomas son: ataxia, es decir, una incoordinación de la marcha e incluso de la simple posición erguida, así como los de gestos de la mano y del brazo; disartia, o pronunciación defectuosa; nistagno (movimientos -

el mismo tipo de dependencia. En ocasiones se aprovecha - esta propiedad como terapéutica de sustitución para el tratamiento de los alcohólicos, a lo que se interrumpe de forma brusca la ingestión de alcohol.

El adicto al cloral presenta síntomas análogos a los del barbiturómano: trastornos de la coordinación, irritación - insomnio, temblores, cefaleas, vértigos, dolores articulares seudorreumáticos, etc. Desde el punto de vista mental, pueden declararse síndromes delirantes. Las alucinaciones son a menudo de tipo táctil, es decir de la sensibilidad - visceral y general. No son excepcionales las psicosis paranoides, con ideas de persecución o de celos. La fase terminal puede ser la demencia. Como trastornos físicos citaremos las erupciones de la piel, el edema, las úlceras, gastrointestinales, la bronquitis, debida a la eliminación - clorada por las vías respiratorias, la taquicardia y la aparición de pequeñas hemorragias cutáneas de color púrpura.

La utilización del cloral ha remitido en grado considerable después del advenimiento de los modernos hipnóticos. En Bélgica la reglamentación de la venta de esta sustancia es la misma que para el jarabe de codeína: la cantidad máxima que pueden despacharse sin receta es de 18 gramos, - lo que equivale a 360 gramos de jarabe, o sea, tres veces - la dosis cotidiana límite mencionada en la farmacopea. En Francia se sigue este mismo tipo de limitación, si bien con sólo 12 gramos de sustancia activa.

El paraldehído, cuya fórmula es  $(CH-COH)$ , es el producto - de la condensación de tres moléculas de acetaldehído. Hizo su entrada en el escenario terapéutico unos quince años después que el cloral, a cuya familia química pertenece. Se - trata de un líquido límpido, incoloro, de sabor desagradable irritante y con un molesto olor al aliento durante varios - días, lo que evidentemente contribuye a identificar a quie-

nes lo toman abusivamente. Porque a pesar de estas propiedades, que no son precisamente agradables si al paladar, - ni a la mucosa nasal, el paraldehído ha sido objeto de abusos que llegan hasta la dependencia, con delirios de abstinencia como síntoma principal.

La dosis médica media es del orden de cuatro gramos, o sea, algo menos de una cucharadita de café. Para paliar su mal gusto se mezcla con otro líquido muy frío o con hielo triturado. Ahora bien, como es poco soluble en el agua, es frecuente que se combine con alcohol. Lo mismo que el cloral, - hay una potencialización de los efectos. Y como el paraldehído es ligeramente menos hipnótico que el cloral, su acción euforizante predomina durante mucho más tiempo.

También en este caso existe tolerancia cruzada con el alcohol, lo que ha inducido a algunos médicos a utilizar el paraldehído en el tratamiento del delirium tremens debido a la intoxicación alcohólica.

El abuso lleva, aparte de la dependencia, a la eclosión de un cortejo de trastornos físicos: dolores de cabeza, vértigos, arritmias cardíacas, tos, espasmos laríngeos, albuminuria, exantemas, formación de metahemoglobina en la sangre y enuresis nocturna.

#### TRANQUILIZANTES

La investigación farmacoterapéutica ha conducido no solamente a la síntesis de hipnóticos no barbitúricos sino también a la de tranquilizantes, cuyas propiedades relajantes y sedantes al contrario que en los somníferos, son superiores a sus propiedades soporíferas, no datan más que del año 1952 y siguientes su acción ansiolítica y sus efectos calmantes de la tensión nerviosa, del estrés mental, hacen que muchas de -

ellas sean particularmente aptas para engendrar al menos - una dependencia psíquica debida a la sensación de bienestar que preocupan a muchos de sus consumidores. La euforia pasiva, o negativa, sólo raras veces se ve alterada por efectos secundarios neurovegetativos desagradables, como sucede frecuentemente con los neurolépticos, también llamados tranquilizantes "mayores" en la farmacología anglosajona.

Aunque para muchos de estos tranquilizantes todavía no ha transcurrido un plazo suficientemente grande, parece ser que con la mayoría de ellos la evolución del proceso de adaptación del organismo no alcanza la fase extrema de la dependencia física.

El meprohomato, también llamado procalmadiol y comercializado en todo el mundo en multitud de especialidades que ostentan los nombres más diversos aunque hay sugestivos, por ejemplo, Oasil, Petranquil, Calmirén, Harmonín y muchos otros (me he entretenido anotar las distintas denominaciones comerciales; hasta el momento conozco 91), es uno de los tranquilizantes más antiguos, así como de los más consumidos. Se trata de un derivado del propanediol, como la Myanesina y la Mephenesina, sintetizadas como sucedáneos de los curarizantes para obtener una relajación muscular. Esta acción, de gran utilidad en las intervenciones quirúrgicas por ejemplo mostró ir acompañada de efectos nerviosos centrales, tranquilizantes. Se trató entonces de ampliar estos últimos variando ligeramente la fórmula. Su actividad moderadora de la angustia (ansiolítica) y de la tensión psíquica es en efecto más intensa que la que supone la relajación muscular, que sin embargo nunca hace falta, Este tipo de acción se denomina también atarácica, de la palabra griega ataral. Aunque no hipnótico, gracias precisamente a la relajación que produce. Excepcionalmente algunas personas notan ya que poco de somnolencia con pequeñas dosis terapéuticas, lo que no siempre les desagrada. Otras por el contrario, presentan una reacción opuesta, inesperada y experimentan un sentimiento de inquietud con mayor o menor agitación. Por tanto, el me-

probamato (happy pill), como la llaman ciertos panegirista americanos demasiado entusiasta y ciegos, tanto más cuanto que, aparte la incalculabilidad de su efecto, esconde indiscutibles características adictivas.

Dichas características fueron rápidamente sospechadas. F. Lemere (246) las denunció ya en 1956. Al año siguiente Essig y Ainslie dirigieron una "Carta al director" del "Journal of the American Medical Association (247), en la que se referían a la Addiction to neprobamate. En 1957, al tiempo que Essig (248) demostraba experimentalmente que las convulsiones generalizada aparecían en él plazo de una hora después de la interrupción brusca en los perros que hubiesen tomado la droga durante unos cinco meses a dosis bastante elevada, Ewing y Haizlip (249, 250) proporcionaron una prueba convincente de su poder adictivo en el hombre: en un hospital americano del Estado sometieron, a lo largo de cuarenta días, a tres grupos de 25 enfermos a la toma cotidiana de 6,5 gramos de neprobamato el primer grupo de voluntarios, de 3,2 el segundo y comprimidos inertes, placebos, en dosis equivalente el tercero. Las características del ensayo clínico fueron las desconocidas con la denominación double blind, lo que significa que ni el experimentador ni el sujeto conocen la naturaleza del producto consumido por cada grupo. Además - el aspecto de todos los comprimidos es el mismo, cualquiera que sea su contenido. Ambos grupos desarrollaron síntomas de abstinencia cuando se les pasó a los placebos; se observó, en grados variables, la aparición de insomios, vomitos, temblores, náuseas, gran ansiedad, falta de apetito, fibrilaciones musculares y, en ocho de los enfermos, un síndrome delirante del tipo alcohol-barbitúrico, así como convulsiones epilépticas en tres de los voluntarios. Había una clara relación y las cantidades administradas. Los autores llegaron a la conclusión de que la dosis límite adictiva para el neprobamato se encontraba entre 1,2 y 3,2 gramos diarios, tomada durante algo más de un mes.

Hay que subrayar que estas dosis están próximas a las prescritas corrientemente en terapéutica: tres comprimidos o sellos de 400 miligramos de sustancia activa cada uno. Con esta medicación, ciertas personas sienten ya desde el comienzo un efecto euforizante, con mayor seguridad todavía cuando se dobla la dosis, lo que suele hacerse, aunque con menos frecuencia en Europa que en Norteamérica, donde la psicofarmacoterapia parece más agresiva que la nuestra. Por otra parte, 2,4 gramos de meprobamato producen prácticamente siempre una embriaguez de tipo alcohólico cuando no existe una tolerancia previa. Una intoxicación aguda de mayor, gravedad dará lugar además a dolores de cabeza, vértigos, en ocasiones visión doble (diplopia), tendencia al síncope, fiebre y una estimulación, un nerviosismo paradójicos. La dosis mortal es, al parecer, del orden de los 16 gramos, es decir, cuarenta comprimidos; por supuesto, para los no habituados.

El cloro metaminodoazepóxido, mejor conocido por su nombre comercial Librium, es más reciente, pero ha logrado una enorme aceptación que se aproxima a la del meprobamato. Su acción es, por los demás, bastante semejantes, comprendido el efecto euforizante, observado en 1961, entre otros por H. von Brauchistch 254. Aunque tengan propiedades adictivas, parecen ser relativamente raros los casos en que se ha alcanzado el estado de dependencia física. Probablemente se debe a la elevada dosificación necesaria para llegar a ella, como demostraron L.E. Hollister y sus colaboradores en 1961 (255), tratando con Librium a 36 enfermos psiquiátricos hospitalizados, a los que administraron durante período de uno a siete meses dosis que oscilaban entre los 100 y los 600 miligramos. En 11 de ellos se substituyó bruscamente la droga por una sustancia inerte; 10 presentaron síntomas de abstinencia más o menos intensos al cabo de dos a nueve días de la interrupción: temblores, náuseas, transpiración, fibrilación musculares, cianosis, agitación, anorexia, insomnio, depresión etcétera. La cantidad más pequeña de esta sustancia que este grupo tomaba al día era del orden de 300 miligramos durante dos meses como mínimo; 2 enfermos que habían consumi

do cotidianamente 600 miligramos tuvieron crisis convulsivas de privación, uno de ellos después de siete días, el otro después de ocho días. Tales dosis nunca se alcanzan prácticamente en terapéutica, ya que la posología habitual es de 10 a 75 miligramos diarios. Al contrario que en Francia, la venta de este producto es libre en Bélgica.

El diazepam, comercializado con el nombre de Valium, pertenece al mismo grupo químico que el Librium, o sea, el de los derivados de la benzidiazepina. Su introducción en terapéutica es aún más reciente, de forma que no ha trascurrido suficiente tiempo para acumular una experiencia clínica válida. En general, como con el resto de los tranquilizantes, no se observan más que casos aislados de dependencia. En suiza se ha calculado un margen de peligro basándose en las cifras de venta y en la frecuencia de los casos de toxicomanía: los tranquilizantes son de 13 a 14 veces menos peligrosos que los hipnóticos (234 a). Sin embargo, no por ello hay que descuidarse. En 1964, poco después de la aparición del diazepam en el mercado, se advertía a los médicos de Norteamérica (256): "A la manera de los otros depresores del sistema nervioso (por ejemplo: barbitúricos meprobamato y clordiazepóxido), el diazepam se ha asociado en algunos enfermos con la aparición de síntomas de abstinencia (comprimidas las convulsiones) después del consumo prolongado de esta sustancia a dosis altas y la interrupción brusca de toda toma". Al contrario del Librium, la venta del Valium no están admitidas en Bélgica más que mediante la presentación de una receta. Por supuesto, esto representa una falta de lógica por parte de las autoridades responsables de la reglamentación. Es de sentido común que dos productos que son tan similares debieran estar sometidos al mismo control. Por otra parte, esta medida permitiría a los médicos y los farmacéuticos una mejor supervisión del consumo, lo que disminuiría el peligro.

