



ANAIS

TEMAS OFICIAIS

III SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CRIMINOLOGIA

III INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON CRIMINOLOGY

III SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CRIMINOLOGIA

IMESC

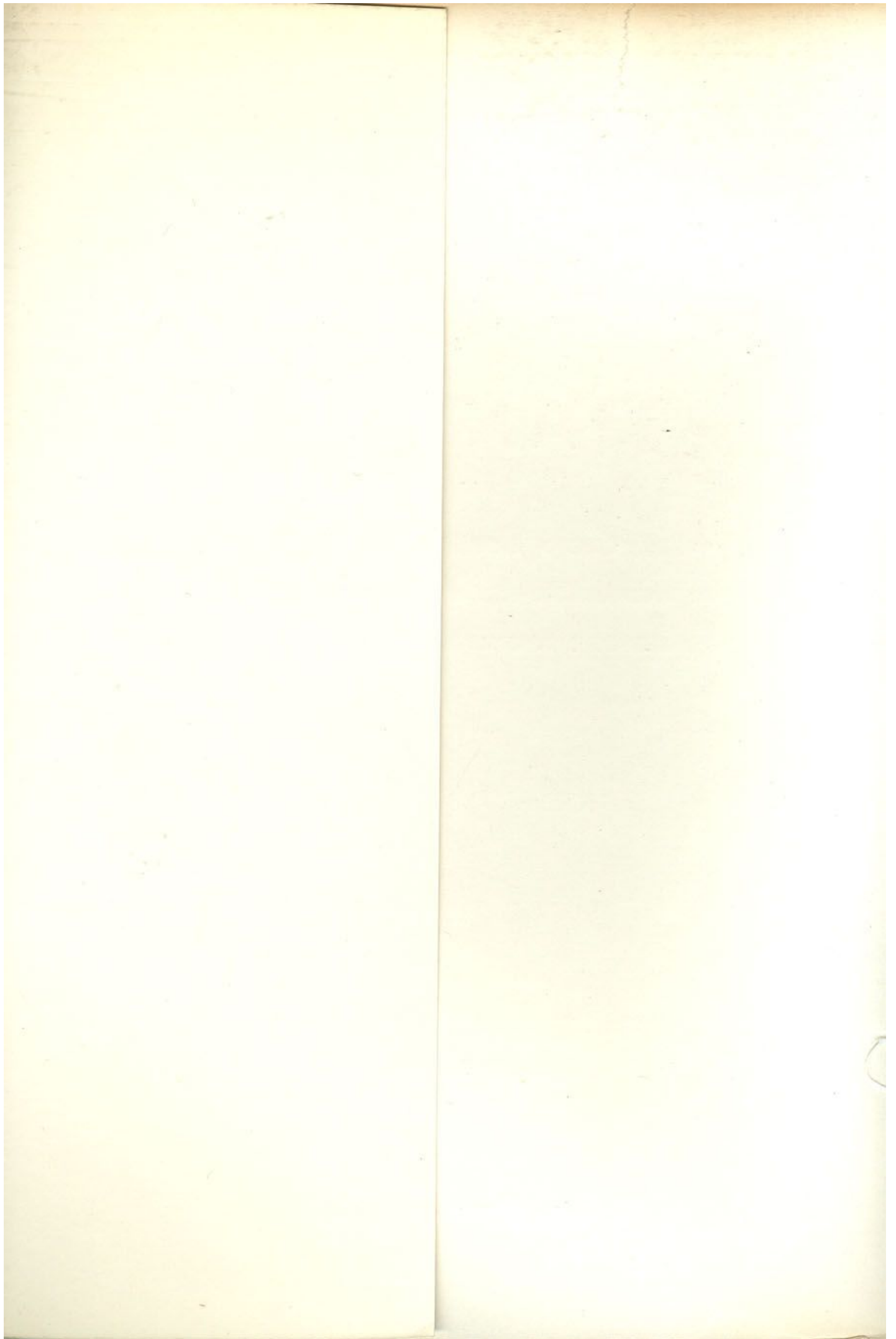
CICRIB

ICAA

DROGAS & CRIMINALIDADE / DRUG ABUSE & CRIMINALITY

DROGAS Y CRIMINALIDAD

SÃO PAULO 25-29/X/1976



APRESENTAÇÃO

Distinguido com a condição de Presidente Honorário do III Simpósio Internacional de Criminologia, cabe-me, agora, apresentar os "Anais" do referido certame.

Realizado em São Paulo, entre os dias 25 e 29 de outubro de 1976, sob os auspícios do Centro Internacional de Criminologia Biológica e Médico-Legal (São Paulo), do International Council on Alcohol and Addictions (ICAA) e do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), o Simpósio atingiu plenamente seus objetivos, congregando numerosos especialistas nacionais e internacionais de renome.

As sessões científicas abordaram os problemas cruciais do alcoolismo e das farmacodependências, visualizando-os desde o ângulo da saúde pública, e enfocando-os sob a luz clara da análise dos fenômenos sociais envolvidos. Os debates travados e as conclusões alcançadas foram de real valia para o progresso científico, no sentido de fixar alguns pontos essenciais nessa controvertida área, sem embargo de que outros restaram ainda indefinidos, o que é bastante compreensível.

Os presentes "Anais" registram o que de mais importante se produziu no Simpósio. A simples leitura das teses e relatórios aqui publicados permite concluir que foi de excepcional significação o conclave, a justificar plenamente o esforço das entidades patrocinadoras e organizadoras.

A Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça de São Paulo, cuja titulariedade ora me cabe, congratula-se com todos os promoventes e participantes do III Simpósio Internacional de Criminologia, bem como com os seus ilustres dirigentes, nesta oportunidade em que entrega ao público o fruto maduro dessa notável realização.

MANOEL PEDRO PIMENTEL

Secretário de Estado dos Negócios da Justiça

PRESENTATION

Honored with the position of Honorary President of the 3rd International Symposium on Criminology, it is my duty to present you the "Annals" of the Symposium.

It took place in São Paulo, on October 25th thru 29th, 1976, sponsored by the International Center of Biological and Medico-Forensic Criminology (São Paulo), the International Council on Alcohol and Addictions (ICAA), and the Institute of Social Medicine and Criminology of São Paulo (IMESC). The Symposium fully attained its objectives in gathering well-known national and international specialists.

Scientific meetings approached crucial problems of alcoholism and drug addiction from the Public Health standpoint, shedding the light of the analysis of the social phenomena involved. The debates and conclusions greatly helped scientific progress in setting some essential points in such a controversial area. Other points, however, are still undefined.

These "Annals" record the highlights of the Symposium. The mere reading of the theses and reports herein allow for the conclusion that the meeting was very meaningful and fully justified the efforts of the sponsors and organizers.

The Secretary of Justice of the State of São Paulo, which I presently head, congratulates the participants of the 3rd International Symposium on Criminology and its organizers as the fruitful result of the event is published.

MANOEL PEDRO PIMENTEL

Secretary of Justice

PRESENTACIÓN

Distinguido con la condición de Presidente Honorário del III Simposio Internacional de Criminología, es mi tarea, ahora, hacer la presentación de los "Anales" de dicho evento.

Realizado en São Paulo, entre los días 25 y 29 de Octubre de 1976, bajo los auspicios del Centro Internacional de Criminología Biológica y Médico-Legal (São Paulo), el International Council on Alcohol and Addictions (ICAA) y el Instituto de Medicina Social y Criminología de São Paulo (IMESC), el Simposio alcanzó plenamente sus objetivos, reuniendo gran número de renombrados expertos, nacionales e internacionales.

Las sesiones científicas abordaron los problemas cruciales del alcoholismo y las fármacodependencias, vizualizándolos desde el ángulo de la salud pública y enfocándolos bajo la clara luz del análisis de los fenómenos sociales involucrados. Los debates desarrollados y las conclusiones sacadas fueron de real valor para el progreso científico, en el sentido de fijar algunos puntos esenciales en esa área tan controvertida, aún cuando otros hayan quedado todavía indefinidos, lo que es bastante comprensible.

Los presentes "Anales" registran lo más importante que se ha producido en el Simposio. La simple lectura de las tesis y relatorios aquí publicados permite comprender la relevancia y excepcional significación del cónclave, justificándose enteramente el esfuerzo de las entidades patrocinadoras y organizadoras.

La Secretaria de Estado de Justicia de São Paulo, de la que en este momento soy el titular, agradece y felicita a todos los promotores y participantes del III Simposio Internacional de Criminología, como así también a sus ilustres dirigentes, en esta oportunidad en que entrega al público el fruto maduro de este notable encuentro.

MANOEL PEDRO PIMENTEL

Secretario de Justicia



HOMENAGEM

Ao DD. Secretário de Estado dos Negócios da Justiça,
Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel, Presidente de Honra
do 3.º Simpósio Internacional de Criminologia.

**PRESIDENTE DE HONRA / HONORARY CHAIRMAN /
PRESIDENTE HONORARIO:**

Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel, DD. Secretário de Estado
dos Negócios da Justiça / Secretary of Justice of São Paulo /
Secretario de Justicia de São Paulo

PRESIDENTES / CHAIRMEN / PRESIDENTES:

Prof. Dr. Peter Lejins — U.S.A.
Prof. Dr. Archer Tongue — I.C.A.A.

VICE-PRESIDENTES / VICE-CHAIRMEN / VICE-PRESIDENTES:

Prof. Dr. Roberto Lyra Filho — BRASIL
Prof. Dr. Norman Rosenblatt — U.S.A.
Prof. Dr. C. C. Adomakoh — GANA

**SECRETÁRIO GERAL / GENERAL SECRETARY /
SECRETARIO GENERAL**

Prof. Dr. Alfonso Quiroz Cuaron — MÉXICO

**ORGANIZADOR E SUPERVISOR / ORGANIZER AND
SUPERVISOR / ORGANIZACIÓN Y SUPERVISIÓN:**

Prof. Dr. Ayush Morad Amar — BRASIL

**ENTIDADES PATROCINADORAS / AUSPICES /
INSTITUCIONES PATROCINADORAS**

Centro Internacional de Criminologia Biológica e Médico-Legal
(São Paulo); International Council on Alcohol and
Addictions (ICAA); Instituto de Medicina Social e de
Criminologia de São Paulo, ex-Instituto Oscar Freire
(São Paulo).

Senhoras e Senhores

Prezados colegas

Este certame se propõe a abordar o problema do alcoolismo e das farmacodependências sob uma perspectiva, sobretudo, de saúde pública. Vale dizer, analisar o uso e abuso de fármacos em relação ao nível de saúde e de bem estar das populações em geral mais do que em função dos casos individuais implicados.

Esta percepção social do problema, como fenômeno de massa, é imprescindível para trazer a sua verdadeira dimensão, estabelecer ordem hierárquica na importância das áreas afetadas e para identificar fatores que favorecem sua propagação ou que contribuem para o seu controle.

Uma ação eficaz de prevenção primária neste campo deve incluir medidas de ordem política, econômica e social que escapam da jurisdição dos organismos de saúde. No caso específico, o nível de bem-estar da população depende mais de medidas gerais do que de ações especificamente médicas. É intenção deste certame assinalar os problemas que, por sua magnitude, requerem atenção prioritária das autoridades. A determinação de um denominador comum é de particular importância na América Latina em que a problemática é, talvez, menos séria do que em outras regiões do mundo, mas onde, pelas próprias características, programas preventivos e remédios políticos são essenciais. Não se pode excluir, ademais, a possibilidade do problema assumir proporções igualmente graves.

Por outro lado, as relações entre consumo de fármacos e criminalidade, constituem, até hoje, matéria controvertida. Em relação à mesma pesquisa, teorias e políticas de controle diferem consideravelmente. Provavelmente, nenhum acordo será sempre possível encontrar. Os governos e os legisladores estão interessados em encontrar razoável denominador no qual seja possível programar alguma intervenção.

Estas são, de um modo geral, as preocupações dos organizadores do certame que esperam proporcionar coordenadas mais definidas da intervenção, em algum nível, se possível, dos países participantes.

Ayush Morad Amar

Diretor

Ladies and Gentlemen,

Dear colleagues,

This scientific meeting has mainly the purpose of approaching alcoholism from a public health viewpoint, and of analyzing drug use and abuse relating to the general population rather than individuals. This social comprehension of the problem is very important for understanding its real dimension, for establishing the hierarchical order of the involved areas and for identifying the factors which contribute to its control.

Primary prevention in this area has to include socio-economic and political policies different from those already prevailing in the jurisdiction of the health organizations in general. Specifically, the welfare level of the population depends on general measures rather than particular actions.

This meeting is also aiming at those problems which request a lot of attention from the authorities. The finding of a common ground is of particular importance in Latin-America because the problem of drug addiction is perhaps far less serious than in other regions of the world. So that preventive and remedial policies are essential, otherwise the situation will become similar to that prevailing in those mentioned regions.

On the other hand, the relationship between drug addiction and criminality is still a controversial matter, about which theories, policies and researches differ considerably. Probably no agreement will ever be possible. But Government and Policy makers are interested in finding a reasonable common ground on which the corresponding policy should be based.

These are, in general, the aims of the organizers. They want to provide at least the necessary information required for the development of more efficient intervening programs.

Ayush Morad Amar
Director

Señoras y Señores

Estimados compañeros

Este encuentro se propone abordar el problema del alcoholismo y las fármacodependencias desde una perspectiva sobretodo de salud pública. Vale decir, analizar el uso y abuso de fármacos con relación al nivel de salud y bienestar de las poblaciones en general, más que en función de los casos individuales implicados.