Afortunadamente tales incongruencias se harían menos frecuentes con la adopción del nuevo protocolo internacional para el control de las sustancias psicotropas no estupefacientes.

Este pánico suele aliviarse rápidamente con barbitúricos o fonotiazidas.

### EPISODIOS PSICÓTICOS PROLONGADOS

En algunos casos sobreviven episodios psicóticos prolongados a pesar de haber descartado del experimento a los individuos psicóticos, o predispuestos a un excesivo negativismo, y a pesar de que los sujetos sabían que estaban bajo la estrecha vigilancia del médico, el cual había consentido que tomaran la droga. Esto último es un factor importante.

A principios de 1965, y coincidiendo con la circunstancia de que la LSD podía adquirirse con facilidad en el mercado negro, hubo un considerable incremento en las hospitalizaciones por ingestión de esta droga, en el Hospital Psiquiátrico Bellevue. Durante todo este año hubo un promedio de dos admisiones semanales. En estos últimos meses han vuelto a aumentar las hospitalizaciones debidas, según nuestra opinión, a la ingestión de LSD.-

Estos pacientes difieren de los que forman la población típica de un hospital municipal, y de los adictos a opiáceos. Casi todos eran de edades comprendida entre 18 y 24 años. Predominaban los de raza blanca y había casi tantas mujeres como hombre. Su nivel cultural correspondía a la clase media

En dichos pacientes se han observado tres respuestas clínicas:

- 1) Reacción de pánico caracterizada por ansiedad aguda. - Esto ocurre tanto en el usuario experimentado como en el primer "viaje" del novato. El pánico suele presentarse en alguna fase del efecto del LSD, pero para vez es la causa de la hospitalización. Sin embargo, algunos de

los internados por esta causa habían tomado la droga y vinieron en busca de un remedio contra el terror. A otros los trajeron sus amigos, al ver que no podían dominarlos. Varios vinieron después de haberse inferido lesiones. El pánico parece estar relacionado tanto con el ambiente en que se toma la droga, como con el estado psicológico de la persona. En general, estos pacientes se restablecieron rápidamente y fueron dados de alta antes de tres días.

#### ALTERACIONES PERCEPTIVAS

Un ejemplo de esta reacción de pánico fue la observada en una joven que su novio le había inducido a tomar la LSD. Se aterrorizó cuando tuvo la sensación de que su cuerpo se confundía con la silla donde estaba sentada, o con el cuerpo de su novio. Dos días después se encontraban mejor, aunque todavía temerosa de la droga.

2. Récidivas. En algunos casos las alteraciones perceptivas o los sentimientos de despersonalización reaparecen espontáneamente después de un año de haber tomado la droga. Esto ocurrió en individuos preocupados por el efecto que les ha producido la LSD. Se aterrorizan al saber que los síntomas ya no están directamente relacionados con la ingestión de la droga. Según nuestra opinión, los síntomas tienden a reaparecer en las personas que han tomado muchas veces la droga y luego se han encontrado en circunstancias que provocan ansiedad. Los propios pacientes también relacionan la recurrencia de los síntomas con el stress o la ansiedad. Un paciente de veinte años, que no tomaba la LSD desde hacía ya dos meses, comenzó a sentir fenómenos alucinatorios, distorsiones perceptivas y sensación de estar unido a las cosas de su alrededor, síntomas que hasta entonces había experimentado sólo bajo los efectos de la LSD. Esto le solía ocurrir cuando discutía con su jefe.

3. Psicosis prolongado. Todos los pacientes que presentaron psicosis prolongado habían sufrido previamente graves - transtornos de la personalidad, aunque no todos fueron - psicópatas. Habían tomado otras drogas antes de recurrir a la LSD y consideraban que ésta tenía efectos más vivos y de mayor significación personal que cualquiera de las que habían probados antes. Todo esperaban de la LSD una mayor auto comprensión, y realmente sufrieron profundas - y desagradables alteraciones de la personalidad. Aisla- do s de su problema fundamental creían haber resuelto sus conflictos. Pero al pasar los efectos de la droga se en- frentaban con el problema de volver al mundo real y aco- modar a la realidad su vaga nueva autoimagen adquirida bajo los efectos de la droga. En lugar de renunciar a la personalidad ficticia recién descubierta, los pacientes psicóticos preocupaban aferrarse a ella y se apartaban del mundo.

Un joven ingresó en el hospital mudo, catatónico, y eco- práctico. Había tenido una conducta extraña desde que - tomó la LSD, tres semanas antes. Un año después continúa padeciendo trastornos psíquicos de importancia.

Al principio, los libros de divulgación y los artículos sobre la LSD alababan sus efectos beneficiosos, particu- larmente su capacidad de "ensanchar la conciencia", fa- cilitar la autocomprensión, aumentar las dotes artísti- cas y, en general, abrir el camino hacia una vida más - rica y plena. Pero pocos de nuestros pacientes habían - tomado la droga pensando en sus efectos beneficiosos; - la mayoría buscaban excitaciones o compañía. Incluso - los que decían haber mejirado por efecto de la LSD, no - parecían encontrarse tan bien como afirmaban. Varios de los que se volvieron psicóticos a causa de la droga ha- blan todavía de sus efectos beneficiosos.

No hay pruebas de que después de tomar varias veces la LSD aumenta la productividad y el rendimiento escolar, o mejoren las relaciones personales. Tampoco parece que disminuya la ansiedad o la tensión, o aumente la propia estimación. Aunque algunos pacientes creen que por efecto de la droga han adquirido buenos sentimientos, éstos eran incommunicables. No parecía haber nuevas ideas que no hubiesen podido ser reveladas sin la droga. Nuestra impresión es que el efecto estimulante de la LSD de forma y altera las ideas pre-existentes, más bien que hacer aflorar pensamientos subconscientes.

Aunque en las divulgaciones sobre la LSD se mencionan los posibles peligros que encierra su uso, éstos suelen ser despreciados por las personas que tratan de sentir los efectos a los que se ha dado mayor publicidad, especialmente porque se ha dicho que cualquier psicosis resultante es reversible e incluso un paso hacia la salud.

En las circunstancias incontroladas en que con frecuencia se toma la LSD existe también el peligro de lesiones físicas, ya que una persona bajo los efectos de la droga creyéndose invulnerable, puede correr riesgos insospechados. Otro peligro del uso de la LSD es la decisión de bastarse por sí mismo, y esto hace que algunas personas no traten de buscar el modo más práctico de resolver sus problemas, hasta que llegan a un estado en que les es muy difícil actuar de un modo lógico.

Nuestra evaluación continua de las consecuencias del uso de la LSD confirma nuestra primera impresión de que es una droga peligrosa cuando se toma sin la vigilancia médica. Pero el peligro de efectos perniciosos no se limita sólo a los que toman la droga sin supervisión, pues también se han dado reacciones psicóticas en individuos cuidadosamente seleccionados y en circunstancias perfectamente controladas o en ambientes considerados como óptimos por los defensores de la droga.



de la droga.

Estas observaciones preliminares sugieron la necesidad de proseguir la investigación de los efectos adversos y beneficiosos de la LSD, con especial atención a la recidiva de los síntomas.

Epidemiología.

Son pocos los datos concretos que se tienen sobre la prevalencia del uso de la marihuana en Latinoamérica.

En una de las evidencias publicadas, se hace referencia a una investigación sobre el uso de la marihuana en la población estudiantil. Las condiciones de dicho estudio demostraron cómo el 12.6% de los estudiantes la habían fumado.

Farmacología.-

Son de varios tipos.

- a) Los individuos que la usan socialmente, motivados por la curiosidad, por "no quedar mal" ante los amigos que han sido capaces de fumarla, ya que durante la adolescencia no está muy definido el concepto de su propia identidad.

Ese anhelo de integrarse a una agrupación juvenil, nace de la creencia de no ser comprendidos.

- b) Usuario neurótico

Es el que busca en la droga un medio para disminuir su angustia. Como sistema resulta ineficiente, puesto que su estado responde a problemas profundos de origen inconscientes. En este caso la droga no es más que un síntoma adicional de su complicada sintomatología neurótica, equivalente a manifestaciones tales como la depresión, el insomnio, etc.

- c) Por último el usuario psicótico que aprende a utilizar la marihuana cuando detecta que ésta a punto de protagonizar un episodio típico de su condición. Adelantándose

entonces a este brote racionaliza su psicosis con la droga queriendo así convencerse de que los efectos que siente - (alucinaciones, percepciones distorcionadas, etc) son debido a la inhalación y no a un proceso psicológico.

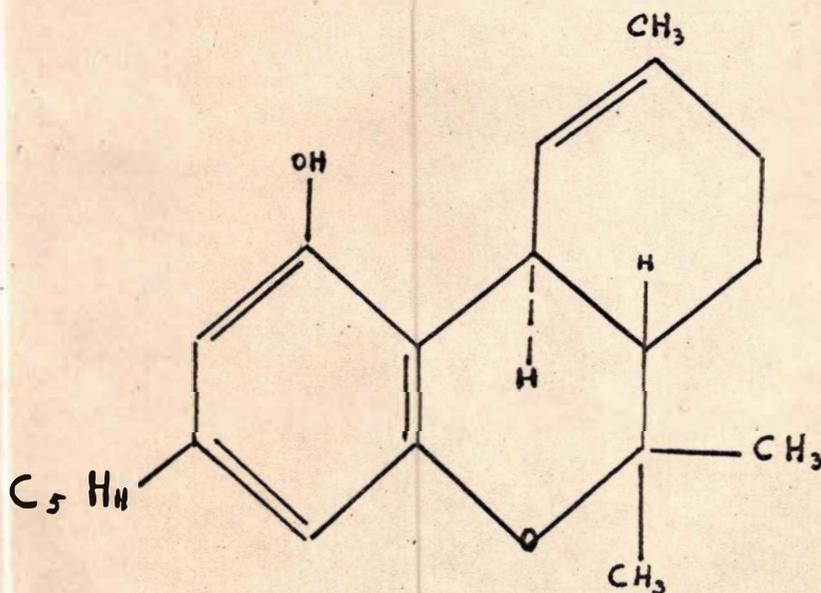
### Diagnóstico

El diagnóstico de la intoxicación por marihuana tanto aguda como crónica, constituye un problema muy complejo para el médico.

En el individuo que ha fumado recientemente hay síntomas - características como el típico olor a quemado, enrojecimiento de los ojos, sequedad de las mucosas, etc.

Con respecto al uso crónico de la droga, el problema es algo más difícil ya que la persona no aporta voluntariamente la - información necesaria. No obstante se puede diagnosticar - por el síndrome amotivacional.

( $\Delta^9$ -THC)



### Tratamiento

No es fácil definir el tratamiento para los usuarios ocasionales, sobre todo cuando éste no tiene interés de recibir ayuda. Usualmente la consulta proviene de la misma familia, y

es ella encargada de juzgar la severidad del uso de la droga que unas veces no tendrá mayor trascendencia, pero en otros si, pues ésto constituye un síntoma importante en la vida de un joven.

En el caso de los usuarios de tipo neurótico, el uso de la droga debe ser considerado como un síntoma más adentro de un complejo problema emocional, y como tal la neurosis debe ser tratada profesionalmente.

Para los individuos con problemas siquiátricos más severos, tales como desórdenes en la personalidad o sicosis, que utilicen drogas, debe tratarse primero, la causa básica antes de empezar la remoción del síntoma.

#### CAÑAMO INDIO

Apenas si nos hemos referido hasta ahora al Cannabis, al menos de forma directa. Indirectamente, si, pues, guardando las proposiciones, lo que vale para los demás alucinógenos vale también para el cañamo indio, que es, sin embargo, menos activo. En resumen, no es más que cuestión de dosis, y si bien ciertos autores pretenden que la marihuana no altera la conciencia como lo hace el L.S.D. y desinhibe menos ello no es cierto má que el consumo de cantidades relativamente reducidas o de materia prima de "peor" calidad. Basta como ejemplo, el citado por Jean-Louis Brau (32): "En cierta personan el cannabis puede provocar escenas de violencia, la más conocida de las cuales es el amor. La intoxicación produce un letargo que no es propicio a ninguna actividad física, incluso la que supone cometer un crimen, La supresión de las inhibiciones se expresa má bien verbalmente que desde el punto de vista de la conducta.

El cañamo, o cannabis sativa, es una hierba de la familia de las urticáceas originaria de Asia Central. Se adapta tal

punto morfológicamente a las variaciones de clima y de altitud que es capaz de crecer en estado silvestre en casi todo el mundo. Aunque existe una sola especie, se distinguen varias variedades, entre las que se encuentran el cannabis indica y el cannabis americana. En los Estados Unidos servicios especiales se encargan de exterminar regularmente la planta que crece espontáneamente en el campo. Su proliferación es tan fácil que todos los policías del mundo descubren de cuando en cuando cañamo cultivado, mejor o peor, en los jardines particulares, incluso en tiestos, cariñosamente cuidados.

El contenido en componentes alucinógenos, de los cuales se acaba de sintetizar el que se considera como más activo, concretamente el delta-tetrahidrocannabinol (lo que abre nuevas perspectivas a la investigación científica), varía mucho según la región en que crece la planta. La resina que protege las extremidades de la hierba contra la humedad y el calor está presente en mayor proporción en los países subtropicales, por lo que su cañamo es psicofarmacológicamente más activo, en la India por ejemplo, aumentan también el contenido en isómeros del cannabinol. Se trata de una planta muy fina y elegante, que puede alcanzar entre uno y cuatro metros de altura. Los tallos se utilizan en la industria textil, ya que con ellos se fabrican cuerdas, tapices, sacos e incluso el papel de estraza.

Marihuana es el nombre que se da, sobre todo en América, a las hojas y los ápices fructíferos o florales. En la práctica solo el pie femenino se utiliza como alucinógeno, pues el masculino casi no contiene ninguna sustancia activa. Las flores se componen de racimo irregulares de granos amarillo verdosos, parecidos a huevecillos. Las hojas tienen siempre un número impar de lóbulos, que varían entre cinco y once y son delgadas y largas (de 5 a 15 cm); están finalmente dentadas, con nerviaciones muy paralelas en diagonal. Las

dos hojitas exteriores son invariablemente más pequeñas - que las demás. Los frutos y las hojas frescas tienen un olor bastante especial, pareciendo al de la alfalfa, y son pegajosa al tacto debido a la resina que los recubre. Una vez secos, se machacan o trituran finalmente y se recogen las briznas que resultan. A esta operación se le da el nombre de manicura. El producto más o menos reducido a polvo que se obtiene de esta forma está listo para su empleo. Es decir fumarlo, y así se hace en la mayoría de los casos - En frecuente que se mezcle con tabaco, té u otros vegetales, y en la mayoría de las ocasiones se liga con el papel de cigarrillos de color oscuro y de mala calidad. Por este motivo los experimentados lo emplean doble, con objeto de evitar que las partes del cáñamo indio todavía puntiagudas lo perforen y se pierda su contenido. Ese es también el motivo de que se plieguen hacia dentro las dos extremidades del cigarrillo. La marihuana es más verdosa que el tabaco, pero se oscurece al envejecer. Al fumarla produce una brasa más brillante, lo que puede observarse fácilmente en la oscuridad, y desprender un olor acre. Con un microscopio de 100 aumentos un ojo experto puede reconocer los minúsculos pelillo que recubren las hojas.

El nombre que se da a la marihuana difiere en los distintos países donde se consume, y como éstos son muy numerosos, la diversidad de las denominaciones es muy grande. Una encuesta de la Naciones Unidas realizada en 1950 permitió estimar en 200 millones la masa de individuos que consumía cannabis en una u otra forma.

Como se ve, la marihuana no solamente se fuma, sino que también se preparan maceraciones, con frecuencia mezcladas a otras bebidas y perfumándose con flores de azahar de jamaica.

También se toma por vía oral, según una amplia variedad de recetas, siendo una de las más conocidas el dawameek, descrito por Badelaire como una mermelada verde, singularmente

El haschis es la resina secretada por las hojas y las sumi-  
das maduras de la planta. Pegajoso y de color dorado, lige-  
ramente semejante al ámbar amarillo, se endurece con el -  
paso del tiempo, perdiendo el aroma mentolado. El haschis  
es de cuatro a ocho veces más activo que la marihuana. En -  
la mayoría de los casos se prepara en bloques de pequeño ta-  
maño, varitas o placas.

El haschús es a la marihuana lo que el whisky a la cerveza.

Exactamente igual que el opio, el cannabis se consume desde  
muchos siglos antes de nuestra era. Aparece en un libro de  
de farmacia, escrito por los chinos para su emperador Shen  
Nung. El opio es, según parece, unos siglos más antiguo.  
Con toda certeza, en la India se conocía el cáñamo hacía el  
1500 antes de Cristo. Se habla ya de él en el Atharva Veda  
el cuarto de los libros sagrados escritos en lengua sánscrita;  
los indios bautizaron a la planta con el nombre de vi-  
jobia, fuente de felicidad, y amanda, fuente de vida.

Por lo menos 800 años antes de Cristo los asirios utilizan  
en las ceremonias religiosas el cunubú, un incienso de ori-  
gen vegetal. Lewin afirma que de ahí deriva la palabra canna-  
bis, emparentada con el término griego konabos ruido, lo que  
según Susini, se debe "a la forma explosiva con la que las -  
personas bajo la influencia del cunubú (o cáñamo) expresan  
su alegría.

Herodoto describe en la Historia de las guerras médicas la  
embriaguez cannábica, que se apoderaba de los escitas cuando  
se reunían en una tienda muy baja, alrededor de un altar for-  
mado por piedras calentadas al rojo, sobre las que arrojaban  
granos de cáñamo. Los capores blancos escapaban por los ori-  
ficios de la tienda, mientras en el interior los asistentes,  
jubilosos, saltaban bailaban su alegría. Se trataba de una  
ceremonia funeraria. "El cáñamo permitía comunicar con el -

desaparecido e interceder ante los dioses". Inevitablemente los griegos debieron entrar en contacto con el cáñamo lo más tarde en el siglo V antes de cristo, al combatir contra los habitantes de las regiones situadas entre Adserbeiyán y Persia.

En el siglo primero de nuestra era, Dioscórides habla de las "agradables ilusiones y fantasías" creadas por el cáñamo, - al que además considera como un afrodisíaco" que hace factible el acto venéreo", así como un estimulante del apetito.

Probablemente fue Galeno el primero en señalar los peligros del abuso del cannabis, planta a la que atribuye "la virtud de lesionar el cerebro cuando se toma demasiado.

El cannabis fue introducido en Africa del Norte con las invasiones árabes del oriente próximo. Durante los siglos XI a al XV los jefes del Islam se vieron obligados a intervenir con toda energía contra la recrudescencia, ya considerada como peligrosa, del cannabismo. Se dictaron y se aplicaron sanciones de gran severidad, que iban desde extracciones dentales hasta la pena de muerte, pasando por el encarcelamiento Pero el cáñamo "poseía" a los africanos y no se dejó exterminar. Aun hoy un buen número de tribus abusan del cannabis.

Como era de esperar, marihuana y haschís, lo mismo que otras tantas drogas, fueron objeto de la curiosidad y la predilección de algunos artistas. Hacia mediados del siglo XIX toda una literatura cantó la embriaguez cannábica. Según J. Bouquet (344), ciertos románticos intentaban "curar su angustia con la mermelada oriental". El haschís llegó a ser objeto de un auténtico culto en algunos medios Franceses y se constituyó en un "Club de Hachisiamos".

El haschís aniquila la voluntad, es un arma para el suicidio es aislante. Esencialmente perezoso. En efecto, por qué tra-

hacer, inquietarse, esperar, hacer lo que sea, si se puede llegar al paraíso en un instante? El haschís pertenece a la clase de los placeres solitarios: está hecho para los miserables ociosos. El haschís es inútil y peligroso".

### EFFECTOS FISICOS Y PSIQUICOS

Síntomas físicos y neurovegetativos:

a) Intoxicación aguda:

Ojos: midriasis (dilatación de las pupilas), conjuntivas, rojizas, ligeramente inyectadas en sangre, lagrimeos; estos últimos signos únicamente se producen por el humo de la marihuana o el haschís-

Respiración: ligero descenso de la frecuencia; tos (la misma observación)

Corazón: taquicardia (aceleración del ritmo cardiaco)

Tensión arterial: ligero descenso, aunque también es posible una elevación.

Excreción urinaria: ligero aumento; sed

Vasos sanguíneos superficiales: constitución, extremidades frías.

Apatao digestivo: náuseas, vomitos.

Glicemia (porcentaje de azúcar en la sangre): disminución sensación de hambre.

b) Intoxicación Crónica.

En las observaciones de utilización regular y prolongada se han descrito raros casos insuficiencia cardíaca y respiratoria, algunos de ellos con desenlace mortal. Más frecuente acompañadas de complicaciones tuberculosas, así como la anemia. Secuelas menos graves aunque mucho más comunes son: avitaminosis, insomnio, vértigos, dolor de cabeza, adelgazamiento, fragilidad de las uñas y el pelo, caries dentarias y caída de dientes.

## Síntomas Psíquicos.

### a) Intoxicación aguda

De manera esquemática, y por lo tanto forzada, es posible distinguir cuatro fases en lo que se ha dado en llamar "embriaguez cannábica":

#### 1. Fase euforia.

El consumidor experimenta una sensación de bienestar físico y psíquico, de satisfacción interior, de íntima felicidad, que desea comunicar a sus íntimos. Esta necesidad explica en gran parte por qué la marihuana se fuma sobre todo en grupos - el dawamesk se consumía en un club-, al contrario que la heroína, que los drogados prefieren tomar en soledad. En el curso de esta fase primaria, la capacidad de juicio se conserva relativamente intacta; el intoxicado es todavía espectador consciente de la progresiva perturbación de sus automatismos motores e instintivos; por ejemplo, todavía le es posible dominar su necesidad de movimiento con objeto de continuar disfrutando tranquilamente de su euforia. Esta no siempre es tan evidente en los principiantes. A veces interfieren de modo desagradable las náuseas, los vértigos y otras complicaciones.