Esta percepción social del problema, como fenómeno masivo, es imprescindible para que se entienda su verdadera dimensión, para que se establezca un orden jerárquico en la importancia de las áreas afectadas y para que se identifiquen los factores que favorecen su propagación o que contribuyen para su control.

Una acción eficaz de prevención primaria en este campo debe incluir medidas de tipo político, económico y social que se escapen de la jurisdicción de los organismos de salud. En este caso específico, el nivel de bienestar de la población depende en mayor grado de medidas generales que de acciones específicamente médicas. Este encuentro tiene como intención señalar los problemas que por su magnitud requieren de las autoridades atención prioritaria. La determinación de un común denominador tiene especial importancia en America Latina, donde la problemática sea, quizás, menos seria que en otras regiones del mundo, pero en donde, y por sus propias características, programas preventivos y medidas de orden político son esenciales. No se puede excluir, además, la posibilidad que tiene el problema de asumir proporciones igualmente graves.

Por otro lado, las relaciones entre consumo de fármacos y criminalidad constituyen, hasta el presente momento, materia controvertida. En lo que atañe a una misma investigación, teorías y políticas de control divergen considerablemente. Es muy posible que el acuerdo no se logre nunca. A los gobiernos, igual que a los legisladores, les interesa encontrar un denominador satisfactorio que facilite la programación de algún tipo de intervención.

De manera general, estas son las preocupaciones de aquellos que organizan el encuentro, y además esperan proporcionar coordenadas más definidas para la intervención, en algún nivel, y en lo posible, de los países participantes.

Ayush Morad Amar
Director

PROGRAMA / PROGRAM / PROGRAMACIÓN

25/10/1976 — 9:00 h.

Sessão solene de abertura / Opening session / Sesión
solemne de abertura

Presidente / Chairman / Presidente: Prof. Dr. Manoel Gonçalves
Ferreira Filho, DD. Vice-Governador do Estado de S. Paulo.

Expositor / Lecturer / Expositor: A. Noll (Noções Unidas)

10:00 h.

Relacionamento entre o uso e abuso de drogas e criminalidade /
The relationship between the drug abuse and criminality /
Relacionamiento entre el uso y abuso de las drogas
y la criminalidad

Presidente / Chairman / Presidente: F. Canestri (Venezuela)

Vice-Presidente / Vice-Chairman / Vice-Presidente: J. Lowinson

Expositor / Lecturer / Expositor: M. I. Soueif (Egito)

Relator / Reporter / Relator: R. Smart (Canadá)

Debatedores // Discussants / Debatedores: P. Manning (USA)

J. L. V. A. Franceschini (Brasil)

16:00 h.

Epidemiologia, atitude comunitária e políticas de controle /
Epidemiology, community attitudes and control policies /
Epidemiología, actitud comunitária y políticas de control.

Presidente / Chairman / Presidente: Marcel Ette (C. do Marfim)

Vice-Presidente / Vice-Chairman / Vice-Presidente: Joris Casselman
(Bélgica)

Expositores / Lecturers / Expositores: C. N. Cagliotti

(Argentina) — Pablo Muñoz Gomes e Maria Teresa Camargo

(Colombia) — L. C. Mora (Espanha)

Relator / Reporter / Relator: González Carrero (Venezuela)

26/10/1976 — 9:00 h.

Problemas relativos às legislações sobre drogas, com implicações
sócio-político-econômicas / The socio-economic and political
questions involved in the so-called legalization of drugs /

Problemas sociales, políticos y económicos relativos
a las legislaciones sobre drogas.

Presidente / Chairman / Presidente: Peter Manning (USA)

Expositor / Lecturer / Expositor: L. C. Mora (Espanha)

Relator / Reporter / Relator: Dirceu de Mello (Brasil)

Debatedores / Discussants / Debatedores: M. Ette (Costa do Marfim)

J. T. Calder (Porto Rico) — R. R. Harrell (México)

14:00 h.

Epidemiologia, atitude comunitária e políticas de controle /
Epidemiology, community attitudes and control policies /
Epidemiología, actitud comunitária y políticas de control

Presidente / Chairman / Presidente: J. L. V. A. Franceschini (Brasil)

Expositores / Lecturers / Expositores: M. A. Berendique (Chile)

IMESC (Ex-Instituto Oscar Freire - Brasil) — González
Carrero (Venezuela) — José David (Uruguai)
Relator / Reporter / Relator: Djalma N. Penteado (Brasil)

27/10/1976 — 9:00 h.

Caracterização da pessoa do farmacodependente /
Characterization of the drug addict / Caracterización del
fármacodependiente.

Presidente / Chairman / Presidente: J. Lowinson (USA)

Expositor / Lecturer / Expositor: J. T. Calder (Porto Rico)

Relator / Reporter / Relator: J. Pereira (Brasil)

Debatedores / Discussants / Debatedores: R. Hesse (USA)

R. Smart (Canadá) — J. Casselman (Bélgica)

14:00 h.

Epidemiologia, atitude comunitária e políticas de controle /
Epidemiology, community attitudes and control policies /
Epidemiología, actitud comunitária y políticas de control.

Presidente / Chairman / Presidente: James J. Moore (UNSDRI)

Expositores / Lecturers / Expositores: A. G. Petit (Paraguai)

R. R. Harrell (México); Gregorio Aramayo Diez de

Medina (Bolivia)

Relator / Reporter / Relator: R. G. Portão (Brasil)

28/10/1976 — 9:00 h.

Temas Livres — apresentação de trabalhos não relacionados
necessariamente ao temário oficial / Presentation of papers not
necessarily related to the official themes / Presentación de
trabajos que no tienen necesariamente relación con el programa
oficial.

14:00 h.

Epidemiologia, atitude comunitária e políticas de controle /
Epidemiology, community attitudes and control policies /
Epidemiología, actitud comunitária y políticas de control.

Relatório final / Final report. / Relatorio final

Presidente / Chairman / Presidente: Archer Tongue (ICAA)

Relator / Reporter / Relator: James J. Moore (UNSDRI)

29/10/1976 — 9:00 h.

Sessão de encerramento / Closing session / Sesión de clausura
Relatório final do Simpósio e conclusões / Final report of the
Symposium and conclusions / Relatório final del Simposio y
conclusiones.

Presidente / Chairman / Presidente: Peter Lejins (USA)

Relator / Reporter / Relator: R. Lyra Filho (Brasil)

O Exmo. Senhor Ministro da Saúde fez-se
representar na sessão solene de encerramento
pelo Dr. José Carlos Seixas, DD. Secretário
Geral daquele Ministério.

CURRENT PROBLEMS OF DRUG USE AND ABUSE AND THEIR CONTROL ACCORDING TO THE INTERNATIONAL TREATIES

MR. ALFONS NOLL,
Secretary of the UN Commission
on Narcotic Drugs,
Legal Officer of the UN Division of
Narcotic Drugs

1. It is a great honour for me, as the representative of the United Nations Division of Narcotic Drugs, to have been invited to participate in this international symposium and to address this audience at its opening session. It is, furthermore, with great pleasure that I have chosen as the subject of my paper presented to you the "Current problems of drug use and abuse and their control according to the international treaties". I have done so deliberately, as experience in my participation in international symposia, meetings or congresses of this kind has shown me that the international framework within which all the efforts are undertaken to cope with the drug problem is very often not sufficiently known by people actively engaged in prevention and control in this field at the national level. Because this symposium is an international one, I see ample justification for my intention to try to put the efforts undertaken and to be undertaken at the national level within the scope of the international treaty system and of the drug control provided therein and to draw the attention of this audience to the current problems being dealt with under that system.

The international drug control system

2. In order to do so, I am sure the audience will agree with me that I do have to give you a very short survey of the international drug control system in force. As you know, international efforts to get the drug problem under control date back to the 1909 Shanghai Opium Commission, which was the first international conference making recommendations on the subject and opening the way for the first international narcotics convention which was concluded at The Hague in 1912. Since that time, a great number of international conventions and protocols constantly refining and updating the international drug control system were adopted, both under the auspices of the League of Nations and, later, of the United Nations. There is no need to go into the details of these international legal instruments which were concerned with the control of narcotic drugs as defined in the treaties, as the essence of their provisions was brought together in an updated and consolidated form in one single legal instrument: the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (hereinafter called "the Single Convention"), which, amongst Parties to it, replaces all the earlier treaties.

3. The Single Convention, adopted by the United Nations Conference in New York in March 1961 and aiming at universal acceptance by governments, entered into force on 13 December 1964 and, as of today, has approached rather closely its aim by having 108 States Parties to it (1). This Convention provides a comprehensive control system covering all stages and activities from the cultivation of the raw material to the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of, narcotic drugs. Following its predecessor treaties, it is based on the general principle that all the Parties to it shall take such legislative and administrative measures as may be necessary to give effect to and carry out the provisions of this Convention within their own territories, to co-operate with other States in the execution of the provisions of this Convention and to limit the above-mentioned activities exclusively to medical and scientific purposes. Its

(1) See Annex.

provisions stipulate, partly in very detailed and strict form, partly in a more general and sometimes even more recommendatory form, the most important measures which Parties should take in order to control those activities related to narcotic drugs.

4. In 1972, the international community felt the need for amending the Single Convention and a United Nations Plenipotentiary Conference, held in Geneva in March of that year, adopted the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. This Protocol entered into force on 8 August 1975 and has, as of today, 52 States Parties to it (1). Its provisions indeed strengthen the control measures originally provided for in the Single Convention and stipulate a number of additional control measures, to which reference will be made later in this paper, and by virtue of which the international control system on narcotic drugs shall be improved.

5. It should be noted at this stage that these two most recent and, as of today, most important international legal instruments, as did their predecessors, only deal with one part of the drugs of concern, namely natural or synthetic narcotic drugs as defined in the Single Convention. The other part, consisting of **psychotropic** substances such as hallucinogens, amphetamines, barbiturates, sedatives and tranquillizers, which also, in recent years, has given rise to very great and at present constantly increasing problems in the field of drug control, was not covered by the international drug control system prior to 1971. It was only in that year that a United Nations Plenipotentiary Conference, held in Vienna, adopted the 1971 Convention on Psychotropic Substances (hereinafter called "the 1971 Convention"), which finally entered into force on 16 August 1976 and has, as of today, 40 States Parties to it (1). The control system for psychotropic substances provided for by that Convention is basically similar to the system established by the other treaties for the control of narcotic drugs. The difficulties arising from the heterogeneity of the psychotropic substances envisaged by the 1971 Convention, the differences in the risks connected with the abuse and the drug-dependence-producing properties of these substances and, even more, the substantial differentiation in their therapeutic validity, have however led to the adoption of control measures distinctly different from those covering narcotic drugs and greatly varying according to the different groups of psychotropic substances listed in the four schedules annexed to that Convention. The actual implementation of the 1971 Convention, which entered into force only two months ago, in fact represents one of the most urgent current problems of drug use and abuse, of which I shall speak at a later stage.

6. As already alluded to earlier under the remarks concerning the Single Convention, the ultimate goal of the whole international drug control system concerning both narcotic drugs and psychotropic substances is to limit exclusively to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs under the control of the international treaties. It cannot be stressed enough that the efficiency of this international drug control system depends to a large extent, if not entirely, on three main pillars: the proper implementation of the provisions of the treaties at the national level, the collaboration of the Parties to these treaties in their implementation and their co-operation with the international control organs. As the implementation of the international treaties is to be done primarily at the national level i.e. by Parties to it taking all legislative and administrative measures necessary to comply with the treaties' provisions and aims, it can be stated that the international drug control system is as good as are the various national control systems and the aforementioned international collaboration and co-operation, the whole control system provided for by the treaties being based on the inter-relationship and interdependence between the national control systems and the international drug control organs.

7. With regard to the international level, it should be noted that the three main recent treaties in the field of drug control outlined above and dealt with here — to all of which Brazil, the host country of this international Symposium, is a Party — recognize the competence of the United Nations with respect to the

(1) See Annex.

international control of drugs and entrust to the Commission on Narcotic Drugs and the Economic and Social Council of the United Nations and to the International Narcotics Control Board the functions respectively assigned to them by the treaties. To complete the picture, I consider it appropriate at this stage to add a few remarks on the functions of these organs and their secretariats.

8. The Commission on Narcotic Drugs, being the main policy-making organ within the United Nations system with regard to international narcotic drug control, is composed of representatives of 30 Governments elected by the Economic and Social Council, which itself is composed of 54 Governments and, as one of the main organs of the United Nations, is in charge of "international economic, social, cultural, educational, health, and related matters", by virtue of Article 62 of the Charter of the United Nations. The Commission on Narcotic Drugs, established by the Council in its resolution 9 (I) already in 1946 as one of the Council's functional commissions, meets in fact annually in order to review all aspects concerning international drug control, to take decisions and to make recommendations to the Economic and Social Council and to Governments as appropriate. By virtue of the above-mentioned treaties, it is authorized to consider all matters pertaining to their aims and to the implementation of their provisions and to make recommendations relating thereto, as specified in detail both in the Single Convention and in the 1971 Convention.

9. The International Narcotics Control Board is an independent treaty organ specifically established by the Single Convention and is composed at present of eleven persons elected by the Economic and Social Council in their personal capacity in view of their competence, impartiality and disinterestedness. It is particularly in charge of controlling the international trade in narcotic drugs and of taking measures to ensure the execution of the provisions of that Convention. Its functions have been enlarged with regard to the control of narcotic drugs by the 1972 Protocol amending the Single Convention. Control functions similar to the ones given to it under the Single Convention have also been entrusted to the Board by the 1971 Convention. It is served by a special secretariat.

10. The Division of Narcotic Drugs, which I represent here, is the main body dealing with matters of international drug control within the United Nations Secretariat, which itself can be compared with the Executive Branch at the national level. As part of this Secretariat, the Division serves the Commission on Narcotic Drugs as permanent secretariat, prepares and follows up the decisions of the policy-making organs of the United Nations and carries out all the functions attributed to the Secretary-General of the United Nations by the various treaties; it also deals with the scientific research in this field through the United Nations Narcotics Laboratory.

11. Before turning to the current problems of drug use and abuse and their control, one important development closely related to the international drug control system, as provided for by the international treaties, should be mentioned. On the initiative of the Commission on Narcotic Drugs, the United Nations Organization, in 1971, went beyond the international drug control system as such by establishing the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC), in order to complement the control system as established by the treaties through other ways and means to cope with the drug problem. The main aim of UNFDAC is to raise funds for programmes and projects by which governments could be assisted in their efforts to bring the various aspects of the drug problem under proper control. Since its establishment, the Fund has accumulated somewhat more than 23 million US dollars. Although the total amount received by the Fund through voluntary contributions from governments and private sources is not overwhelmingly high, compared with the big problems and the needs for funds to cope with them, which the international community and governments are faced with, it should be mentioned with appreciation that considerable results have been achieved through these multi-disciplinary programmes and projects financed by UNFDAC and carried out mostly by the United Nations Division of Narcotic Drugs and the other specialized agencies of the United Nations system, such as WHO, FAO, ILO and UNESCO. Besides giving legal assistance to governments in drafting national laws and regulations, those programmes are concerned, as necessary, with giving technical and financial assistance in the field of law enforcement, treatment and

rehabilitation, preventive measures and crop substitution aimed at replacing by other means of income the cultivation of raw material not authorized under the international control system. Programmes of this kind are operating, e.g. in Thailand, Afghanistan and Pakistan, with good and encouraging results, will soon be operating in Burma and are under consideration for Laos and Nepal. As far as Latin-America is concerned, projects have been agreed upon with the Governments of Bolivia and Peru and are right now operational, and another project is envisaged for Argentina. Those operations, which certainly result in strengthening the international as well as national drug control systems as such, can be continued, it should be added, only if the resources of UNFIDAC will in future continue and increase.

Current problems

12. Turning now to current problems of drug use and abuse and their control within the framework of the international treaties, I should like to point out at the outset that I shall point to those current problems as they are seen from the international level and, in particular, as they are taken up by the main policy-making organ in this field, the United Nations Commission on Narcotic Drugs. It should also be noted that some of the problems are actually of a new character, whereas others date back a long time but remain, nevertheless, current problems, e.g. the illicit traffic in drugs, to mention only one example. It is hard, if not impossible, to establish any priority amongst those current problems as most of them are inter-related due to the multiple aspects of the drug problem as a whole and are all of almost the same level of importance. The sequence in which they are presented here shall therefore in no way imply an order of priority which may change according to rapid new developments both at the national and international level and may differ according to the prevailing circumstances in different regions or countries.

Implementation of the 1971 Convention on Psychotropic Substances

13. The most recent entry into force of the 1971 Convention on Psychotropic Substances on 16 August 1976 made the implementation of this Convention, both on the international level and on the national level, by governments being Parties to this Convention, one of the new current problems of drug control. By virtue of this Convention and its proper implementation, it will become possible, for the first time, to bring psychotropic substances under a similar control as that exercised for a long time on narcotic drugs. This indeed means a new start and implies the opening of an entirely new field to be covered by the international drug control system. It is true that in the past many governments, regardless of whether or not they had already adhered to the 1971 Convention, had put some or all of the psychotropic substances listed in that treaty under some national control, by either including them in the control systems provided for narcotic drugs or by enacting special legislation on the subject. On a voluntary basis many governments have also co-operated in this respect with the international control organs in the past. The latter, however, are now, for the first time, in a better position to exercise, in close co-operation with governments, an efficient international control over these substances by virtue of the provisions of the 1971 Convention. The Commission on Narcotic Drugs has already partly paved the way when, at its twenty-sixth session in 1975, it included questions concerning the control of psychotropic substances in the revised form (E/NR.FORM/Rev.3) of annual reports on the working of the international treaties, to be submitted by governments to the Secretary-General of the United Nations in accordance with the provisions of the international treaties. For its twenty-seventh session in February 1977, the Commission has already included the implementation of the 1971 Convention as a special item in its provisional agenda; in order to give the Commission enough time to discuss all the matters pertaining to the proper implementation of this Convention, the Council has even authorized it to extend the Commission's session for one week. In order to ensure the proper implementation of that Convention and to come to an efficient international control over psychotropic substances, it is certainly essential that a larger number of governments will adhere in the future to this Convention, which also aims at universal acceptance, and that they take

at the national level adequate legislative and administrative measures in conformity with that Convention's provisions. To achieve a proper implementation of this Convention, it is equally important that all governments continue to co-operate with the international control organs, i.e. the UN Commission on Narcotic Drugs and the UN Division of Narcotic Drugs, as the Commission's secretariat, as well as with the International Narcotics Control Board.

Enacting and revising drug control legislation

14. The enacting and revising of proper and adequate drug control legislation is one of the most important problems to be solved by governments at the national level, not only with regard to the implementation of the 1971 Convention but also as far as the control of narcotic drugs is concerned. Some countries which in the past have not, or have less, been affected by the drug problem do not yet have adequate legislation to cope with this problem in the future. Existing legislation sometimes dates back many years and needs amendment or revision to bring it up to date in order to face effectively new developments and to cope efficiently with the control of drug use and abuse. Such revision of legislation includes not only direct control measures over drugs, e.g. licensing, inspection, record-keeping system, prescription etc., but also prevention of drug abuse and the whole complex of the treatment of drug users and/or abusers. In this context, it should always be kept in mind that the control measures required by the provisions of the international treaties represent minimum requirements agreed upon by governments having participated in the various plenipotentiary conferences for the elaboration of these treaties and the governments which have adhered to these treaties, and that any Party may adopt more strict or severe measures of control than those provided by the treaties if, in its opinion, such measures are desirable or necessary for the protection of the public health and welfare. One specific aspect of such drug control legislation shall be singled out in the following, as it represents a current problem the solution of which is widely discussed nowadays both at the international and national level.

Penal and other measures against drug abuse

15. As in the past and still sometimes nowadays, some confusion and misunderstanding exists with regard to the legal position of the international treaties concerning penal sanctions with regard to drug abuse, I should like to make some remarks for clarification, as I have already done at the Eleventh International Congress on Penal Law in Budapest (2) and at the Fifth United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. The approach taken by the international treaties in this respect is in no way insisting on harsh penal sanctions, as sometimes alleged by people criticising the international drug control system, which is much more subtle and flexible than interpreted by them. The Single Convention, in its Article 36, dealing with penal provisions, simply provides in para. 1 thereof that the actions enumerated in this paragraph shall be made "punishable offences when committed intentionally". It furthermore continues "that serious offences shall be liable to adequate punishment, particularly by imprisonment or other penalties of deprivation of liberty". Besides this distinction between ordinary punishable offences and "serious offences", it has to be recognized firstly that "use" = "personal consumption" of drugs is not listed in the actions enumerated in para. 1 of Article 36. Therefore, no obligation exists under that Convention to punish unauthorized "use" or "personal consumption". Secondly, unauthorized "possession" is mentioned in this provision but it is clear from the latter's context, as the official commentary by the Secretary General of the United Nations states, that "possession" of drugs for **personal consumption** is not to be considered as a "punishable offence" by a Party to the Single Convention. This is equally true for the 1972 Protocol amending the

(2) See A. Nool, "Drug abuse and its prevention" as seen by the international legal profession — Report on the XIth International Congress on Penal Law, Budapest, 9-15 September 1974, in: (United Nations) Bulletin on Narcotics, Vol. XXVII, No. 1, pages 37-47.

Single Convention and for the 1971 Convention on Psychotropic Substances. Any criticism from the protagonists of so-called "liberalization" or "decriminalization" of use and possession of drugs against the international drug control system is therefore quite beside the point. The whole treaty system envisages in its penal provisions the illicit traffic in drugs. As pointed out earlier, governments may certainly go beyond what the treaties require and may punish "possession" and even "use" in the sense of personal consumption, but this is then not done under a treaty obligation. However, even if Parties, in their national laws, consider these acts as punishable offences, they would never be obligated to punish them by imprisonment or other penalties of deprivation of liberty. They could provide fines, censures or other measures. Once again, it should be underlined that the emphasis of the international treaties in this field is on the adequate punishment of individuals participating in the illicit traffic, to whom even the full "*rigor iuris*" should be applied.

16. Furthermore, it is to be noted that both the 1971 Convention and the 1972 Protocol amending the Single Convention particularly stipulate that "Parties may provide, either as an alternative to conviction or punishment or in addition to conviction or punishment, that abusers of drugs shall undergo measures of treatment, education, aftercare, rehabilitation or social reintegration". In the line of these treaties' provisions, the Fifth United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders also made the recommendation "to consider whether it is not desirable to increase penalties for illicit traffickers and to decrease penalties for users or possessors of small quantities of drugs for personal use, if a government considers use/possession as punishable offences". The Congress continued in its recommendations by requiring that "As drug abuse forms part of the general public health problem, preference should be given to measures of treatment and social reintegration of drug abusers and addicts" and that "Penal measures, if not excluded, should in no way prevent the application of these measures, and should be restricted to ensuring their application, if appropriate". This Congress finally invited governments to follow the provisions of the 1972 Protocol amending the Single Convention and of the 1971 Convention on Psychotropic Substances quoted above and dealing with measures of treatment etc. for drug addicts or drug abusers, as an alternative or in addition to conviction or punishment.

17. It should be quite clear from what has been stated above that the approach by the international drug control system to the matter of penal and other measures against drug abuse is quite balanced. As a matter of policy, the question however remains whether taking possession and use of drugs, generally and without any distinction, out of the sphere of the penal law will be helpful in the long run for the prevention of drug abuse. It is sometimes argued that there might be cases of possession or abuse of drugs for which precisely, for a preventive purpose, penal measures by way of fines or similar measures, not by imprisonment, might be quite appropriate and useful. In this context, special attention would certainly have to be given to the various stages of drug abuse from the first-time-abuse to real drug addiction — to which different solutions might be found, as appropriate. It would certainly be of interest if, in the discussions of this Symposium, the question whether in that context penal measures should be excluded at all could be considered.

Drug abuse itself and measures to reduce illicit demand

18. Drug abuse itself remains a current and most important problem in our field of concern. When the Commission on Narcotic Drugs, in February of this year, reviewed the main trends of drug abuse, it was noted that the problem of opiate addiction was emphasized by many countries in all regions of the world, that heroin addiction was mostly affecting young people and was widespread in many regions. It was also noted that the abuse of synthetic narcotics was on the rise in several countries but that the widespread abuse of cannabis as the most frequently abused drug remained a recurrent pattern in all regions. Another main characteristic of drug abuse was the abuse of coca-type drugs, in particular of cocaine, especially in the Americas, but the appearance of this phenomenon in the

rest of the world was also observed, frequently in combination with other drugs. The over-all trend towards the abuse of psychotropic substances, among which barbiturate type drugs dominate, continues, but a large number of countries in most regions are also facing the problem of extensive amphetamine abuse, which is also increasing. In addition, multiple drug abuse, including almost all kinds of combinations, represents an emerging trend which becomes predominant and is on the increase in most countries of the world, in particular among young people.

19. With regard to this drug abuse situation and to the necessary measures to reduce illicit demand for drugs, it should be noted that both the 1971 Convention and the 1972 Protocol amending the Single Convention contain a special article on measures against drug abuse. Parties are called upon to take all practicable measures for the prevention of drug abuse and for the early identification, treatment, education, aftercare, rehabilitation and social reintegration of the persons involved and shall co-ordinate their efforts to these ends. They shall also, as far as possible, promote the training of personnel in the treatment, education, aftercare, rehabilitation and social reintegration of drug abusers and shall assist persons whose work so requires to gain an understanding of the problems of drug abuse and of its prevention, and shall also promote such understanding among the general public, if there is a risk that drug abuse will become widespread.

20. Efforts are being undertaken at present at the national level by many governments, as well as at the international level, to find out the best ways and means of implementing these provisions. It can be said generally that at the international level the emphasis on coping with the drug abuse itself and to find out appropriate measures to reduce illicit demand for drugs has been increased over the last two years. On the recommendation of the Commission on Narcotic Drugs, the Economic and Social Council of the United Nations adopted resolution E/RES/1934 (LVIII) on "Measures to reduce illicit demand for drugs". The Council, convinced that measures to reduce the illicit supply of drugs could not be effective in the long run unless measures were also taken concurrently to reduce the illicit demand for drugs, recommends in this resolution that governments take all appropriate measures to prevent drug abuse as well as to provide treatment facilities for addicts. It requests the World Health Organization, with the aid of the United Nations Fund for Drug Abuse Control and other appropriate sources, to assist governments financially or technically, within the limits of available resources, according to their request, to provide treatment and rehabilitation measures. It also recommends that governments incorporate measures for the prevention and treatment in this field into their integrated public health programmes and that the appropriate international bodies provide worldwide exchange of information and experience on prevention and treatment and on research in this field. The Council finally recommends that, in view of the need for new measures for prevention and treatment and the need for additional knowledge concerning the processes of prevention and treatment, governments pursue further research in these fields.