#### 2. Fase de excitación sensorial y afectiva con desorientación, también llamada fase de confusión.

Se produce una hipersensibilidad inhabitual de los sentidos (hiperestesia sensorial); las percepciones se hacen más agudas el menor ruido adquiere una extraordinaria resonancia interna y los colores se perciben en tonos brillantes; pueden aparecer pseudoalucinaciones (ilusiones): el intoxicado ve los objetos reales deformados, los contornos rectos se vuelven sinuosos, las caras, las de los demás a la propia vista

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

eternidad durante la que el intoxicado vive en un mundo - de fantásticas visiones, viendo y escuchando, incluso "sintiendo" en ocasiones, de forma caleidoscópica y casi sin fin innumerables escenas: la distancia entre la boca y el cigarrillo, entre la mano y el vaso, entre el consumidor y su vecino, aumenta o se desforma desmesuradamente. La percepción de los propios miembros o del cuerpo entero puede verse extrañadamente trastornada; el esquema corporal se modifica profundamente; a veces sucede, por ejemplo que el intoxicado por el cannabis tiene la impresión de que uno de sus brazos flota en el aire. Como dijo Baudelaire: "estás sentado fumando". De repente parece que estás sentado en la pipa y que es la pipa la que te fuma a tí; que eres - tu lo que exhala en formas de nubes azuladas.

Estas reacciones psicóticas toman la apariencia de una esquizofreina, de trastornos paranoicos o de delirios ansiosos.

### 3. Fases de éxtasis.

Al caos de la segunda fase sucede una tercera caracterizada por la vuelta a la tranquila satisfacción, todavía interrumpida de vez en cuando por una ilusión o una alucinación. - Kif es la denominación árabe de esta dichosa quietud, esta beatitud tranquila e inmóvil, esta felicidad absoluta. En algunos lugares se conoce incluso el cáñamo con esta denominación.

Aunque el estado de consciencia o de vigilia del fumador se hace cada vez más claro, el drogado todavía permanece prácticamente incapaz de realizar cualquier acto voluntario, - presentado una abulia extrema, una gran apatía. "os des- fio a filar una pluma o sacar punta a un lápiz; es un traba-

en un espejo, se convierten en asimétricos, incluso monstruosas; las campanadas de un reloj de pared resuenan como las de un carillón catedralicio. Por último, el drogado - puede tener auténticas alucinaciones: visiones muy coloreadas durante las cuales se perciben tanto figuras geométricas como personajes y paisajes. También se pueden tener alucinaciones auditivas, no necesariamente relacionadas con las visuales. Igualmente pueden producirse trastornos de la percepción táctil.

Todo ello se halla fuertemente acentuado desde el punto de vista afectivo: la emotividad y la sugestibilidad del consumidor aumentan considerablemente. Esto encierra el peligro de actos sociales o antisociales. En uno se manifiesta a - una ternura avasalladora que puede llevarle a efusiones sexuales: otro fumador o usuario será presa de una hilaridad - debordada, artística, cuyos motivos son inaccesibles al observador, en tanto que un tercer drogado dará muestras de - una audacia de tipo megalomaniaco que puede tomar proporciones peligrosas. Esta hipersensibilidad de los sentidos y las reacciones afectivas pueden dar lugar a actuaciones bruscas, impulsivas, frecuentemente agresiva e insensatas, dirigidas dirigidas en la mayoría de las ocasiones contra el mundo exterior, aunque a veces en las experiencias angustiosas, contra sí mismo. Algunos suicidios logrados o fracasados han sido atribuidos al LSD; también se han observado accidentes - mortales en los que intención suicida no se estableció con toda claridad. Keeler y Keller han descrito el caso de un habituado a los alucinógenos (categoría de individuos a los - que se llama acid-heads, cabezas de ácido, en los Estados Unidos que en pleno trabajo se desnudó y se tiró por la ventana.

El sentido de la orientación, sobre todo del tiempo y del - espacio, resulta a menudo afectado: un minuto parece una -

jo superior a vuestras fuerzas". Así describe Baudelaire esta sensación de profunda impotencia física. Por el contrario, continúa, "todos los problemas filosóficos están resueltos. Todas las arduas cuestiones a las que se aplican los teólogos y que constituyen la desesperación de la humanidad pensante, son nítidas y claras. El hombre se ha hecho dios. "En este supremo estado añade este analista de los efectos misteriosos de las drogas, el amor, en los espíritus sensibles artista, toma las formas más singulares y se presenta a las combinaciones más barrocas. Un libertinaje desenfrenado puede mezclarse a un sentimiento de paternidad ardiente y afectuosa".

#### 4. Fase de sueño y de despertar.

a) Esta relajación, que no siempre es tan pasiva, se sigue de un período de sueño, del que sale el drogado con sensación de debilidad en las piernas y de intensa laxitud que hace difícil el cumplimiento de la labor cotidiana - "Se es incapaz de trabajo y de energía en la acción", - puede leerse en Du vin et du haschich, cuyo autor precisa: "Es el justo castigo por la impía prodigalidad con la que se ha realizado un gasto tan grande de fluido nervioso. Uno ha lanzado su personalidad a los cuatro vientos y ahora le cuesta un gran esfuerzos reunirlos y concentrarlos".

Tampoco todo el mundo reacciona de idéntica forma a la intoxicación alcohólica, de donde proviene el dicho invino veritas, es decir, la verdad está en el fondo del vaso. Unos tienen la borrachera sentimental: otros la tienen melancólica y depresiva: otros tremendamente agresiva y peligrosa para quienes les rodean. Tienen, por así decirlo, una haschís completamente material . . . y su córdida personalidad provoca el escándalo.

b) Intoxicación crónica.

El consumo crónico de alucinógenos no produce más que -  
síntomas físicos.

Pero también el psiquismo sufre los efectos nefastos de un  
consumo prolongado. Un proverbio dice: "El kif es como el  
fuego: un poco caliente, mucho, quema".

Los fumadores invertebrados de marihuana o de haschis se -  
desinteresan gradualmente de toda actividad social regular,  
se distinguen por su apatía, su negligencia, su pérdida de  
vitalidad y su progresiva decadencia ética. Sobre este fon-  
do de declaración física y moral pueden aparecer episodios  
agudos de repentina agitación delirante con manifestaciones  
agresivas. El carácter momentáneo y pasajero de estos accesos  
disminuye a medida que se repiten; de esta forma, el -  
consumidor demasiado asiduo puede ser víctima de auténticos  
síndromes psicóticos de larga duración. La repetición de ta-  
les reacciones agudas conduce gradualmente a una regresión  
de las capacidades intelectuales, que puede, aunque rara -  
vez, tomar la forma de una demencia progresiva.

A. Reacciones agudas psicóticas y no psicóticas

a) Estas últimas son más frecuentes, si bien su duración  
es más corta: las primeras son más raras, pero graves  
y prolongadas. Ya hemos hablado de ellas.

B. Actos de abresividad.

La influencia tóxica de tóxica del cannabis en el compor-  
tamiento humano depende no solamente de la personalidad  
del consumidor, sino también de la dosis.

Además, la forma en que la marihuana o el haschís se con-  
sumen en nuestra sociedad representa un factor criminóge-  
no suplementario, aunque no sea más que de forma indirecta

En los medios donde el cáñamo se fuma en comunidad evolucionan un buen número de individuos que primeramente apartan de toda influencia. Por contagio mental. los novicios pueden asimilar rápidamente las costumbres criminales de estos individuos inductores, sin que intervengan necesariamente el cáñamo.

### C. Paso del uso de marihuana al de productos aditivos.

Sería abuso pretender que el empleo del cáñamo lleva ineludiblemente a la absorción de alucinógenos más activos, por ejemplo el LSD o de las sustancias comúnmente llamadas - hard drugs, drogas pesadas, como la heroína. Sin embargo, la realidad demuestra que así ocurre, incluso con cierta frecuencia.

Es frecuente que la marihuana presente para los jóvenes el primer contacto con el mundo de los tóxicos, teñido de ensueño de misterios con las drogas que crean lo que se podría llamar "el ideal artificial". Es posible que nazca así el gusto por encontrarse regularmente en su estado de semi-embriaguez. Y cuando la hierba comienza a parecer en un estado algo más atractivo. Habitualmente prueban entonces otras drogas se tiene acceso por casualidad; una casualidad que de hecho, es casi siempre buscada y programada por los que tiran de los hilos del mercado ilegal. El pequeño revendedor de heroína, el pedler o el vendedor ambulante que frecuenta de modo poco ostensible los medios en los que se fuma se comporta como un buen samaritano; un auténtico compañero. Está dispuesto a pasar un poco de polvo blanco gratuitamente como un amigo. Pero pronto, demasiado de prisa, llega la necesidad. Entonces habrá que pagarlo, en ocasiones a un precio muy alto. Siempre se sale perdiendo en esta resulta rusa que es la diversión tóxica.

Aunque un gran porcentaje de jóvenes fumadores de marihuana, logran en los Estados Unidos, evitar la caída definitiva y cesan tarde o temprano de consumir el cannabis, llegando, incluso a recuperarse por completo, hay por desgracia una - una minoría que se deja literalmente triturar, física y moralmente una vez cogida en el engranaje. Manténgase pues, prudentemente cerrada la puerta a la marihuana. Es decir, los consumidores regulares de L.S.D. de estupefacientes o de comprimidos, de barbitúricos o anferaminas, comienza por el cannabis.

#### E. Dependencia psíquica y psicotoxicidad.

El principal argumento de los adeptos a la marihuana es que el cannabis no produce dependencia física. Pero este argumento es engañoso. Hace pensar que una simple dependencia psíquica, que un hábito, no es una situación grave, ahora bien, es que existe una diferencia tan grande entre el hecho de aferrarse a las drogas porque el cuerpo lo existe y presenta síntomas objetivos de malestar en caso de abstinencia y un comportamiento similar dictado por el sufrimiento moral, frecuentemente tan doloroso, de una persona que no puede prescindir de sustancias cuya falta no siente más que subjetivamente.

No olvidemos que otras sustancias tampoco causan ningún tipo de dependencia física, en especial las amfetaminas y la cocaína. Ciertamente tienen propiedades toxicomanógenas en el sentido estricto del término, pero también hay que tener en cuenta su psicotoxicidad y sus efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad. Parece ilógico que, por una parte, se quiera autorizar el libre consumo del cannabis; mientras que, por otra, se reglamenta rigurosamente el comercio de la cocaína, siendo ambas sustancias seriamente psicotóxicas, aunque no provocan dependencia física ni tolerancia.

F. Decadencia moral e intelectual.

Como sucede con otros drogadictos, el fumador de cáñamo se convierte, a fin de cuentas, en individuo tan obsesionado por su pasión, que llega a olvidar y descuidar numerosas deberes y obligaciones, tanto personales como con respecto al mundo que le rodea; la búsqueda y el consumo de cáñamo exigen un tiempo y un esfuerzo que sin duda podrían ser empleados más eficazmente de otra forma. El argot americano expresa este concepto en una frase lapidaria "Se llega ser un inútil drogadicto".

Esta falta de interés por las exigencias del mundo exterior esta apatía, este embrutecimiento de la voluntad de acción se traducen por un claro retroceso de la creatividad, que supone un esfuerzo, a veces prolongado. Según Sidney Cohen, son demasiados los artistas que confunden ésta con la inspiración, a menudo son también responsables de la incapacidad para el artista de traducir lo que experimenta.

Unos de los fundadores del culto de la marihuana entre los músicos de jazz, el clarinetista Mezz Mezzrow, director del primer gran conjunto mixto formado por siete blancos y siete negros, empezó a fumar marihuana cuarenta años antes que los hippies. En su autobiografía. La rabía de vivir, este compositor, que como Louis Armstrong "tomo clases" en un organismo de rehabilitación, proclama de forma lapidaria: "Deje de fumar hace cinco años y si alguien me pide consejo en la actualidad, le digo que no toque esa droga, pues acabará con el. Es mi última palabra.