21. The Commission on Narcotic Drugs followed up its work in that respect at its fourth special session in February 1976 by taking three decisions concerning: the technical assistance in drug abuse assessment to be given to governments at their request for the formulation of meaningful policy in their countries and for improving their reporting on drug abuse to the United Nations; the improvement of information on drug abuse and measures to reduce demand; and a special study to be undertaken by the Division of Narcotic Drugs for the Commission's consideration at its next session in 1977 on measures to reduce illicit demand for drugs. In the line of the Commission's decisions, the Division of Narcotic Drugs elaborated a first draft of a "Manual on Drug Abuse Assessment" which is presently circulated to experts all over the world for comments before its final issuance. The Division is also working right now on the special study on measures to reduce illicit demand for drugs to be presented to the Commission at its next session.

Illicit drug traffic

22. Another current problem which remains as important as in the past is the illicit traffic in drugs of all kinds. The effects of increasing pressures by the enforcement services and the damage undoubtedly suffered by traffickers due to

the strengthened law enforcement, might sometimes have forced them to reduce considerably the size of their consignments. A certain drop in cannabis resin seizures, when viewed together with the substantial rise in seizures of liquid cannabis, seems to indicate that traffickers are making use of the many advantages undoubtedly to be gained in dealing with cannabis in liquid form, in the same way as manufacturers of heroin do with morphine base. Traffickers continue to look to the Far East and Mexico for their major supplies of heroin. Seizure reports received indicate clearly that traffic from the Far East to Europe have become more organized and that Asian traffickers are very much involved at both ends of the traffic, as there is also evidence of their implication in the traffic to North America. As to both the Americas, the situation is well dominated by a substantial flow of cannabis and cocaine throughout the region.

23. With regard to the fight against the illicit drug traffic, it is of interest to note that the Fifth United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders in 1975 made numerous recommendations in that respect. They include the consideration of the drafting of an international convention on judicial assistance and the improvement of extradition procedures with the recognition of drug offences as extraditable offences, as well as the consideration of the illicit drug traffic as a trans-national crime to be included in a list of trans-national crimes to be prepared by the United Nations. In this context, it should however be mentioned that the 1972 Protocol amending the Single Convention already contains, with regard to narcotic drug offences, improved and very valuable provisions, by virtue of which extradition of drug offenders is made possible between Parties to this Protocol. The Congress considered it necessary to ensure that convicted traffickers would not take refuge in other countries and that, in case they have escaped from the country where convicted, they serve the sentence in the country in which they have taken refuge or are found, if extradition is not feasible. Besides the improvement of constant exchange of relevant information and of improving the mechanism for expeditiously disseminating and receiving evidence concerning drug offenders, the Congress also called for the strengthening of all forms of border control and of destruction of these drugs and relevant material connected with illicit activities and not needed for legitimate purposes under strict supervision. Finally, the Congress stressed the need that any national drug policy — “e.g. decriminalization of activities concerning cannabis” — did not affect adversely the drug control situation in neighbouring countries and at the international level.

24. Concerned with the specific aspect of the fight against the illicit drug traffic, namely the “Financial transactions related to illicit trafficking in narcotics”, the Economic and Social Council, on the recommendation of the Commission on Narcotic Drugs, adopted its resolution E/RES/2002 (LX) in May of this year. In the light of the relevant provisions of the Single Convention and its amending 1972 Protocol, the Economic and Social Council, through this resolution, urges governments, which have not already done so, to enact such legislation as may be necessary to make financial support provided knowingly by whatever means, in furtherance of drug offences enumerated in article 36, para. 1, of the Single Convention, a punishable offence and to co-operate with one another in exchanging information to identify drug traffickers committing such an offence.

World requirements of codeine for medical and scientific purposes and the position in regard to its supply

25. As there had been difficulties in the supply of raw material for codeine for medical and scientific purposes in 1973 and 1974, both the Commission on Narcotic Drugs and the International Narcotics Control Board were concerned with this problem, in view of the fact that the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes.

26. In its Report for 1975, the International Narcotics Control Board concluded that these difficulties should come to an end after the 1975 harvests and that, in the medium term, the supply of raw material would be adequate to meet the increase

in demand for medical and scientific requirements. However, until reserve stocks of opiates were built up again to a satisfactory level, the risk of a recurrence of these difficulties would also be present because of the vulnerability of the raw material to weather conditions. Nevertheless, in view of the growing share of poppy straw in the manufacture of morphine and its geographical distribution over both hemispheres, greater reliability of supplies might be expected in the future.

27. The Commission on Narcotic Drugs, when considering the Board's Report at its fourth special session in February of this year, expressed its general agreement with the conclusions of the Board and concluded that the period of crisis appeared to be over but the problem remained and needed concerted action, as the need for codeine continued and was even growing, mainly due to the increase of population and the large number of people being covered by health insurance. The Commission also concluded that caution should still be exercised since stocks were depleted, both at the producer and consumer levels. Research should therefore be accelerated in order to improve the yields of the phenanthrene alkaloids per unit of cultivated area and that the utmost caution should be exercised so that the delicate balance between demand and supply should not be upset. The Commission asked for prospective planning which should, as far as possible, be continued by the Board on the subject of demand and supply within the existing drug control system. The Commission asked the International Narcotics Control Board and the United Nations Narcotics Laboratory, which is undertaking most valuable scientific research programmes in that respect, to report to it on this subject at the next session in February 1977, in order to keep this problem under constant control.

Operations financed by the United Nations Fund for Drug Abuse Control

28. This field of activity, undertaken by the international community to assist governments in coping with the various aspects of their drug problems, is certainly one of the major issues under constant review by the Commission on Narcotic Drugs as the policy-making organ of the United Nations. Whereas the Commission, in February of this year, expressed its general satisfaction with the operations financed by UNFDAC and executed either by the Division of Narcotic Drugs or the specialized agencies it stressed the need for particular action with regard to some areas where it considered it necessary.

29. The Commission stressed the point that a greater proportion of the Fund's resources should be allocated to projects designed to reduce the demand for illicit drugs. It also expressed its concern at the absence of projects related to the control of psychotropic substances and requested UNFDAC and the Division of Narcotic Drugs to devote due attention to the development of projects related to the control of psychotropic substances.

30. The Commission also emphasized the continuation of the regional approach to operations financed by UNFDAC and of the regional training by the Central Training Unit of the Division of Narcotic Drugs for national officials engaged in the control of drugs and law enforcement. The plans to provide for regional advisers in Africa and Central and South America were also welcomed by several delegations and observers at the Commission.

31. The Commission emphasized, by a resolution, the need for continued evaluation of projects supported by the Fund. With regard to the financial situation of the Fund, the Commission expressed its concern that the Fund would not have adequate financial resources to support the projects already being planned for the next two years, let alone any new projects that might need assistance from the Fund. In the line of this concern expressed by the Commission, the Economic and Social Council of the United Nations, in May of this year, reiterated in its resolution E/RES/2004 (LX) its previous appeals for additional, generous and sustained contributions to the Fund and expressed its hope that governments would, as early as possible, positively and generously respond to the appeals already made by the Council itself and by the General Assembly of the United Nations.

Co-ordination and co-operation on the national and international levels

32. Before concluding, let me point to the most important issue of co-operation and co-ordination on the national and international levels, which actually is one

of the current problems in the field of drug control, due to the numerous and still increasing activities undertaken by governments and institutions on the national level, as well as by organizations on the regional level, and at the international level by the United Nations and other intergovernmental and non-governmental organizations.

33. The international treaties on drug control themselves, in various provisions, call for concerted action in this field by constant co-ordination and co-operation on both levels mentioned above. With regard to the national level, it should be recalled that both the Single Convention and the 1971 Convention ask for the establishment and maintenance on the national level of a special administration which should ensure this co-ordination and co-operation between all the government agencies involved in the work to cope with the drug problem. With regard to the control of psychotropic substances in particular, article 6 of the 1971 Convention considers it desirable for the implementation of that Convention that each Party shall establish and maintain a special administration which may, with advantage, be the same as, or work in close co-operation with, the special administration established pursuant to the provisions of the Conventions for the control of narcotic drugs, in particular the Single Convention.

34. A similar co-ordination and co-operation is also asked for by the treaties as far as the international level is concerned, including the regional activities. This plea was reiterated in most recent years by the Economic and Social Council in its resolutions 1777 (LIV) and 1935 (LVIII) on "Co-ordination of activities of international organs and organizations in the struggle against the abuse of drugs". In view of the multidisciplinary action needed in the fight against drug abuse, the Council called for better co-ordination of all efforts in order to avoid duplication, wastage and overlapping that might impair the effectiveness of the struggle against drug abuse. In view of the urgent need to improve the co-ordination of the measures taken on the subject, the Council requested the Secretary-General to study the problem and to attempt to solve it, which the latter did in many ways, in particular through the Division of Narcotic Drugs. Following his report on the subject, the Council requested the Secretary-General to continue his efforts and to inform all governments and all international organs and organizations concerned of the Council's wish, with the invitation to assist him in his co-ordination efforts to the fullest extent possible so as to achieve the maximum results and to avoid the overlapping and duplication of efforts. A number of positive results have been achieved by this appeal of the Council but a lot more could still be done in order to improve the situation. As one aspect is timely information on international meetings on drug abuse, the Commission, in a specific decision on this subject, asked organizations and bodies likely to organize international or regional meetings to inform the Division of Narcotic Drugs, at their earliest convenience, of any such meeting planned by them, to enable the Division, as the case may be, to warn them of similar concurrent meetings and to keep them, as well as governments, informed of all forthcoming meetings through the Division's monthly "Information Letter". In this respect, the Division has to rely on the full co-operation of all concerned in order to ensure in practical terms the best possible co-ordination between the national and international levels, so that a real concerted action can be guaranteed.

Concluding remarks

35. It is with this call for improved and effective co-ordination and co-operation that I should like to conclude my remarks addressed to this audience. I am very well aware that I could present here only some of the current problems of drug use and abuse and their control within the framework of the international drug control system. I did so from the international point of view and I am sure that other problems, of either a national, regional or international character, related or not to the ones raised in this paper, will be brought up during the discussions of this international Symposium. In this sense, I am looking forward to the following discussions from which we all might gain a lot, as it is only through constant exchange of views and experience that we learn from each other in order to improve constantly our efforts to cope with the drug problem and to achieve the best possible results at the national as well as the international level.

ANNEX

UNITED NATIONS DIVISION OF NARCOTIC DRUGS

Status as at 30 September 1976

List of Parties to:

1961 Convention (1) — The following 108 States are Parties to this Convention: Afghanistan, Bulgaria, Argentina, Australia, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belgium, Benin, Brazil, Bulgaria, Burma, Byelorussian Soviet Socialist Republic, Cameroon, Canada, Chad, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Cyprus, Czechoslovakia, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt (Arab Republic of), Ethiopia, Fiji, Finland, France, Gabon, German Democratic Republic, Germany (Federal Republic of), Ghana, Greece, Guatemala, Guinea, Haiti, Holy See, Honduras, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Iran, Iraq, Israel, Italy, Ivory Coast, Jamaica, Japan, Jordan, Kenya, Kuwait, Laos, Lebanon, Lesotho, Luxembourg, Madagascar, Malawi, Mali, Malaysia, Mauritius, Mexico, Monaco, Morocco, Netherlands, New Zealand, Nicaragua, Niger, Nigeria, Norway, Pakistan, Panama, Paraguay, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Republic of Korea, Romania, Saudi Arabia, Senegal, Singapore, Socialist Republic of Viet-Nam, South Africa, Spain, Sri Lanka, Sudan, Sweden, Switzerland, Syrian Arab Republic, Thailand, Togo, Tonga, Trinidad and Tobago, Tunisia, Turkey, Ukrainian Soviet Socialist Republic, Union of Soviet Socialist Republics, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, United States of America, Upper Volta, Uruguay, Venezuela, Yugoslavia, Zaire and Zambia.

1971 Convention (2) — The following 40 States have become Parties: Barbados, Benin, Brazil, Bulgaria, Chile, Cuba, Cyprus, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt (Arab Republic of), Finland, France, German Democratic Republic, Holy See, Iceland, India, Iraq, Jordan, Lesotho, Madagascar, Mauritius, Mexico, Nicaragua, Norway, Panama, Paraguay, Philippines, Poland, Saudi Arabia, South Africa, Spain, Sweden, Syrian Arab Republic, Thailand, Togo, Tonga, Uruguay, Venezuela and Yugoslavia.

1972 Protocol (3) — The following 52 States have become Parties: Argentina, Australia, Barbados, Benin, Brazil, Cameroon, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cyprus, Denmark, Ecuador, Egypt (Arab Republic of), Fiji, Finland, France, Germany (Federal Republic of), Guatemala, Haiti, Holy See, Iceland, Indonesia, Israel, Italy, Ivory Coast, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Kuwait, Lesotho, Madagascar, Malawi, Monaco, Niger, Norway, Panama, Paraguay, Philippines, Romania, Senegal, Singapore, South Africa, Sweden, Syrian Arab Republic, Thailand, Tonga, Tunisia, Uruguay, United States of America and Zaire.