La reglamentación para el consumo del cáñamo indio falló. - Por qué, pues, intentar implantarla en nuestros países?. La libertad, más o menos controlada de que disfruta el alcohol tampoco ha logrado preservar a los alcohólicos crónicos de las limenaciones incurables y de terminar su vida, en ocasiones tan triste, en los institutos psiquiátricos.

## G. Efectos teratógenos del L.S.D. y del Cannabis.

En 1967 el doctor Maimon M. Cohen, del Buffalo Children - Hospital, y sus colaboradores, así como los doctores Samuel Irwin y José Egozque, de la universidad de oregon, compararon la estructura de las células blancas de la sangre del hombre, los leucocitos, en los consumidores de L.S.D. y - en otras personas que no ingerían esta sustancia. El primer grupo presentaba una frecuencia inhabitual de roturas cromosómicas. -Dos individuos que habían tomado dosis masivas de estas drogas presentaban deformaciones cromosómicas del tipo que se encuentra en los enfermos de leucemia, una gravísima afección sanguínea. Entre las personas que no habían consumido L.S.D. una sola presentaba las mismas anomalías, pero anteriormente había estado sometida a un tratamiento con rayos X.

Estos descubrimientos precipitaron las investigaciones en animales de laboratorio. También en 1967, Alexander y su equipo de New York State Psychiatric Institute y del Bronx State Hospital demostraron que, en la rata, una sola inyección de L.S.D. aplicada al cuarto día de gestación, con una dosis de 5 mg. lo que corresponde a la dosis alucinógena en el hombre ( 1.7 a 6.7 mg-kg ) podía provocar el aborto, malformaciones fetales y un considerable retraso en el desarrollo de la cría.

El estudio de las alteraciones cromosómicas y de las malformaciones fetales eventualmente causadas por los alucinógenos está actualmente en pleno auge. Se esperan con inquietud las conclusiones definitivas. Deseamos, compartiendo el sentir de Sidney Cohen, que el doctor Livingstone se haya apresurado demasiado al decir: " Si las células reproductoras presentan anomalías comparables a las descubiertas en los leucocitos, y si los informes relativos a la amplitud del abuso del L.S.D. entre los estudiantes son exactos, es

probable que sólo esta droga haya causado más mutaciones celulares que todas las explosiones nucleares". Las investigaciones acerca de los espermatozoides y los ovulos de los acid heads se anuncian como de mayor importancia para la suerte de su descendencia y de las generaciones futuras, ya que, si se demuestra que las alteraciones cromosómicas eventualmente observadas son permanentes en las descendencias, nos encontraríamos ante una autentica catástrofe desde el punto de vista hereditario. Los especialistas de genética tienen una ardua misión que cumplir,

Estudios ulteriores más avanzados demostrarán lo que realmente sucede en el ser humano. Al disponer desde hace poco de tetrahidrocanabinol sintético, es de suponer que estos trabajos de investigación avancen rápidamente.

#### 6. REGIMENES DE CONTROL.

Ante la amplitud de los peligros presentados los alucinógenos en general, y por el L.S.D. y el cáñamo indico en particular ( ya que en la práctica se trata sobre todo de estos dos productos ), sorprenden realmente las veces que todavía se alzan para contradecir tantos consejos científicos y para conseguir su libre consumo. Tal libertad parece realmente inimaginable.

El cannabis forma parte, aunque farmacológicamente no sea un estupefaciente, tampoco lo son las hojas de coca y la cocaína, de la primera serie de drogas cuyo comercio deseaba controlar la convención Internaciones de 1.925, desde la fase de producción hasta la de consumo. Pero este instrumento no comportaba disposiciones relativas a las restricciones de los cultivos.

En 1.952 la O.M.S. expresó la opinión de que el empleo del Cannabis no estaba médicamente justificado, opinión casi universalmente aceptada en la actualidad, ya que el consumo médico de esta sustancia, con un total mínimo de un kilogramo anual por país, no subsiste más que en una docena de Estados. En 1.968 fueron nueve los países que todavía señalaron el empleo del Cannabis con fines terapéuticos o para la investigación científica:

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| India                      | 233 kg. |
| Inglaterra                 | 66 kg.  |
| República Federal Alemana  | 65 kg.  |
| Holanda                    | 49 kg.  |
| Bélgica                    | 28 kg.  |
| Portugal                   | 7 kg.   |
| Japón                      | 5 kg.   |
| Canadá y Trinidad y Tobago | 1 kg.   |

Ello representa por millón de habitantes:

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| Holanda                   | 3.9 kg.  |
| Bélgica                   | 2.9 kg.  |
| Inglaterra                | 1.2 kg.  |
| República Federal Alemana | 1.1 kg.  |
| Trinidad y Tobago         | 0.79 kg. |
| Portugal                  | 0.47 kg. |
| India                     | 0.4 kg.  |
| Canadá y Japón            | 0.05 kg. |

Cabe preguntarse realmente qué es lo que lleva a los médicos de Bélgica y Holanda a prescribir tanto Cannabis.

La India y el Paquistán padecen todavía una enorme utilización legal de Cannabis y también con fines médicos : En

1.968 se consumieron, respectivamente 89.155 y 12+0 1 kg. En la India únicamente se emplea el ganja (marihuana), puesto que en 1.945 las autoridades prohibieron el uso de la resina ( charas o haschís ). A éllo se suma el que únicamente cuatro Estados de la Unión no haya prohibido totalmente el consumo de ganja con fines abusivos. Pero dado que la India y el Paquistán ratificaron la Convención Unica, les queda menos de veinte años para poner fin a este uso no terapéutico.

Uno de los ejemplos más notorios de la dificultad de controlar eficazmente el cultivo nacional con licencia nos lo proporciona el Africa del Sur. El clima es allí tan propicio que el cáñamo indio crece casi en cualquier terreno, sin apenas cuidados, circunstancias que aprovechan los traficantes para elegir emplazamientos casi inaccesibles. La cifra anual de las partidas de Cannabis capturadas en este país es extremadamente alta. En 1.968 se confiscaron 1.-1.285.370 kilogramos, lo que representa el 90% del total mundial; el segundo puesto lo ocupa Marruecos, con 50.000, la India el tercero, con 44.154 y Estados Unidos de America con 26.569.

A pesar de la acción farmacológica semejante a de los modernos alucinógenos L.S.D., 25, S.T.P. o D.E.T., los servicios especializados de la O.N.U. han juzgado que estas drogas no debían someterse a la jurisdicción de la Convención Unica, reservada a los que jurídicamente se denominan " estupefaciente ", a menudo erróneamente según los criterios médicos ( como lo demuestra la presencia en esta lista del cannabis, la cocaína y otras drogas ). Las nuevas sustancias habrán de ser más tarde objeto de la solicitud del protocolo especial, actualmente en estudio y del que ya hemos hablado en los capítulos referentes a los barbitúricos y las anfetaminas.

Entre tanto la O.N.U. solo puede emitir textos de resoluciones, tomadas por el Consejo Económico y Social a propuesta de la Comisión de Estupefacientes, del tipo siguiente: " El Consejo...Convencido de que... Observando con viva inquietud los graves daños causados a la salud por el abuso prolongado del L.S.D. y sustancias análogas:

1. Recomienda a los gobiernos que han tomado ya medidas de control las examinen de nuevo, con objeto de, llegado el caso, hacerlas más rigurosas.
2. Ruega encarecidamente a los gobiernos:
  - a) Que prohiban todo empleo..., a excepción de las instituciones médicas o científicas situadas bajo su directa vigilancia o expresamente designadas por ellos.
  - b) Que limiten su empleo a fines médicos o científicos garantizados.
  - c) Que prohiban toda importación o exportación, excepto...
3. Recomienda a los gobiernos que tomen también medidas pertinentes para impedir la utilización del ácido lisérgico y otros intermediarios y posibles precursores para la fabricación ilegal del L.S.D. y de otras sustancias alucinógenas análogas.

En enero de 1.968, veintidós gobiernos habían adoptado una legislación inspirada en recomendaciones de este tipo, lo que no es una cifra exagerada.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

C A P I T U L O    X I

IMPORTANCIA DE LOS CENTROS DE REHABILITACION

HIPOTESIS:

1. Consideramos de vital importancia los Centros de Rehabilitación, por que de una manera científica y técnica van mejorando la vida de los drogadicitos que allí llegan.

Nº son las leyes ni las cárceles las que van a dar solución a este problema.

2. Se hace necesario que se tomen y se cumplan medidas para castigar los narcotraficantes que son los verdaderos culpables del aumento de drogadicitos que hay en el país.

Se han dado a conocer los nombres de los Narcotraficantes? que aprovechándose de una posición social y en ocasiones gubernamental, destruyen lo más valioso de una sociedad - que es la juventud.

Es conveninete la medida adoptada por el gobierno para - ejercer una mayor control del negocio de las drogas?

3. Hay medidas de seguridad que comprueben que las drogas - decomisadas por agentes del DAS lleguen a su verdadero - destino?.

4. Se estará favoreciendo en Colombia en una forma legal a - los adictos a las drogas?

U C L A D

Una institución sin ánimo de lucro, pero con un gran ideal - de servicio a la comunidad sobre todo a la juventud droga- dicta.

Servicio Social y Científico gratuito.

tiene su junta directiva ya anunciada formada por representantes profesionales de la ciudad.

Actualmente prestan sus servicios al Control Asistencial - sin el interés de cobrar un céntimo por su servicio alturista. El equipo profesional está formado por los siguientes colaboradores - cuatro Sicologas, un Toxicólogo, un Sicológo clínico, un Siquiatra, un Sociólogo, cuatro enfermeras, 2 enfermeros, 2 guardianes, 2 secretarias, un contador y 3 señoritas del servicio.

Esta casa que desde hacía rato se necesitaba en Barranquilla pues la drogadicción camina cada vez a pasos agigantados, - azotando este arrollar flagelo a nuestra juventud, se sostiene y da tristeza decirlo según es la indiferencia, a tan noble obra, solamente por un aporte del bienestar familiar (muy escaso), de una o dos empresas que colaboran con la institución, también con los aportes que los internos puedan dar - según sus capacidades económicas, el gobierno actualmente - no está aportando ayuda.

Hay internos que pagan \$2.000.00 mensuales que en realidad - no es nada comparado con lo costoso que es el tratamiento y el mantenimiento y alimentación adecuada de cada enfermo, - otros solo pagan \$300,00 \$200,00 según sus capacidades económicas, hay unos que no pagan nada, pues sus familiares no tienen para pagar.

La casa actual está situada en un lugar especial de la ciudad. Es una casa grande, de construcción antigua y cómoda, la cual los profesionales han tratado de acondicionarla a - los jóvenes que allí viven, según se los permite la casa, tienen salón de juegos (tenis de mesa). Jardín, patio recreativo, cuarto de estudio, biblioteca, salón de lectura, sala de pintura, taller para aresanías, etc. Los alumnos asisten

diariamente a cada departamento según sus aptitudes y capacidades de trabajo, luego de asistir a sus tratamientos diarios, terapia de grupo, y terapia ocupacional.

Como comentábamos el local ha presentado la capacidad de trabajo y lucha por conseguir el auge del Centro Asistencial pero considerándolo como casa de rehabilitación todavía le falta muchísimo respecto a la parte locativa, pues lo que es UCLAD debería tener más amplitud y más salones de reposo y recreación, y en lo que se refiere al lugar del tratamiento médico debería ser una clínica de desintoxicación y de tratamiento para los adictos.

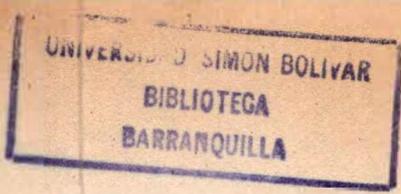
La casa no recibe más de 20 jóvenes por falta de capacidad.

Los jóvenes no contaba que se observa en los pacientes internos muchas inestabilidad en todo, se fastidian muy pronto de las ocupaciones y distracción que se les brinde a unos les ataca el síndrome de abstinencia y logran volarse, algunos regresan nuevamente a UCLAD y otros no vuelven, en realidad no se obliga a nadie a estar allí el que asiste o reside es por su propia voluntad.

Al comenzarles el síndrome las enfermeras les calman la ansiedad con una inyección que les aplaca el estupor.

Los chicos según sea el resultado del tratamiento tiene salida los fines de semana a sus drogas y luego vuelven a UCLAD a principio de la próxima, los que se quedan en fines de semanas en el Centro Asistencial son llevados por los profesionales a recibir baños de mar que para ellos son muy saludables, son llevados a cine a los partidos de fútbol y bebida, esto es algo que se puede tomar como terapia.

Al salir los jóvenes del Centro Asistencial a sus casas y luego regresar al tratamiento, los psicólogos han notado que en algunos pacientes esta salida marca un retroceso para



al paciente, pues parece que las familias no están preparadas para recibir al enfermo para colaborar con el tratamiento.

Unos enfermos encuentran una aptitud de rechazo o temor por parte de sus progenitores y hermanos, y por el contrario - otros que se encuentran una actitud de acogencia con demasiado mimo que raya en lástima y así el enfermo se siente - muy poca cosa como para seguir luchando por su bien. Se ha notado que falta algo referente a la Asistencia social de - las familias pues esta imprevención marca un retroceso en - el tratamiento.

Los pacientes rehabilitados y avanzados en el tratamiento - son citados tres veces por semana a Terapia y consulta pre- via según lo deseen. Hay que anotar que no todos los enfermos que ingresen allí se van a rehabilitar, ésto implica una ta- rea muy ardua y de mucha voluntad del adicto y colaboración con el médico.

Pero se se na dado casos de admirables triunfos: muchachos rehabilitados que sirven de monitores y guía a los que fue- ron sus compañeros anteriormente.

Hay familias muy agradecidas por el beneficios que les ha brindado UCLAD llevando a una vida normal a sus hijos desca- rrillados y salvando juventudes perdidas.

Si se encuentran falla en la Institución por el momento - no creo que merecería a acar esa noble obra, pues ajena - comienza con muy buena voluntad en pro de la juventud y - aseguramos que muy pronto UCLAD será con toda la colabora- ción que podamos prestar una gran obra social.

Unos enfermos encuentran una aptitud de rechazo o temor por parte de sus progenitores y hermanos, y por el contrario - otros que encuentran una actitud de acogencia con demasiado mimo que raya en lástima y así el enfermo se siente muy poca cosa como para seguir luchando por su bien. Se ha notado que falta algo referente a la Asistencia social de las familias pues esta impreparación marca un retroceso en el tratamiento.

Los pacientes rehabilitados y avanzados en el tratamiento - son citados tres veces por semana a Terapia y consulta previa según lo deseen. Hay que anotar que no todos los enfermos que ingresen allí se van a rehabilitar, ésto implica - una tarea muy ardua y de mucha voluntad del adicto y colaboración con el médico.

Pero si se ha dado casos de admirables triunfos: muchachos - rehabilitados que sirven de monitores y guía a los que fueron sus compañeros anteriormente.

Hay familias muy agrdecidas por el beneficios que les ha - brindado UCLAD llevando a una vida normal a sus hijos descarrillados y slavando juventudes perdidas.

Si se encuentran fallas en la Institución por el momento no creo que merecería atacar esa noble obra, pues apenas comienza con muy buena voluntad en pro de la juventud y asegurar nos que muy pronto UCLAD será con toda la colaboración que - podamos prestar una gran obra social.

#### ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE UCLAD

Tras las guerras y sus consecuencias existen problemas, - tan antiguos como el hombre mismo, que hoy toman proporciones inimaginables.

uno de ellos, vivido a diario en todos los países del universo, es el incremento del uso de las drogas. Su crecimiento - progresivo y de terribles repercusiones médicas y sociales - ha hecho que sus estudiosos lo consideren como un epidemia-.

Apareció en Colombia cuando finalizaba la década de los años sesenta y se fue extendiendo a todos los departamentos y niveles socio- económicos, centrando sus efectos en los grupos . de adolescentes y de adultos jóvenes.

Una serie de causas hace que este núcleo de personas sea - más vulnerable. Entre ellas las pérdidas de la confianza en los valores tradicionales de la sociedad, la influencia avasalladora, el largo alcance, de los medios de comunicación, la ausencia de figuras de identidad y toda una serie de dificultades que crean necesidades al individuo, arrastrado - por sus propios problemas o por el medio ambiente donde se desarrolla.

#### UNIDOS CONTRA LA DROGA

En Barranquilla empezó hace tres años largos, una asociación que se llamó UCLAD (Unidos contra la droga). Tiene en su - junta directiva como presidente al Doctor Roberto McCausland y como vicepresidente al Pbro. Victor Tmayo. El personal - científico del centro tiene como Director al Médico Toxicólogo barranquillero Jairo Cepeda Díaz quien cuenta con departamentos, manejados por profesionales de Psicología, Terapia Recreativa, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Educación Física.

El Doctor Cepeda explicó los alcances y circunstancia del - problema, comenzando por hacer un poco de historia sobre - UCLAD



UCLAD: Comenzó como todas las cosas, como una respuesta a una de las necesidades más sentidas por la comunidad, ya que la droga causa estragos a nivel de todos los estratos sociales. Un grupo de gente se reunió alarmada y se preguntó; que hacemos?. De esta manera pregunta se pasó a la acción y el grupo se asesoró buscando lo mejor y lo más necesario para ayudar a los muchachos. UCLAD empezó en un garaje, con el primer grupo que reunía los mismos intereses y participaban de iguales inquietudes con el deseo de dar y recibir. En principio se escuchaban las quejas y se adentraban en la problemática de la droga. Posteriormente alquilaron una casa, y allí se configuró el perfil de la institución que desde ese entonces quiso ser técnicamente llevada. Era un grupo formado por ocho personas y su anhelo estaba tenido de afecto, como presión y calor humano a la par que de un tratamiento médico y psicológico.

Tiempo más tarde se realizó un certamen en el cual se definiría que institución merecía un premio por sus planes de ayuda a la comunidad. Se trataba de la Caminata que organizó Andres Pastrana. Con este premio fue adquirida la casa que UCLAD ocupa hoy. Esta casa obvió las exigencias nacidas de las necesidades de la institución, y en ella funciona desde dos años.

De qué forma se realiza la vinculación de pacientes a UCLAD?

Los pacientes llegan por consulta. A veces acompañados por sus padres sea porque ellos mismos se hacen acompañar o porque los haya invitado un amigo que ya ha tenido tratamiento. En UCLAD prevalece la política de que el paciente llegue de forma voluntaria en oportunidades antes que el llega el padre, a esta perso se le indica cómo debe manejar y motivar al paciente si éste no tiene una intoxicación aguda.



Cuál es la finalidad de UCLAD?

Es una fundación sin ánimo de lucro cuyo principal objetivo es la rehabilitación de los jóvenes que han caído en el hábito de las drogas. Es un centro de tratamiento e investigación que simultáneamente brinda a la comunidad asistencia especializada en el problema y establece acciones conducentes a prevenir y capacitar personal para afrontar la situación.

#### LA FARMACODEPENDENCIA EN COLOMBIA

En las explicaciones del doctor Cepeda llegamos a ererarnos de los estudios que se realizan para conseguir una investigación epidemiológica en grande escala. En ella se estudian aspectos como el tipo de droga, frecuencia de uso, edad, sexo estado socio-económico, ambiente familiar, aspectos religiosos pertenencia a grupos, determinantes del uso o rechazos de la droga. Esto sirve para planear el conjunto de acciones que logra la prevención primaria y secundaria que tanto la división de Salud Mental con el Ministerio de Salud tiene en tre manos para darle una respuesta científica al problema.

El alcohol, los cigarrillos, los sicoactivos (estimulantes, barbitúricos, marihuana, LSD, hongos, tranquilizantes, narcóticos, inhalantes y otras sustancias de uso popular como la telaraña, el maracuyá o la cáscara de banana, que no tienen de por sí principio cativos.

Dr. Cepeda, qué es la farmacodependencia? X

El comité de Organización Mundial de la Salud definió dependencia el estado que resulta de la absorción periódica o continuamente repetida de cierta droga, y sus característica

varían de acuerdo a la droga. Más adelante el mismo comité señaló que es un estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción de un organismo vivo y un medicamento, y que se caracteriza por las modificaciones del compartimiento y por otras reacciones, entre las cuales siempre se encuentra una pulsión a ingreir el medicante en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos, y en ocasiones evitar la angustia de la privación.

Cuales son los problemas que traen la drogas como la marihuana, el L. S. D. la cocaína y los alucinógenos?

La marihuana puede traer una disminución de la corteza cerebral por lesión neuronal y la pérdida irreparable de estos elementos. Además un síndrome antimotivacional, que se manifiesta por la falta de espíritu en una persona que ha sido trabajadora, responsable y cumplidora de su deber, El LSD provoca lesiones a nivel de los elementos celulares que transmiten los rasgos herenciales, y parece que la marihuana provoca esto mismo. La cocaína produce lesiones a nivel de la mucosa, perforaciones del tabique y lesiones cardiovasculares, Los alucinógenos producen perturbación que pueden desencadenar la locura en proceso esquizoides.

#### EL CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS

El consumo de sustancias sicoactivas en la ciudad de B/quilla entré escolares de secundaria lanzó un resultdad de 383 - por 1.000, y en cuanto al sexo los hombres superan a las mujeres en la prevalencia total. Este alto consumo de sicoactivos constituye la verdadera farmacodependencia y tiene cifras similares a las del alcohol. Su consumo por razón de la edad va en ascenso notorio desde la edad de 10-14 años hasta 20/24, para descender igualarse en los tres estratos socioeconómicos, pero los narcóticos y el LSD tienen más -

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

prevalencia en las clases altas que en las clases bajas, las cuales prefieren el alcohol.

Sin embargo la prevalencia específica del consumo señala los tranquilizantes en el primer lugar de los psicoactivos, siendo además más utilizados por las mujeres, mientras que los hombres consumen más marihuana. Es también curioso anotar que la investigación del Ministerio de Salud encontró - alta prevalencia de consumo entre los judíos frente a otras religiones y aún mayor prevalencia entre jóvenes que no - practican ninguna religión.

Las mismas estadísticas encontraron como fuente principal - de la consecución de psicoactivos la farmacia en primera línea para seguir luego con el traficante y la prescripción médica, aparte de la curiosidad dada por una gran mayoría como la razón más importante para iniciarse en el consumo.

#### EL DIRECTOR CIENTIFICO DE UCLAD

Jairo Cepeda, a quien debemos todos los datos anteriores sobre la farmacodependencia en Barranquilla, y sobre UCLAD, es un médico cirujano de solo treinta y un años, egresado de la - Universidad Nacional de Colombia y bachiller del Colegio - Piffi. Pertenece a la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Toxicología, es presidente del capítulo en Barranquilla, y es miembro de la Asociación Latinoamericana de - Toxicología del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. - Su personalidad y el profundo interés científico que demuestra por el problema de las drogas, además de su alto sentido humano, garantizan sus informaciones sobre la drogación la efectividad de los diversos tipos de terapia, buscando la independencia psicológica y fisiológica del individuo, así como se adaptación personal integración social. También realiza campañas de prevención en los niveles que presentan una alta potencialidad para la droga.