(1) Entry into force: 13 December 1964.

(2) Entry into force: 16 August 1976.

(3) Entry into force: 8 August 1975.

Drugs and Crime:
The Case of Chronic Cannabis Taking *

by

M. I. Soueif ¹

in collaboration with

A. M. El-Sayed ², Z. A. Darweesh ² and M. A. Hannourah ³

* This work is part of a comprehensive project which has been under way since 1957 at the National Centre for Social and Criminological Research, Cairo.

1 Professor and Chairman, Psychology Department, Cairo University.

2 Psychology Department, Cairo University.

3 Department of Philosophy and Psychology, El-Menya University.

INTRODUCTION

This paper addresses itself to three sets of findings thought to shed light on the relationship between chronic cannabis taking and criminal behaviour. Following are the groupings of findings:

- a) Opinions expressed by takers and non-takers regarding such relationship.
- b) Incidence of recorded offenses by takers and non-takers.
- c) Personality characteristics thought to be facilitating criminal behaviour.

Our results were obtained within the context of two large scale studies which were carried out on two groups of subjects: group a, including 204 takers and 115 non-takers who were all free citizens, and group b, comprising 850 users and 839 non-users, all prison-inmates. A number of reports have already been presented elsewhere (1 — 10). Though we do not intend to duplicate what was previously reported, a minimum of relevant points as to the description of our subjects, tools of investigation and drug potency should be underlined. First, our takers, as well as non-takers, were all males ranging in age from 15 to 50 years, and including in rather representative proportions individuals derived from urban as well as rural areas, occupying various positions on the continuum of literacy-illiteracy. Secondly, three main tools were utilized for the collection of data: a standardized interviewing schedule with established re-take reliabilities for each single item (9); a number of objective psychological tests (Soueif 1971, 1975); and official registers kept at the Ministry of Interior. Thirdly, analysis of 7 samples of cannabis seized on the illicit market in various parts of the country was carried out at the Laboratory of the Biological Unit at the National Center for Social and Criminological Research in Cairo. Average 9 THC estimation was found to be 3.04 by weight (*).

TABLE 1

QUESTIONS AND THEIR ESTIMATES OF RELIABILITY FOR BOTH TAKERS AND CONTROLS

Questions (numbered according to their order in the interviewing schedule)	Retake reliabilities over 7-15 days	
	Reliability (takers) N = 45	Reliability (controls) N = 45
130. Do you think that hashish takers have more criminal tendencies than non-takers? Yes No If answer yes ask 131-135	88% agr.	0.61 phi
131. Do they actually commit more crimes than non-takers? Yes No	—	0.90 phi
132. Do you think that hashish takers — by and large — tend more than non-takers to: rob (), get violent (), bribe or get bribed (), commit forgeries (), deal in shady business (), rape (), murder ()?	94% agr.	82% agr.

(*) Thanks are due to Dr. Z. I. El Darawy and Z. M. Mobarak who conducted this piece of work expressly for the project herein reported.

133. When under drug effect do hashish takers tend more than usual to: rob (), get violent (), bribe or get bribed (), commit forgeries (), deal in shady business (), rape (), murder ()? 96% agr. —

134. When hashish users are craving for the drug do they: rob (), get violent (), bribe or get bribed (), commit forgeries (), deal in shady business (), rape (), murder? () 93% agr.

Item 136 should be administered to prison inmates who were previously convicted for crimes other than taking cannabis, and to ordinary convicts who admitted to have been taking cannabis.

136. Did you commit many offenses when you were under hashish effect (), when you were craving for hashish (), or neither ()? — —

FINDINGS

Opinions: Six questions were administered to our subjects tapping their views as to the relationship between cannabis and crime.

Table 1 presents the questions together with their estimates of reliability for both takers and non-takers.

Consistently more controls than takers viewed a close association between cannabis taking and crime. Thus 68.47% of the free controls vs. 21.48% of the free takers saw that cannabis users had more criminal tendencies than non-takers. The respective percentages among prison inmates were 61% and 6%. Among the free interviewees 93.44% of the controls vs. 91.8% of the takers who emphasized an association between drug taking and criminal tendencies stated that takers **did commit** crimes more frequently than non-takers. The corresponding proportions among prison inmates were 95.9% and 80.4%. As to specific crimes thought to be usually committed by cannabis takers all our interviewees gave prominence to one and the same collection of offences, viz. bribery, forgery, dealing in shady business and rape. Within the subgroup of free takers we could find fluctuation of opinion denoting that the group was convinced that when under the influence of the drug and when craving for it, takers would show more proneness to criminal behaviour. However such conviction was not revealed through the responses given by our prisoner takers.

The last question, as to whether subjects, who already had criminal records, used to commit offenses when under drug effect, craving for the drug or neither craving nor high was administered to 30 (*) takers only. Eleven subjects said they did commit the offenses when high, 6 when craving for the stuff and 13 when in neither state.

Since we had about one third (31.5%) of our users taking opium over and above cannabis, we gathered it would be advisable to break down the group and reanalyse the data along this axis. However no significant differences between opium takers and nontakers regarding the questions on cannabis and crime could be established.

To summarize: More controls than takers were of the opinion that takers had criminal tendencies and that they **did** commit offenses more than non-takers.

(*) It should be noted that about 5.7% only of our prisoner takers were found to have criminal records previous to their arrest.

Controls as well as takers underlined bribery, forgery, dealing in shady business and rape as the offenses most frequently committed by cannabis users. The same profile of responses was given by prison inmates as well as non-prisoner subjects. And within our group of users we found no significant differences between those who took opium and those who did not.

Criminal behaviour: We examined the actual criminal records of 553 takers incarcerated in three of our largest prisons (Turah, Quanater and Marg) and of 458 controls derived from the same prisons. To provide for the highest possible authenticity of information, we did not use the local files found in the prisons, but rather those kept at the Central Record Office at the Ministry of Interior. In comparing between takers and non-takers we took into account all criminal offenses other than those having to do with narcotics (using and/or pushing). 5.7% of hashish takers vs. 13.5% of controls were found to have had criminal records previous to their arrest. The discrepancy between the two percentages was highly significant (*).

We also found that controls tended to exceed users regarding the average number of offenses committed by each of those subjects having criminal records; 5.3 vs. 4.5 offenses respectively (4).

The conclusion to be drawn is that, within the prison population, we could not establish a significant association between criminal behaviour and cannabis taking. Indeed, if anything, we may talk about an inverse relationship.

Personality: Three kinds of data are presented in this section; (a) data pertaining to what usually is considered to be generalized or stabilized traits of personality, (b) findings concerning situationally determined characteristics, and (c) facts relating to the interaction between the drug and personality.

a) On a dimension of 'docility — ascendancy' or hard-headedness, takers differed significantly from non-takers (= 9.92, 2 d.f.). Takers assessed themselves as less docile and more ascendant than non-takers. On **sociability**, users differed still from controls: 30.4% of the users stated that they usually preferred to spend their time on their own, 34% said that they would rather spend it with some company, and 35.6% claimed that it did not matter either way. Those were contrasted with the following percentages among controls: 48.3, 34.1 and 17.6 respectively. The discrepancy between users and controls is highly significant (= 51.17, 2 d.f.). Obviously, equal proportions of users and controls prefer to stay with some company. But the difference lies within the two other categories, with more controls than cannabis users choosing to be on their own, and fewer controls maintaining that it did not matter. Now to infer from such information that cannabis takers were more sociable, or that non-takers were more withdrawn, does not do justice to the gestalt implied in the data presented. We would rather draw the conclusion that for non-users the psychological impact or weight of "the others" seems to be heavier than it is for users. On **acquiescence**, we did not find any appreciable differences between users and controls. And on **negativism** (or contrariness), users gave few answers that classified them as negativistic.

In brief, as to generalized traits of personality, users assess themselves as less docile and more ascendant than controls, and for them human company does not carry much weight. However, they are less negativistic than controls.

b) Table 2 shows data about users and non-users regarding frequency of conflicts they get involved in within the context of everyday life situations.

With respect to quarrels with wives, friends and/or colleagues, users did not differ much from non-users. Moreover, significantly fewer users than non-users were involved in conflicts with their superiors and their junior colleagues. Only in one area, viz. interaction with their own children, cannabis takers reported a higher frequency of discord. On the basis of such data, the conclusion can be drawn that takers tend to be less quarrelsome than controls.

(*) $t = 2.86$ (beyond .01 using a two-tail test).

TABLE 2
FREQUENCY OF CONFLICTS ENCOUNTERED BY CANNABIS USERS* AND NON-USERS IN THEIR DAILY LIFE SITUATIONS

	Subjects	Frequent	Sometimes	Rare	Never	N	Significance**
With wives	Users	25	45	84	129	283	0.039
	Nonusers	42	83	151	232	508	N.S.
With own children	Users	13	37	70	130	250	28.764
	Nonusers	4	32	109	301	446	H.S.
With junior colleagues	Users	17	22	42	112	193	9.023
	Nonusers	30	52	142	206	430	S.
With superiors	Users	8	23	41	133	205	20.110
	Nonusers	47	56	187	274	564	H.S.
With friends and/or colleagues	Users	17	52	115	145	329	6.357
	Nonusers	49	110	347	314	820	N.S.

* Those who took cannabis one time or less per day.

** Statistical significance for 3 d.f. N.S. = Not significant.

S. = Significant at or beyond 0.05.

H.S. = Significant at or beyond 0.01.

Table 3 presents information concerning the outcome of comparison between the patterns of behaviour displayed by takers and non-takers under 'culturally stressful' conditions. By culturally stressful conditions we mean situations capable of generating contradictory personal attitudes at a high level of intensity. Respect for parents and superiors, and tolerance towards personal friends, are strongly valued attitudes in the Egyptian society. When such persons become sources of frustration (provoking one's anger) an extremely stressful situation is then created. Inspection of table 2 shows no significant differences between users and non-users regarding reactions towards aggressive friends and/or colleagues and strangers. In the situation involving an irritating father, the biggest proportion of the disparity between takers and non-takers lies in the response category 'never happened'. More users (11.5%) than non-users (3.3%) gave such response. With antagonistic superiors, most of the discrepancy between takers and non-takers can be accounted for by the category 'let pass' followed by 'never happened'. More non-takers (64.8%) than takers (37.9%) let such situations pass smoothly. On the other hand more takers (25.2%) than non-takers (13.4%) said they never had to face such situations. The data seem to denote that users have their own ways of not provoking their fathers and superiors to aggressive behaviour. However, if such tactics failed, takers would react more aggressively than non-takers.

Among our means of inquiry was questioning interviewees as to how they expected themselves to react to situations loaded with various kinds and degrees of temptation. One such condition was designed to explore the subjects' moral values concerning work involvements. Interviewees were questioned as to what they would do if they were given the choice between doing a job thoroughly, at the expense of much time and effort, and just completing it at a modest level of thoroughness, since nobody would uncover the defects. Among our prison inmates more users (5.9%) than non-users (2%) admitted that they would choose the easy way, they would simply cheat. We posed another question to our subjects: Supposing you made a mistake which was put at someone else's door, would you own up, or let it pass? More takers (13.9%) than controls (8.1%) stated that they would let it pass. The difference is highly significant.

The same pattern of disparity between takers and non-takers was revealed among our free interviewees. Indeed the level of significance reached by the differences within the latter group was much higher than it was within prison inmates. Thus 18.14% of takers vs. 2.61% of controls would rather cheat. And 22% users vs. 7.83% non-users would let their own mistake be put at someone else's door.

c) A number of questions were administered to users to permit a deep look into their mental state when deprived of cannabis. The differences, as reported by the subjects themselves, between their state of mind when under drug effect and when deprived of the drug are so big that calculating tests of statistical significance was rendered pedantic. Whereas 83.1% hold that they are in good humour when drugged, only 8.4% could keep humorous while deprived of the drug. 71.9% are docile when under hashish effect, but only 29.9% can keep such docility when under deprivation. On the other hand 8.6% remain impulsive and rash while under the influence, but 42.8% classify themselves as impulsive when their drug seeking behaviour is frustrated. Negativism or contrariness goes up from 14.3% when drugged to 41.6% when under deprivation. And acquiescence goes down from 53.5% when under drug influence to 21.5% when under deprivation. Percentages reporting frequent conflicts with their wives, children, subordinates, colleagues, friends and superiors increase sharply as users move from the state of being drugged to the state of being deprived of the drug. Under the former condition relevant percentages are: 4, 2.4, 4.3, 4.1, 3.2 and 2.1. Under deprivation respective percentages are: 47.6, 41.7, 48.3, 45.5 and 37.6.

In summary, our chronic takers report a number of mood changes they undergo when deprived of the drug. They become ill-tempered, less docile, more impulsive, negativistic and quarrelsome.

DISCUSSION

The data presented in the three sections of this paper warrant a number of comments. The opinion held by our controls to the effect that there is a close

TABLE 3
PATTERNS OF BEHAVIOUR DISPLAYED BY USERS AND NON-USERS, WHEN PROVOKED TO ANGER,
UNDER STRESSFUL SOCIAL SITUATIONS

Aggressor	Subjects	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	N	(6 d.f.)
Father	Users	0	4	23	228	13	2	35	305	29.133
	Nonusers	0	7	64	632	48	11	27	789	H.S.
Superiors	Users	4	12	52	78	8	0	52	206	61.601
	Nonusers	3	9	68	396	53	0	82	611	H.S.
Friends and/or colleagues	Users	31	40	111	195	14	0	0	391	9.666
	Nonusers	37	74	270	408	45	1	0	835	N.S.
Non-acquaintances	Users	32	56	81	200	12	0	0	381	10.280
	Nonusers	81	96	185	417	60	0	0	830	N.S.

- (1) Physical violence
- (2) Verbal violence
- (3) Cutting
- (4) Let it pass
- (5) Something else
- (6) Cannot remember
- (7) Never happened

correlation between cannabis taking and crime does not agree with the facts revealed through the examination of the actual criminal records of our subjects. Whereas our takers' opinions were nearer to the reality of behaviour, thus serving as informed opinion, the ideas held by non-takers seem to stand as part of a complex belief system or ideology, whose main function is to give meaning and strength to already adopted attitudes (5). Elsewhere, we have shown other aspects of such ideology which reveal consistency and meaningfulness (6). This poses a serious question to workers in the field of mental health, particularly those concerned with the task or working out plans for prevention (7). Would it be advisable for such planners to aim at correcting misinformed opinions of the mentioned kind? In other words, from the point of view of preventiveness, what would be more effective, erroneous beliefs or adequate information?

The data on the actual criminal behaviour of our prison inmates as revealed by their criminal records should be taken with a good deal of caution. True, significantly more controls than takers were found to have had criminal records previous to their most recent arrest. A methodologically safe comment here, would be that such a finding holds **within the prison population**.

Such a statement would leave the mind open to explore the possibility of a relationship between cannabis taking and crime within the non-prison groups of subjects. It is interesting to note that 6% of our incarcerated takers maintained that there is an association between cannabis taking and criminal behaviour. This percentage is almost identical with the proportion of users found to have had a criminal record before last arrest (5.7%). Among the free takers, however, 21.48% emphasized a correlation between cannabis taking and crime. Would that denote an actually higher incidence of crime (that goes unnoticed) among the non-prison users? Or should this piece of information be regarded as part of the 'ideology' adopted by free takers which might be acting as 'a buffer mechanism' helping them in risk calculating? Relevant here is the fact that the majority of our non-prison users took the drug at a moderate frequency (less than once a day) whereas most of the prison users tended towards heavy taking (about two thirds of the group took the drug twice daily).

Our findings regarding personality characteristics (stabilized characteristics as well as those changing through specified situations and/or interaction with the drug) provide a dimensional framework which, we think, can introduce a good deal of refinement into our area of concern. For one thing criminal behaviour can be conceptualized as a continuum or part of one. For another thing criminal behaviour can be viewed as a resultant emerging at the intersection of a number of tendencies represented by continua of various qualities and quantities. For a third merit, such framework justifies the use of the concept of 'threshold'. Indeed such concept can give rich substantive content to the idea of 'vulnerability' which seems to have quite an Heuristic value for research and action in the area of prevention. Of special interest here is the constellation of propensities takers display, particularly when suffering from drug deprivation: they become ill-tempered, hard-headed, impulsive, negativistic and rather quarrelsome. It should be recalled that such changes are super-imposed on a personality characterized by the following: defective sociability, and a soft moral sense that would permit cheating and throwing one's own responsibilities onto others.

ABSTRACT

Three sets of findings, pertaining to the relationship between chronic cannabis taking and crime, are reported: opinions concerning such relationship, incidence of recorded offenses by takers and controls, and personality characteristics thought to be facilitating criminal behaviour. The findings were obtained as part of a comprehensive project for the study of chronic cannabis consumption in Egypt, concentrating on 850 takers and 839 controls who were all prison inmates; and 204 users and 115 controls who were all ordinary free citizens.

A number of standardized questions with established reliabilities were administered to the subjects. More controls than takers expressed the opinion that takers had criminal tendencies and that they actually committed offenses more than non-takers. Controls as well as takers underlined bribery, forgery, dealing

in shady business and rape as the offenses most frequently committed by users. The same profile of responses was given by prison inmates as well as non-prisoner subjects. And within users we found no significant differences between those who took opium over and above cannabis and those who did not. Among 553 takers and 458 controls, all prison inmates, significantly more controls than takers, were found to have criminal records previous to their arrest.

As to non-situationally determined traits of personality, users assessed themselves as less docile and more ascendant than controls, and for them human company does not carry much weight. As to situationally determined characteristics cannabis takers tended to be less quarrelsome than non-takers. In culturally stressful situations (generating intensely contradictory attitudes) users have their own ways of not provoking their fathers and superiors to aggressive behaviour, but if such tactics failed, takers would react, then, more aggressively than controls. When faced with situations loaded with temptation for cheating or for evading responsibility takers would behave in a morally unsound way compared with controls. When deprived of the drug users were found to undergo mood modifications that would make them ill-tempered, less docile, more impulsive, negativistic and quarrelsome. The implications for crime-proneness of such modifications and of all other findings were discussed.

**“EPIDEMIOLOGIA, ACTITUD COMUNITARIA
Y POLITICAS DE CONTROL
CON RELACION A LAS FARMACODEPENDENCIAS”**

**DR. CARLOS N. CAGLIOTTI
DR. HORÁCIO R. CATTANI
(Argentina)**

ÍNDICE

— CARACTERIZACION DEL PROBLEMA EN LA REPUBLICA ARGENTINA	35
Tipos de farmacodependência	37
Tráfico ilícito	38
Indicadores de crecimiento del problema	39
— ENCUADRE EPIDEMIOLOGICO	41
La familia del adicto	43
— ACTITUD COMUNITARIA Y POLITICAS DE CONTROL	45
El sistema institucional	45
Actividades educativas	49
Medios de información masiva	52
El sistema normativo	55

EPIDEMIOLOGIA, ACTITUD COMUNITARIA Y POLITICAS DE CONTROL CON RELACION A LAS FARMACODEPENDENCIAS

DR. CARLOS N. CAGLIOTTI (1)
DR. HORACIO R. CATTANI (2)

1. Caracterización del problema en la República Argentina

El problema del uso indebido de drogas en la República Argentina registra una expansión moderada y constante. Se poseen indicadores que demuestran su crecimiento, aunque, no configuran éstos una valoración estadística concluyente, pero sí, significativa.

La evolución histórica cubrió varias etapas. En la primera de ellas el uso de drogas estaba vinculado al mundo de la noche, artistas, bohemios, delincuentes, del que llegaba a formar parte en el internado de las prisiones. Esta situación determinaba ciertas limitaciones tanto para la expansión, como para su atención particular.

Una segunda etapa posibilitó definir al usuario de drogas como una persona enferma. Las definiciones diagnósticas psiquiátricas establecieron una tendencia comprensiva a eximir al individuo de responsabilidad y permitirle un tratamiento para un "problema médico".

Actualmente, se está desarrollando una evidente integración de la anterior etapa a la consideración de los casos como desajustes psicosociales en una personalidad predispuesta. (Enfoque psico-socio-terapéutico).

1.1 Uso indebido de drogas

El espectro de utilización de drogas en nuestro país pasa cualitativamente desde la utilización de derivados del opio (morfina), la masticación de las hojas de coca (cocaísmo), el uso de la cocaína (cocainismo), la cannabis y su resina, los barbitúricos, el alcohol, los estimulantes del tipo de las anfetaminas, los alucinógenos, (en especial el LSD 25), hasta nuevas formas de farmacodependencias como ser: el uso de la pentazocina (Sosegón, Talwin), el Trihexifenidilo (Artane), la Metacualona (Mandrax, Rebuso), para señalar los más relevantes.

La marihuana es en general usada ritualmente, en especial por grupos de jóvenes que la fuman en reuniones, fiestas y paseos públicos de la ciudad. Su consumo está incluido dentro de una manera típica de vestirse y expresarse que apunta a constituir en muchos casos un modelo de vida.

Las anfetaminas y derivados son también utilizadas ritualmente marcando un paso adelante en la escalada de la drogadicción en esos mismos jóvenes que comenzaron fumando marihuana u otras drogas. Terapéuticamente, se encuentran integrando las fórmulas de los compuestos anorexígenos,

-
- (1) **DR. CARLOS NORBERTO CAGLIOTTI**
Director del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO)
Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CO.NA.TO.N.)
Combate de Los Pozos 2133 — Capital Federal — República Argentina
- (2) **DR. HORACIO ROLANDO CATTANI**
Jefe del Departamento Servicio Jurídico del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO.)
Representante Titular del CE.NA.RE.SO. ante la CO.NA.TO.N.
Combate de Los Pozos 2133 — Capital Federal — República Argentina.

como asimismo, son utilizadas en tratamientos en las intoxicaciones barbitúricas, en psiquiatría, en las técnicas llamadas de "abreación" y en los síndromes hiperkinéticos de los niños.

La mayor incidencia del uso indebido de estas drogas, se da en jóvenes entre los 14 y 25 años. El fenómeno se observa en todas las clases sociales, sin distinciones éticas y principalmente en las grandes ciudades y centros urbanos (Capital Federal, Pcia. de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Tucumán, Rosario, Mar del Plata, etc.).

Cabe mencionar como situación muy específica el consumo de clorhidrato de cocaína por parte de grupos reducidos, en general personas adultas, con capacidad económica para su adquisición y con un estilo de vida que esconde actividades ilegales.

Unas palabras merece el "coqueo", hábito o costumbre en la zona del altiplano, que toma la parte norte de la Argentina y se extiende en Perú y Bolivia, siendo de atención especial por sus características distintivas. Consiste en el masticado de las hojas secas de la planta de coca.

Los coqueros pertenecen en su gran mayoría a los niveles socio-económicos más bajos y su uso está directamente relacionado con el trabajo, ya que logran combatir la fatiga, el hambre y la sed. Se ha comprobado que cambiando las condiciones de vida, por traslado a otras zonas o ascenso social, el hábito desaparece. Por ejemplo, cuando el usuario se radica en las "villas de emergencia" cercanas a las grandes ciudades. De aquí la larga controversia, aún no concluida, de si el coqueo debe ser tratado o no como una "toxicomanía". En 1950, la "Comisión Internacional de Encuesta sobre el Coqueo" declaró que la práctica de este hábito era indeseable. En 1952 el "Comité de Expertos en Drogas Adictivas de la OMS", concluyó que debía ser definido como "Toxicomanía". Poco después, este término fue abandonado y reemplazado por el de "dependencia", el cual no implica necesariamente la coexistencia de una patología, sino el deseo constante de hacer uso de la droga.

En nuestro país afecta a unos 240.000 consumidores, de los cuales un 60% a 70% corresponde a trabajadores temporarios de Bolivia en las provincias de Salta y Jujuy, consideradas zonas de consumo habitual.

Por este motivo, la Argentina permitió para su uso en esa zona la importación de cupos limitados de hoja de coca, en forma decreciente por año, autorizados por la autoridad sanitaria nacional. Oportunamente, acogiéndose a lo dispuesto en el artículo 49 de la Convención de 1961 sobre Estupefacientes la Argentina formuló la siguiente reserva: "La República Argentina se reserva los derechos que confieren el párrafo primero, apartado c), "la masticación de la hoja de coca" y apartado e) "el comercio del estupefaciente mencionado en el apartado c) para los fines mencionados". En mayo de 1976 la CO.NA.TO.N., informó a la JIFE que de acuerdo al temperamento seguido desde su vigencia en el año 1961, el país ajustará su comportamiento en un todo a lo convenido y por lo tanto al término del presente año quedará sin efecto el otorgamiento de los cupos de hojas de coca para masticación.

El LSD 25, marcó un punto importante en un período breve de tiempo, aunque en la actualidad los usuarios de drogas en la Argentina configuran cuadros de verdaderas politoxicomanías en donde se imbicen una variedad de combinaciones y sustituciones, llegando en algunas oportunidades a constituir usos aberrantes de sustancias como: aguarrás, agua-velva, vino blanco, baños oculares, anticongestivos nasales, etc. por vía endovenosa.

Es común en nuestro medio, la utilización de drogas sin indicación médica, especialmente los anorexígenos en mujeres amas de casa que buscan adelgazar; las anfetaminas en los estudiantes para preparar sus exámenes; los barbitúricos en personas que sufren de insomnio, etc.

Antiácidos, analgésicos, antitusivos, suelen utilizarse en cantidad considerable y en forma de automedicación, costumbre muy extendida en la población y facilitada por diversos factores.

El alcoholismo, configura un problema de singular gravedad para la República Argentina y está considerado prioritario su abordaje. En las zonas de mayor incidencia, que son ciudades como Córdoba, Buenos Aires, Tucumán y el Sur de la República, el índice de alcoholismo alcanza el 7% sobre el total de la población del lugar.