## ENTREVISTA CON UN INTERNO DE UCLAD

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

En realidad lograr entrar en la vida interna no es algo fácil a primera vista, primeramente los especialistas no están de acuerdo con que se sondeen a preguntas a los enfermos, a ellos les fastidia, son muy huraños, inestables y egocéntricos por la simple razón de sentirse desadaptados a la sociedad que los rodea.

Pudimos notar que no soportan las visitas de personas extrañas ni metidas como ellos llaman, dicen que por qué les interesa la vida ajena. Algunos charlan de todo menos de lo que adolecen y es muy poco recomendable hacerles énfasis sobre sus problemas; charlas respecto a sus aptitudes, anhelos, etc., pero no se podía lograr adonde queríamos llegar.

Sólo logramos captar los detalles de vida y experiencia de un joven de solo 20 años de buena presencia y posición social, quien nos narró algunos detalles de su dramática experiencia de la droga y los días vividos dentro del centro de rehabilitación.

Nos narró que allí se vive un mundo distinto, aparte por completo de la realidad circundante. Esto lo dijo poco antes de formular las preguntas: " Si supieran por un momento la vida que se lleva en este Centro encerrado y lo doloroso que es el tratamiento, no probarían la hierba ni locos. Te conectan unos cablecitos y después te descargan con todo los hijos de perra. Aquí no nos matan de una vez sino a plazos, solo espero el día que me pueda fugar para darme un atracón de " nieve " .

" Aquí se sueña con hacer el amor tras los manubrios de una bicicleta que nos vuelvan como un maldito robot. Cuatro parejas en una cápsula espacial. Aquí cada cual sueña en lo

que podrá hacer cuando se largue. Te aplican otro electro y siguen volviendote pedazos!

Conceptuamos que es un infierno creado en la mente de la propia víctima pues él no acepta ese tratamiento como terapia para su rehabilitación, sino como un castigo.

El joven no está un segundo quieto y mientras converamos con él, va de un lado a otro, se sienta, se frota las manos, se seca la frente, camina,.

Por Qué estás aquí?

Aquí me trajeron mis padres sabes.

Por qué te trajeron?

Dizque me quieren quitar la "yerbasanta" y la "nieve", porque a la primera me enseñaron en el colegio y a la segunda en la barra de mi barrio. Somos muchos los que andamos en este infierno. Unos por alcohol, otros por manías sexuales, otros por drogas como yo.

Cómo te iniciaste en el mundo de la droga?

Es la misma historia: unos por curiosidad, otros por ignorancia, los demás por falta de información. Pero si los que comienzan supieran la vida que llevamos encerrados y con ese duro tratamiento, no probarían la yerba ni locos.

Cómo pasan el tiempo aquí?

Nos levantamos temprano, nos brindan jugos y frutas, si nos portamos mal, esto es, si hemos gritado pidiendo por favor un poco de droga que nos prolongue la vida, un baño helado recibimos. Después nos vamos a cambiar y a la sala de los electrochoques, que son inhumanos sabes.

Aquí todos nos quieren, las enfermeras, los doctores, las sicólogas; nos alimentan bien, nos dan paseos, nos llevan a cine, pero yo quisiera salir todos los días y ese tratamiento es horrible.

Cómo les aplican los electrochoques?

Pues te conectan cablecitos en todos los lados, en los párpados, en las orejas, en la ingle, en todos los centros nerviosos. Y después te descargan con todos los hijos de perra como si te fueran a acabar. Luego quedas adolorido, se sie-

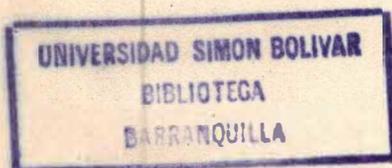
te uno basura física y apenas si puedes abrir los ojos y luego ponen una inyección de no se qué demonios.

"Yo solo espero el día de salir de aquí para volver a ver la nieve, pero ojalá me hallan curado salga.

Las acusaciones de la víctima van en contra del tratamiento que se le está aplicando.

La víctima no acusa a la droga sino al electrochoque y al tratamiento científico, ignorando tal vez que su infierno lo tiene dentro de la mente porque ha sido una situación creada por la misma víctima, lo ha atizado con la marihuana con la cocaína.

Ahora este joven lanza su odio contra el tratamiento que le es aplicado y a quienes se lo aplican, éstos son métodos eficaces que recomienda la ciencia en estos casos, envueltos por el terrible flagelo de la drogamanía.



BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA LUCHA CONTRA EL ABUSO DE  
LAS DROGAS, -

La Conversación Unica de 1961, aplicable colamente a las - sustancias que llaman estupefacientes, no prestó toda la - atención necesaria a las numerosas medidas que hubieran podido recomendarse a los gobiernos dentro del marco de su lucha contra el abuso de las drogas. El artículo 38 se limita a dar prudentes consejos con respecto al tratamiento de las toxicomanías.

El consumo abusivo de otros peligros psicotropes, todavía no sometidos a control internacional, aunque desde hace - tiempo toma de preocupación creciente, aumentó sin embargo en tales proporciones durante los últimos años que la Comisión de Estupefacientes juzgó que debían ponerse en práctica importantes disposiciones para remediar la situación. - Tal fue el motivo de que en enero de 1969 en Ginebra, se dedicase como hemos visto a la compleja tarea de colaborar y poner a punto un proyecto de protocolo internacional relativo a estas sustancias.

La comisión está de acuerdo en reconocer que deberá redactarse un artículo en términos más firmes que la correspondiente disposición de la Convención de 1961, con la esperanza de que, al subrayarse así la obligación de los gobiernos éstos ser verían forzados a actuar más activamente de lo que les incitaba a hacerlo la antigua fórmula relativa al "tratamiento de las toxicomanías".

He aquí las obligaciones que proyecta el artículo 16 de nuevo protocolo.

1. Las partes se esforzarán en tomar todas las medidas necesarias tendente a prevenir los abusos de las sustancias -

psicotropas y asegurar el rápido descubrimiento, así como el tratamiento, la convalecencia y la readaptación de las personas interesadas. Habrán de coordinar sus esfuerzos a este fin.

2. Las partes favorecerán en las medidas de lo posible la formación de un personal calificado capaz de asegurar el tratamiento, la convalecencia y la readaptación de las personas habituadas a las sustancias psicotropas.

3. Las partes ayudarán a las personas que lo precisen en el ejercicio de su profesión a adquirir un conocimiento de los problemas planeados por el abuso de las sustancias psicotropas y por su prevención y desarrollarán también este conocimiento entre el público en general cuando se tema que el abuso de estas sustancias se generalice.

Creemos que el momento actual ya nadie puede dudar del peligro de extensión del consumo abusivo de las drogas. Este libro espera responder al voto emitido en este sentido por la Comisión de Estupefacientes, en el tercer párrafo del artículo 16 del protocolo, cuya rápida firma sugiere. El 14 de julio de 1969 el presidente Nixon apeló asimismo ante el Congreso de los Estados Unidos para que se reunieran y se dieran a conocer lo más ampliamente posible los conocimientos científicos relativos a las drogas, "a fin de eliminar la ignorancia y el error que reinan en la actualidad.

Es a esta ignorancia y a este error el que he querido poner aquí remedio en la modesta medida de mis medios. Me he dirigido no solamente al público en general, sino también a los profesiones que han de estar en contacto con los drogados, aunque sólo sea incidentalmente. Pienso en los médicos, las enfermeras, los asistentes sociales, los magistrados, los abogados, los policías, los psicólogos, los eclesiásticos y



otros más, que en el ejercicio de sus funciones, deben a veces ocuparse de tales casos. En cuanto a aquellos que han decidido entregarse a la lucha contra el fenómeno de la droga, dentro de la disciplina a la que pertenecen, espero que estas páginas les sirvan de introducción e incitación para un estudio más a fondo y más amplio de todos los aspectos del problema. Estos son números. Yo me he limitado a la cuestión fundamental, que tan frecuentemente he oído plantear a mi alrededor, no solamente por profanos en la materia jóvenes y padres en primer lugar, sino también por los profesionales a los que acabo de referirme, que se sentían perdidos antes la responsabilidad que bruscamente había caído sobre ellos; la de ocuparse, de una o tra forma, del caso de un drogado. Su pregunta era prácticamente siempre la misma, aunque formulada de forma distinta: "pero cuáles son los efectos de la droga? Qué es la toxicomanía o la dependencia?"

Antes de ir más lejos, hay que delimitar lo más exactamente posible de qué se trata. Un buen conocimiento básico de las propiedades de las drogas y de los fenómenos que pueden dar lugar constituye un punto de partida indispensable en la lucha contra el abuso de estas sustancias.

Tal lucha comprende múltiples facetas y es muy compleja. Puede esquematizarse de la siguiente forma:

#### MEDIDA DE PREVENCION

##### a) Educación sanitaria

Debe estar basada en un programa proyectada de manera que alcance al conjunto de la población, así como a ciertos grupos bien determinados, a los que conviene dirigirse de forma más correcta, adaptando la enseñanza a sus características: niños en edad escolar, estudiantes, -

profesores, padres, empresarios y muchos otros grupos profesionales de las más diversas disciplinas. A este respecto es interesante el consejo del Comité de Expertos en Higiene Mental de la O.M.S. reunido en octubre de 1966 (361);

"En la formación de los estudiantes de medicina, la enseñanza relativa a los problemas de dependencia debe dejar ser el paciente pobre, como ha sido durante tanto tiempo y todavía lo es en numerosos casos. La mayor parte de las veces apenas si son esbozados, y aun eso sólo cuando un profesor se interesa por ellos y está bien informado. Ha llegado el momento de modificar este estado de cosas e incluir en el programa oficial una enseñanza metódica de estos temas". Ya hemos visto que el futuro protocolo relativo al control de las sustancias psicótropas obliga a las partes a favorecer en la medida de lo posible la formación de un personal cualificado.

b) Acción de higiene mental, de progreso social y económico y acción sobre las actitudes culturales.

se trata de lo que podría llamarse propaganda o educación indirecta, en tanto que la precedente era directa. Se incluyen entre otras medidas, el mejoramiento de las condiciones de existencia de poblaciones enteras afectadas por la plaga de la droga (por ejemplo, los indígenas de la meseta de los Andes o ciertos grupos étnicos de la encrucijada China-India) y la orientación de la juventud hacia ideales superiores y sanas alegrías (a la juventud hay que ofrecerle buenas razones para vivir, de forma que no tenga tendencias a buscar las malas): en una palabra, influir en los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales que desempeñan un papel en la eclosión de los casos de dependencia, a veces a gran escala.

c) Investigación.

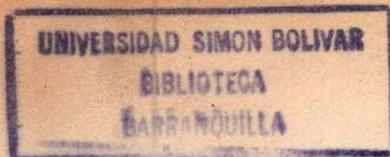
Cuanto precede supone evidentemente una buena información - sobre las múltiples etiologías del fenómeno de la droga, en un país o en un "subgrupo". La eficacia de las medidas depende en gran medida de ella. No obstante, el Comité de expertos de la O. M. S. ha emitido un dictamen que compartimos plenamente: "Una tarea importante... consiste en promover el estudio y la evaluación de estos factores ; sin embargo, el comité no cree que sean estrictamente necesarios estudios epidemiológicos de gran envergadura para la creación de servicios (especializados ). En muchos lugares es sorprendente la falta total de medios que permitan tratar y seguir los casos de dependencia; todo lo que se realiza en este sentido supone un progreso! En otras palabras: como se trata de un asunto urgente, no perdamos el tiempo desde el comienzo tratando de demostrar todo lo que el mundo sabe, La investigación científica servirá sobre la marcha para adaptar lo mejor posible las medidas tomadas desde el comienzo, incluso un poco empíricamente.

#### d) Medidas Legislativas.

Tomada tanto en el plano internacional como en el nacional, no solamente deben impedir que los individuos se procuren las drogas ilegalmente o legalmente, pero de forma abusiva y castigar a las personas que infrinjan estas leyes y estos reglamentos, sino también preocuparse de la organización de la ayuda medicosocial que precisan las víctimas de la droga testimonia una inocencia tan grande como las del drogado que espera convertirse en un hombre más valioso tomando una poción mágica.

#### e) Detección de las toxicomanías

Es un importante elemento de lo que se ha llamado la prevención secundaria. Todos los puntos precedentes pueden ayudar a un descubrimiento precoz: la educación sanitaria del públi



blico, que estará entonces más atento, conocerá el problema mejor y ayudará y dirigirá más rápidamente los casos sospechosos a los centros de tratamiento, la buena formación profesional de los directamente interesados en el problema (comprendida la policía), una investigación centrada en los problemas prácticos y una legislación adecuada.

#### MEDIDAS DE TRATAMIENTO, CONVALECENCIA Y READAPTACION

Los medios (teóricamente) disponibles para este fin son numerosos: creación de servicios hospitalarios especializados, - ya sean totalmente independiente o incorporados perfectamente a los hospitales generales, y no a los servicios psiquiátricos; consultas externas; servicios diurnos; hospitales nocturnos; establecimientos para los enfermos en los enfermos - en vías de curación; puesto de rápida desintoxicación física como existen en Polonia y Checoslovaquia; asociaciones de antiguos drogados (únicamente existe la de los Alcohólicos Anónimos; en los Estados Unidos existe la de toxicómanos Anónimos); granjas de readaptación y colonias de trabajos, etc.

En muchos países los servicios para el tratamiento de la dependencia se limitan a la iniciativa privada. Pero, incluso localmente, la mayoría desconoce estos esfuerzos, que además son muy insuficientes debido al apoyo absolutamente inadecuado y demasiado precario de las autoridades gubernamentales. Las medidas terapéuticas deberían constituir una responsabilidad de los Estados, así como todo el programa de lucha contra el abuso de las drogas, tal como acabamos de esbozarlo, aunque quizá de modo un tanto incompleto. El comité de Expertos en Higiene Mental de la O.M.S. ha subrayado que "todos los organismos y administraciones de salud pública tienen el deber de preocuparse del problema". Y añade que "representan un papel primordial en la mayoría de estas actividades".

Entre otros, existen dos importantes que los gobiernos deberían aplicar en todos los casos con objeto de organizar eficientemente la lucha.

Por una parte, es indispensable que se lleva de forma coordinada. La iniciativa privada parece más sensible que las autoridades a las cuestiones del abuso de las drogas de suerte que son muchos los ciudadanos que tratan de hacer algo, e sin saber en concreto a qué atenerse; no solamente el trabajo se realiza en ocasiones por duplicado, sino también en direcciones opuestas. A veces se tiene una penosa impresión de confusión. Parece un labor de aficionados y recuerdas los tiempos gloriosos de la lucha antialcohólica, cuando las almas sensibles, más ricas en buena voluntad que en auténtico conocimiento del problema, revalizaban en "filantropía". En todo caso su abnegación alejó a las autoridades, que finalmente decidieron en muchos países asumir la responsabilidad, cuyo objeto crearon comisiones especializadas, encargadas de elaborar para los gobiernos estudios y programas de prevención y tratamiento. Dada la amplitud actual de los problemas planteados por las drogas es hora que la historia se repita: - los Estados que todavía no lo hayan hecho deberían crear urgentemente una "comisión consultiva", compuesta de expertos en la materia con suficiente experiencia práctica y de representantes de los diferentes ministerios o departamentos interesados. La principal misión de tal organismo sería la preparación de un programa completo y coordinado de medidas tendientes a evitar el abuso de las drogas y sus nefastos efectos a aconsejar su aplicación a las autoridades responsables y vigilar sus resultados.

Por otra parte, la experiencia adquirida en sanidad pública demuestra que sería preferible instalar un "servicio público" para el tratamiento de la dependencia a las drogas; de reducida dimensiones al principio, se desarrollaría progresivamente, hasta llegar inevitablemente a ser un centro conocimiento del alcance de los problemas locales. Mejor sería ajus

... a este proceder que lanzarse inmediatamente, un poco  
... a realizaciones ambiciosas.

Por supuesto que hubiera sido interesante estudiar con detalle las múltiples facetas que ofrece un programa de prevención y de tratamiento como el que acabamos de describir. Sin embargo, creemos preferible atender primeramente a la educación sanitaria del conjunto de la población, comunicándole los conceptos fundamentales. Antes de pasar a otros aspectos de la cuestión es necesario evitar que sea un diálogo de sordos. Una mejor comprensión de lo que es la dependencia de las drogas facilitará en gran manera la colaboración, tanto deseable, de la colectividad en las demás medidas derivadas de la lucha contra el abuso de estas sustancias. Medidas tan diversas y amplias que serían suficientes como para escribir otro libro.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. La adición a las drogas generales ocurre a partir de los 12 años en adelante, sugerimos que ojalá en las escuelas de Colombia a partir de los 11 años todos los niños deberían ser sometidos anualmente a un test de rutina con objeto de conocer problemas psicológico, traumas y desadaptación de los mismos.
2. Los jóvenes o niños que presenten trastornos de conducta deben recibir tratamiento especial por persona convenientemente capacitados para ello.
3. Al salir una nueva droga con la características de las ya estudiadas, la nueva sustancia debe ser sometida a estricto control internacional que regula el comercio de los estupefacientes.

Dichas pruebas se ejecutan de forma regular por expertos de la O.M.S. los gobiernos antes de distribuir en mercado un producto del que se sospeche que es capaz de provocar adicción.

- Aunque por falta de ética casi nunca se cumple esta norma así se han comercializado ciertos estupefacientes peligrosos y en ocasiones ha transcurrido un año o más antes de que a los responsables los sometiesen a la obligada vigilancia.
4. Nos llamó mucho la atención en nuestra investigación y charla con químicos y médicos sobre estas sustancias adictiva, la inmoderada tendencia a prescribir anfetaminas o sus sucedáneos para tratar la depresión nerviosa a unos enfermos que padeciendo leves neurósisis en la mayoría de los casos, tienen ya en principio una cierta predisposición a buscar de las drogas. Esto es algo absurdo

e insostenible, teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas que ofrecen otras sustancias eficaces y no aditivas.

5. De las que más se abusa y a las que más tenemos que poner contención por la proliferada automedicación con los tranquilizantes como el meprobamato, el clodiazepóxido o libriun y el diazepam y valium, pues ésta dependencia puede llegar a ser tan grave como para hacerse física.

. En consecuencia es preciso tomar en consideración, estos cuerpos químicos de reciente aparición.

6. La conquista de clientes por medio de los narcotraficantes cada usuario se convierte así en un factor multiplicador del vicio, lo cual nos explica como el problema de la adicción se ha convertido en el más grande flagelo social de los últimos tiempos, por lo tanto debemos descubrirlos para matar el mal por la cabeza.

B I B L I O G R A F I A

1. INTRODUCCION AL SICOANALISIS  
SEGUND - FREUD.
2. EL ABUSO DE LAS DROGAS  
DR. G. VARNNE  
EDICIONES GUDARRAMA! (Madrid)
3. LA FAMILIA EN LA ESTRUCTURA  
POLITICO JURIDICA COLOMBIANA.  
EDUARDO UMAÑA LUNA.
4. DELINCUENCIA Y DROGOMANIA  
CARLOS ALBERTO DE PIERRIS
5. SALUD Y COMPORTAMIENTO  
DROGADICCION Y ETICA  
CARLOS CLIMENT. ALDEMAR VA-  
LENCIA , MARIA CARVAJAL DE  
GUERRERO, ANTONIO ZULUAGA.  
(Editorial Norma).
6. CONOCIMIENTO DEL HOMBRE  
POR EL SICOANALISIS  
W. HUBER. H. PIRON. A. VERGOTE
7. EL HOMBRE ETNOCENTRICO Y  
LA DROGA  
REMS CANTON
8. NEUROSIS Y TRASTORNOS  
PSICOSOMATICO Y DESADAP-  
TACION  
MAURICE DOGIER S H.
9. RECONSIDERACION DE LA MARI-  
HUANA  
LESTER GREENSPOON EDITORAL  
EXTEMPARANEOS MEXICO D.E.

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUCCION  | a   |
| OBJETIVOS   | 1   |
| METODOLOGIA   | 3   |
| CAPITULO I : La Droga   | 5   |
| CAPITULO II : Conceptos y Definiciones  | 11  |
| CAPITULO III : Clasificación de las Drogas que<br>producen Farmacodependencia | 17  |
| CAPITULO IV : Juventud Drogadicta en Colombia                                 | 32  |
| Otras Organizaciones Internales.  | 34  |
| CAPITULO V : Medidas de la Ley Colombiana                                     | 38  |
| UCLAD contra la Legalización  | 41  |
| CAPITULO VI : Cómo penetra la Droga en Colombia                               | 52  |
| Las Autoridades ante el problema  | 55  |
| CAPITULO VII : América Latina : Imperio de la<br>Droga                        | 63  |
| CAPITULO VIII : Dependencia de tipo Morfínico                                 | 67  |
| Adormidera y Opio   | 71  |
| Heroína   | 73  |
| Codeína   | 75  |
| Morfina   | 80  |
| CAPITULO IX : Dependencia de tipo Barbitúrico                                 | 84  |
| CAPITULO X : Dependencia de tipo Cannábico y<br>L.S.D.                        | 104 |
| Adicción a la Marihuana (Cannabis-<br>Sativa)                                 | 110 |
| Regímenes de Control  | 127 |
| CAPITULO XI : Importancia de los Centros de<br>Rehabilitación .               | 131 |
| La Farmacodependencia en Colombia   | 138 |
| Entrevista con un interno de<br>UCLAD   | 141 |

CAPITULO XI : Continuación ....

Breves consideraciones sobre la  
lucha contra el abuso de las

Drogas 144

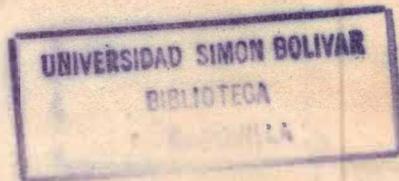
Medidas de Prevención 146

Medidas de Tratamiento y Readap-  
tación 149

RECOMENDACIONES 152

CONCLUSIONES 154

BIBLIOGRAFIA 156



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA

10. DESORDENES DE LA PERSONALIDAD  
TIPO SOCIOPATICO : LAS ADICCIO  
NES

ABRAHAM WYKLER  
BALTIMORE - 1967

11. ADICCION A LAS DROGAS : UN  
PROBLEMA MEDICO

EDITORIAL CHARLES C.  
THOMAS SPRINGFIELD 1962

13. DATOS SUMINISTRADOS POR LA REVISTA SEGURI- DAS.-