En el año 1970 el Instituto Nacional de Salud Mental llevó a cabo una investigación de la tasa de prevalencia en Capital Federal y Gran Buenos Aires, sobre un total de 11.000.000 de habitantes, con el siguiente resultado:

	alcohólicos	excesivos	moderados	abstemios
mujeres	2.1%	9.6%	68.3%	20.0%
varones	12.8%	25.5%	52.6%	9.1%
general	6.7%	16.5%	61.5%	15.3%

Edad y alcoholismo

diagnóstico — edad	16 a 21	22 a 39	40 a 59	total
abstemio	72	139	172	383
moderado	228	600	713	1541
excesivo (1)	58	197	159	414
alcohólico (2)	17	82	70	169
total	375	1018	1114	2507

(1) más de 5 embriagueces por año

(2) síndrome dependencia física

Nivel económico social y alcoholismo

(1) nivel más bajo

diagnóstico — n.e.s.	I (1)	II	III	total
excesivo	145 (64.4%)	218 (73.9%)	49 (80.3%)	412
alcohólico	80 (35.6%)	77 (26.1%)	12 (19.7%)	169
total	225 (100 %)	295 (100 %)	61 (100 %)	581

Residencia en villas de emergencia y alcoholismo

diagnóstico — villas	villa	no villa	total
moderado	84 (48.5%)	1457 (62.4%)	1541
excesivo	20 (11.6%)	394 (16.9%)	414
alcohólico	36 (20.8%)	133 (5.7%)	169
abstemio	33 (19.1%)	350 (14.9%)	383
total	173 (100 %)	2344 (100 %)	2507

En lo que respecta al tabaquismo, alcanza una difusión paralela a la que se registra en casi todos los países occidentales y no existen disposiciones prohibitivas salvo las de fumar en los vehículos de transporte colectivo, siendo permitida la propaganda de venta que realizan las empresas productoras de bebidas alcohólicas y de cigarrillos.

1.2 Tipos de farmacodependencia en la República Argentina

Estupefacientes y psicotrópicos	Uso Médico	Uso indebido en Argentina
OPIO Y HEROINA	no	no conocida
MORFINA	si	si
PETIDINA Y METHADONA	si	no conocida
COCA (cocaísmo)	no	si
COCAINA (cocainismo)	si	si
CANNABIS y su resina	no	si
BARBITURICOS	si	si

ALCOHOL (en forma de bebidas alcohólicas)	no	si
ANFETAMINAS	si	si
ALUCINOGENOS (LSD 25-Mescalina Psilocibina — DMT — DET — STP etc.)	no	si
INHALANTES (Disolventes)	Algunos productos	Muy pocos casos
OTRAS DROGAS SINTETICAS	si	si

1.3 Tráfico ilícito

En razón de que desde hace más de medio siglo el tráfico de drogas se encuentra penado por las leyes que luego se consignarán, se registra desde la década de 1920, procedimientos por tales infracciones que en aquel tiempo generalmente consistía en pequeñas incautaciones de clorhidrato de cocaína, denominada entonces en la jerga del ambiente como "la cocó", como así también incautaciones de algunas fracciones de haschis, introducidas generalmente por marineros griegos.

Por muchos años, podríamos decir hasta 1968, el problema era de muy poca envergadura y se circunscribía a algunos círculos de diversión nocturna que estaban perfectamente controlados y la "cocó" consumida por aspiración sólo afectaba a gente adulta, que generalmente se podía considerar como semi-adictos ya que hacían consumo esporádico y espaciado del estupefaciente que no llegaba casi nunca a desarrollar cuadros agudos de toxicomanía con derrumbe psicológico.

Este cuadro de situación se completaba con algún consumo muy restringido de morfina, generalmente en individuos que caían en la toxicomanía por iatrogenia o por cualquier otra circunstancia y que obtenían dicho alcaloide robándolo en hospitales o comprándolo sin receta en farmacias poco escrupulosas.

Se verificaban también un número considerable de asaltos a farmacias para robar morfina o cocaína.

A partir del año 1968 se nota en la República Argentina, la existencia de toxicomanía juvenil afectando principalmente al grupo de edad comprendido en la etapa adolescente y que vive en las ciudades.

La cannabis en forma de marihuana hace su aparición en las calles y plazas de la ciudad, proveniente generalmente de cultivos paraguayos, brasileros, o bien, de cáñamo nacional, estimándose este último de muy escaso contenido en tetrahidrocannabinol.

Por entonces no había aparecido en nuestro país la dietilamida del ácido lisérgico.

Algunos optimistas creían que ese terrible alucinógeno no llegaría jamás a nuestro medio y que su uso quedaría circunscripto a los países europeos y a los Estados Unidos de América. Amarga fue la decepción, ya que en 1970 tiene lugar en una casa de descanso del Delta del Paraná el primer secuestro de esta droga en la cantidad de 9.000 "trips", presentado en forma de comprimidos cilíndricos de color gris de precedencia norteamericana.

Este procedimiento por la considerable cantidad de droga incautada tuvo el feliz efecto de sacudir todas las estructuras y despertó en las autoridades la plena conciencia del tremendo riesgo social determinándose la creación de organismos de alta idoneidad para afrontarlo, como así también instrumentos legales de ajustada eficacia para regir la materia en lo jurídico y policial.

Asimismo, comenzaron a difundirse con preponderancia en el ambiente juvenil las anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes y en general todos los productos de la psicoquímica que se englobaron posteriormente bajo el nombre de drogas psicotrópicas.

Se adecuó entonces la legislación y las normas de venta de psicofármacos para lograr su correcto uso y prevenir su desvío hacia el uso indebido. A los efectos de una ilustración del fenómeno dentro de la sociedad urbana argentina, se señalan datos estadísticos de procedimientos realizados en relación con el tráfico de estupefacientes en los últimos años.

No se ha advertido dentro del panorama del país el uso de heroína, pero se han llevado a cabo procedimientos policiales de repercusión internacional por la incautación de ese alcaloide en tránsito hacia los Estados Unidos de América, mereciendo destacarse entre todos ellos uno que tuvo lugar en 1972 en el que se secuestraron 106 kilogramos de diacetil-morfina, -por un valor de 135.000.000 de dólares- enviados clandestinamente desde Francia hacia el país del norte.

No se ha registrado tráfico de peyote, ni de mescalina y psilocibina, pero sí se advirtió la proliferación del uso de pseudodrogas por parte de individuos "adictos a la aguja" que poseídos de una tendencia masoquista se inyectan cualquier cosa.

El alcoholismo, como dijimos anteriormente, registra un importante desarrollo pero se manifiesta como fenómeno ajeno al problema jurídico-policial ya que, de acuerdo a la tendencia mundialmente generalizada no hay disposiciones legales prohibitivas para esa bebida, registrándose únicamente un edicto policial que pena la ebriedad en la vía pública por el carácter de escándalo o desorden y atentado a las buenas costumbres que ello significa. Además, severas sanciones de orden municipal penan con multa e inhabilitación la conducción de automotores en estado de alcoholización.

1.4 Indicadores del crecimiento del problema

1.4.1 Policía Federal Argentina (Dto. Toxicomanías-Capital Federal)

Año:	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Procedimientos:	26	35	93	123	171	185	121	112 (1)
Procesados:	46	56	195	415	574	446	234	263 (1)
Detenidos en prevención:	242	399	1462	3001	1855	3399	510	573 (1)

Secuestro o incautación de diversos derivados de opio

Año:	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Tabla en gramos:	50	80	125	250	6000	S/datos	10000

Secuestro o incautación de clorhidrato de cocaína

Año:	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Tabla en gramos:	1290	2000	5875	19050	25000	19746	21520

Secuestro o incautación de marihuana

Año:	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Tabla en kilogramos (en forma de picadura)	0,350	56,850	31,000	132,050	46,140	24,913	107,235

Durante el año 1975, se realizaron distintos procedimientos en plantaciones de cannabis sativa que cubrían centenares de hectáreas en la Pcia. de Buenos Aires, Santa Fe, Neuquén, Río Negro, Mendoza,

Córdoba, etc. En uno de estos procedimientos se incautaron 3000 kilogramos de marihuana preparada. Asimismo, se secuestraron alrededor de 1500 kilogramos de semillas.

(1) Se estima que la disminución en los guarismos responde a la estabilización del proceso en Capital Federal y su simultánea difusión en el interior del país más descubierto en la fiscalización sanitaria y represión del tráfico ilícito.

Secuestro o incautación de LSD 25 (diacetilamida del ácido lisérgico)

Año:	1971	1972	1973	1974	1975
Dosis:	9115	1099	90	58	1506 (1)

(1) Durante 1975 se realizaron varios procedimientos detectándose un creciente uso de LSD 25. A la fecha se están investigando la existencia de varias hectáreas de plantaciones de centeno parasitado por el cornezuelo.

Secuestro o incautación de anfetaminas (estimulantes)

Año:	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Dosis:	4544	4188	9357	3250	2130 (1)	1850 (1)

(1) Durante estos años se realizaron distintos procedimientos en el interior del país procediéndose al secuestro de más de un millón de dosis en ampollas del producto denominado "PERVITIN" que se producen en laboratorios clandestinos de la Argentina y se trasladan por contrabando al Paraguay y al Brasil para su comercialización ilícita.

La caída en las cifras estadísticas referidas al año 1973/74 se debió a que el art. 22 del Decreto-Ley 19.303 de sustancias psicotrópicas fue derogado por aplicación de la Ley 20.509 que impidió hasta octubre de 1974 (promulgación de la Ley 20.771) la acción policial eficaz en la represión del tráfico ilícito de drogas.

1.4.2 Fuerzas Armadas: Sobre un estudio realizado en un total de 17.000 ingresos al Servicio Militar Obligatorio se rechazaron por drogadicción:

Año:	1971	1972	1973	1974
Rechazados:	3	60	S/D	S/D

1.4.3 Instituto de Detención de la Capital Federal:

Año:	1968	1969	1970	1971	1972 (9 meses)	1973
Ingresos:	37	35	72	148	169	S/D

40% entre 18 y 21 años de edad y 70% entre 18 y 30 años de edad.

1.4.4 Gendarmería Nacional:

En la zona de frontera, en cuatro años, hasta el primer cuatrimestre de 1974, efectuó 847 procedimientos de secuestros de hojas de coca en un total de 55.554 kgr. por un valor de m\$ñ 105.460.800.

1.4.5 Cátedra de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires:

De un estudio realizado en 1970 sobre 3.000 alumnos universitarios: hicieron uso de drogas 81%; hicieron abuso de drogas 47%; padecen adicción 8% (no se tienen estudios actuales).

2. Encuadre Epidemiológico

El incremento del uso indebido de drogas en el mundo y en nuestro país no es patrimonio de los jóvenes. Sin embargo en ellos el fenómeno presenta características muy particulares.

Se trata, de situaciones especiales de la vida que, agrupadas en un ordenamiento histórico, determinan en su epidemiología el refuerzo de una patología individual y grupal, de difícil solución si no se capta el acontecer con un adecuado enfoque socio-terapéutico.

En tal sentido hemos podido observar que los jóvenes viven en forma circunstancial una serie de situaciones que, ordenadas cronológicamente, establecen una secuencia de vida que conduce a una "forma de estar en el mundo", de la cual es difícil sacarlos sin un constante y reiterado esfuerzo profesional y comunitario.

Esta "carrera moral" se desarrolla de la siguiente manera:

- a) **La afectación de una personalidad vulnerable:** Esto significa que, investigando retrospectivamente la biografía, encontraremos con seguridad trastornos anteriores al problema actual que pueden haberse manifestado de diversas maneras: por ejemplo, inconducta en el medio familiar o escolar; dificultades de aprendizaje aún siendo una persona intelectualmente capaz; excesiva agresividad para enfrentar dificultades; una afectividad infantil que no madura; una visión egocéntrica y distorsionada de la realidad; escasisima tolerancia a la frustración; necesidad de que se resuelvan los problemas desde afuera y en forma inmediata; etc.

- b) **Una situación crítica:** Por ejemplo, la crisis de la adolescencia. Es este un fenómeno normal que todo individuo atraviesa en el transcurso de su existencia. Sin embargo y como toda crisis puede llevar a un fortalecimiento de la persona o a su debilitamiento. Recordemos sucintamente en que consiste esta crisis:

Alrededor de los diez años comienzan a darse en toda persona normal, hombre o mujer, cambios corporales y biológicos que traen aparejados consecuencias psicológicas y respuestas sociales. Los cambios corporales más evidentes en los varones son: cambio de voz, aumento del tamaño de los genitales, la aparición de la barba y el pelo pubiano. En las mujeres: el crecimiento de los pechos, la primera menstruación y el vello pubiano.

En ambos, un crecimiento rápido de piernas y brazos que provocan una cierta torpeza motora.

Aparece también la capacidad de reproducción y el nacimiento de la sexualidad que se expresa a través de la actividad sexual adolescente por excelencia -la masturbación- y que significa en esta edad una prueba de funcionamiento genital, en especial entre los muchachos, que así se preparan para sus posteriores relaciones heterosexuales.

A nivel psicológico los sentimientos que acompañan estos cambios son la inseguridad y la vergüenza. Inseguridad por verse diferente, por haber cambiado físicamente, por no saber donde poner brazos y piernas. Vergüenza por ser tan torpe, por masturbarse, por sus deseos contradictorios entre seguir siendo niños que es lo cómodo y conocido y madurar para acercarse al mundo de los adultos. Fluctúan entre su necesidad de comunicación y soledad, permaneciendo por horas encerrados en su habitación y en otros momentos necesitando hablar con los padres y amigos.

Todo resulta contradictorio en esta etapa. Y es que están buscando su propia identidad. En esta búsqueda se ponen en crisis los valores familiares y sociales y suele darse ese fenómeno típico llamado "rebeldía" y que está basado en el deseo de crear un mundo nuevo donde sea más fácil crecer. De pronto los padres infantiles, idealizados, todopoderosos, son severamente juzgados por sus hijos quienes se resisten a aceptarlos tal cual son, con sus virtudes y defectos. Desde el punto

de vista del joven sus padres no pueden nada, no saben nada y no lo comprenden. Es la expresión de la desilusión de haber perdido al gran papá y mamá que todo lo resolvían, coexistiendo con el temor de enfrentarse a sí mismo como un adulto que debe aprender a elegir, a actuar y a solucionar sus problemas.

Empiezan a adquirir gran importancia los amigos, en quienes depositan la idealización anterior de los padres. Esto determina una nueva visión de sí mismos y también del mundo. Es en estas relaciones donde busca nuevos valores filosóficos, éticos, religiosos, que se irán decantando con el tiempo y la maduración pero que sin duda ayudan enormemente a la adquisición de la identidad adulta.

Es importante destacar en este punto la influencia que tiene en la superación de esta crisis la actitud de los padres como respuesta social.

El crecimiento de los hijos también implica una crisis para los padres quienes deben soportar el juicio crítico de ellos que coexiste con el propio, ya que el adolescente encuentra a los padres sufriendo su propia crisis en la cual se hace un balance de la trayectoria recorrida, un análisis de las aspiraciones que se tuvieron y aquello que se logró. Generalmente esta crisis implica la aceptación de la frustración que significa ser adulto y no poder vivir la juventud nuevamente. Es por eso que es decisivo que los padres puedan mantener vigentes sus valores adultos frente al hijo que crece y no plegarse al grupo de amigos intentando ser un amigo más. El joven necesita tener una imagen clara de los padres, aunque él elija ser diferente, porque estas es la manera de adquirir su propia identidad: ser él mismo.

También el medio debe responder al crecimiento de los jóvenes y establecer la moratoria que éste necesita para asumir su rol adulto, tratando de darle respuestas coherentes a sus interrogantes a través de la educación sistematizada, como así también por los mensajes que le lleguen de diarios, revistas, cine y televisión.

La posibilidad de superar esta crisis depende en parte del factor individual que mencionamos en primer término, en tanto una personalidad inmadura acusará el impacto en forma aguda y expresará de todas formas su resistencia a crecer, pero también depende de la respuesta familiar y social.

- c) **La posibilidad de estar cerca de personas o grupo que consumen drogas con finalidad autocurativa o hedonista.** Como señalamos anteriormente, idealizando ese grupo que era lo natural en el adolescente y proyectándole el don de saberlo y poderlo todo. Estos grupos llegan a constituirse en verdaderas subculturas marginadas que poseen sentimientos comunes y el entendimiento de estar ante las mismas circunstancias y problemas sociales.

Al ser la droga el vehículo de unión, hacen proselitismo, iniciación y reclutamiento de otros jóvenes en la adicción con el fin de mantener el aprovisionamiento de la droga. Estos tres elementos señalados en A, B y C marcan el comienzo de un proceso que se puede sintetizar en los puntos siguientes:

- d) Escalamiento en el uso indebido de drogas (anfetaminas, marihuana, LSD, y otras politoxicomanías) con el fin de seguir buscando los efectos o los estímulos no encontrados o superados por la tolerancia.
- e) Delincuencia, promiscuidad, prostitución o actitudes reñidas con los valores convencionales, condicionadas por las pautas grupales de los drogadictos.
- f) Detenciones policiales, procesos judiciales, rechazo familiar, internación en instituciones inadecuadas en orden a una posible reeducación.
- g) Estas secuencias significan nuevas crisis existenciales, impacto moral, reiniciación del ciclo, empobrecimiento social paulatino.

- h) A esta altura es inevitable el sentimiento de enganchado, la vuelta al grupo marginado, reforzamiento del entendimiento con sus amigos adictos.
- i) Y, por consiguiente, psicológica o históricamente un manejo de un sistema racionalizador autojustificativo que permite una desviación fundamentada y consecuente. Aquí ya se ha adoptado una filosofía operativa y una nueva visión del mundo: su grupo de pertenencia es la normalidad y lo demás es lo marginado, perimido y obsoleto.

En este estado actual, ya aprendió como evitar los iniciales problemas, adquirió una racionalización para continuar en esta actitud y expresa un manifiesto repudio general a las reglas morales y al mundo convencional. De esta manera, se desarrolló esta carrera moral de la cual es muy difícil sacar al joven si se tiene en cuenta la definición social que lo enmarca, con el agravante de que los controles sociales convencionales han reforzado su tendencia a la desviación conductual.

2.1 La familia del adicto

En el convencimiento teórico e intuitivo de que el uso indebido de drogas por parte de los jóvenes tenía directa relación o mejor dicho, expresaba una patología existente en el seno del grupo familiar, el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO.) comenzó a trabajar desde el inicio con el entorno familiar de cada asistido.

Como producto de esta experiencia sobre mil (1000) casos estudiados, hemos encontrado particularidades comunes en el sistema de relación de estas familias. A continuación se examina a cada una de ellas:

- 1.º) En relación con la distribución del poder en el seno de la pareja parental puede señalarse que son parejas complementarias, o sea que hay una relación desigual donde aparentemente el poder lo ejerce la madre, quedando el padre excluido en la relación con los hijos. Sin embargo, no debe considerarse "poder" sinónimo de "autoridad". En realidad la autoridad con referencia a los hijos no existe. Las respuestas que se brindan son excesivamente indulgentes e inseguras, en donde predomina la ausencia de equilibrio entre afecto y disciplina, y también, de decisiones de consenso, en el seno de la pareja parental.
- 2.º) Para poder explicar el poder ejercido por la madre en estas familias tenemos que remitirnos a la configuración de la estructura edípica. En el primer estadio de ella se conforma la relación, altamente erotizada, entre la madre y el hijo, configurando la llamada célula narcisismo-madre-fálica, célula que de no romperse se convierte en el punto de fijación de futuras y posibles perversiones. Es la función del padre la encargada de producir este corte, ya que de no hacerlo por esta vía no existe posibilidad de ruptura de este equilibrio entre deseos (los de la madre y el hijo), mutuamente colmados. En esta situación la madre tendería a mantener a su hijo fijado a sí misma como una parte de su cuerpo, sin concebirlo como persona separada, lo que es también anhelado por el hijo. La posibilidad del padre de intervenir en esta célula depende a su vez de la pareja parental internalizada de ambos cónyuges.
- 3.º) En estas parejas parentales la conducta de uno es referida permanentemente como consecuencia de la conducta del otro, estableciéndose verdaderos "nudos" o círculos viciosos sin posibilidades de ser desarticulados. (Puntuación en la secuencia de los hechos).
- 4.º) La homeostasis familiar se preserva en tanto exista un enfermo en su seno. Si mejora un miembro debe recaer otro. Cuando recurren a un terapeuta lo hacen con la expectativa de mantener y aún reforzar el rol del enfermo. Suelen sabotear el tratamiento, cuando no se cumple con esta posibilidad.

- 5.º Existencia de secretos familiares (abortos, suicidios, adopción y su ocultamiento, existencia de hogares paralelos, etc.) que llegan a configurar verdaderos mitos que comparten conciente o inconcientemente todos los miembros del grupo familiar.
- 6.º Gran inseguridad en el vínculo marital, que se observa por una alta tasa de separaciones o amenazas de separación (cisma marital), o la configuración de un sistema de relación delirante entre los dos miembros de la pareja (sesgo marital).
- 7.º Existencia de paradojas comunicacionales en la emisión de mensajes, que llevan oculto el sentido de mantener relaciones perversas. Un ejemplo típico sería el de ofrecer permanentemente la libertad sin permitir su real ejercicio.

Si bien existen otras características que analizaremos más adelante, conviene detenerse aquí para reflexionar sobre si podemos aseverar que esta es la familia típica del drogadicto. Existen muchas opiniones de que realmente existe un tipo de familia que genera usuarios de drogas ilícitas. En su mayoría configuran las características antes mencionadas.

Sin embargo, en nuestra experiencia hemos coincidido en interpretar que estas familias son excesivamente comunes en nuestra época y en nuestro medio y que no necesariamente generan hijos adictos, aunque sí pueden producir alguna patología en los jóvenes en general del tipo de trastornos de conducta más o menos pasajeros o no, como homosexualidad, delincuencia, adicción y, otras veces, de carácter psiquiátrico: episodios psicóticos más o menos prolongados y cuadros graves del tipo de las esquizofrenias.

En este orden de conceptos, ubicaremos a la familia a mitad de camino entre el medio social y el hijo, afirmando que un tipo de familia de características muy frecuentemente observables en nuestra sociedad actúa de tal forma, en la educación de los hijos, que provoca anomalías en el desarrollo evolutivo de ellos. Y es así, como el medio familiar queda ubicado, no como causante, sino como instrumento participante en esta patología, aunque en forma totalmente inconciente.

En consecuencia, el primer objetivo del tratamiento es la toma de conciencia de esta participación.

En la secuencia de las características de estas familias ubicaremos dos más, pero sí ya las consideramos patognomónicas del uso indebido de drogas, coincidiendo en este aspecto con múltiples investigaciones realizadas en diferentes lugares del mundo.

- 8.º **Modalidad adicta:** Debemos dividir en dos partes esta característica. Una, referida específicamente a la existencia de miembros en la familia con antecedentes de ingesta de drogas o alcohol.

En una investigación realizada en el CE.NA.RE.SO. sobre cien (100) jóvenes, se observó que en un 40% había antecedentes de alcoholismo en por lo menos uno de los padres.

Frecuentemente observamos que el contacto de muchos jóvenes con psicofármacos se realiza a través de la utilización de medicación (prescripta o automedicada) usada por la madre (anfetaminas o barbitúricos y metacualona). La ingesta intensiva forma parte de la cultura familiar, en forma de manejo lícito. Los jóvenes adoptan la misma modalidad, aunque confiriéndoles visos originales en cuanto a su forma y finalidad.

Pero no se agota en la ingesta la modalidad adicta. La segunda parte a que nos referimos anteriormente se refiere a la observación frecuente en estos grupos familiares de una contracción, de características muy compulsivas, a determinado tipo de actividad. El ejemplo más típico es la forma de dedicarse al trabajo de los padres.

Es así como la adicción suele estar presente en el grupo familiar como una modalidad relacional que se trasmite de padres a hijos. Lo que moviliza la inquietud familiar, entonces no está relacionado con la adicción

en sí misma, sino con la forma original a que hacíamos referencia y que tiene que ver con la ilegalidad del comportamiento del joven adicto. Coincidimos con determinados grupos de estudio en la aseveración de que en toda familia de adicto ilegal existen otros miembros adictos legales.

9.º) **Tendencias autodestructivas:** La misma investigación a que se hizo referencia anteriormente arrojó como resultado que, en un 8% de los casos, había antecedentes de intentos y/o suicidios en los padres. Treinta (30) jóvenes a su vez revelaron uno o más intentos de suicidio.

Uno de los aspectos más dificultosos del tratamiento se refiere a la lucha que se entabla contra estas tendencias que comparten padres e hijos. Es notable la verificación casi permanente de los mensajes de muerte y destrucción que circulan dentro del núcleo familiar y que llevan a la actuación de alguno de sus miembros en este sentido.

La preocupación y el deseo de muerte está presente en forma permanente como configurando un peligroso acercamiento a una experiencia tan temida como anhelada.

Las drogas en los jóvenes adquiere, desde este punto de vista la significación de experimentar permanentemente con la muerte. Ellos mismos se refieren al hacer uso de ellas como "matarse", asumiendo la connotación de placer total (deseo), mientras el núcleo familiar utiliza los mismos términos: "te vas a matar", "prefiero que te mates", escuchado usualmente en las reuniones familiares, asumiendo la ambivalencia entre lo temido y lo deseado al mismo tiempo.

Como en el caso de la modalidad adictiva, las tendencias autodestructivas están peligrosamente presentes en estas familias, siendo en cada caso un miembro u otro el elegido para experimentar con la muerte.

3. Actitud comunitaria y políticas de control con relación a las farmacodependencias.

3.1 El sistema institucional

3.1.1 Organismos de Coordinación

El 31 de enero de 1972 se crea, mediante Decreto n.º 452, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) cuerpo asesor permanente del Poder Ejecutivo en todos los aspectos referidos al uso indebido de drogas, su tráfico y fiscalización.

Presidida por el Ministro de Bienestar Social de la Nación está integrada por representantes de los Ministerios de Relaciones Exteriores y Culto, Justicia, Cultura y Educación, Defensa, Interior, Trabajo; las Secretarías de Estado de Salud Pública, del Menor y la Familia y de Promoción y Asistencia Social, de la Policía Federal; de la Secretaría de Informaciones del Estado; de la Universidad de Buenos Aires; de la Administración Nacional de Aduanas y del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO.) -Decreto n.º 1574/75.

En el seno de la Comisión se han constituido las subcomisiones de "Relaciones Internacionales", "Legislación", "Seguridad", "Prevención y Educación", "Asistencia y Rehabilitación", "Investigaciones", "Informes Especiales" y "Coordinación Provincial". Cada uno de estos grupos de trabajo se forma con los representantes titulares y alternos de las distintas jurisdicciones ante la Comisión Nacional y con personas destacadas por su versación en la especialidad.

Dentro de sus objetivos están:

- a) Proporcionar, aconsejar y recomendar medidas o acciones al Poder Ejecutivo de la Nación, a los Gobiernos de Provincia y a las autoridades competentes.

- b) Coordinar e implementar los programas de acción y las decisiones ejecutivas tendientes a impedir el incremento de la drogadicción en la población y asistir en cumplimiento de asesoramiento, apoyo y cooperación en todo el país.
- c) Planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación para protección de la comunidad, asistenciales para tratamiento específico y de rehabilitación, de investigación social y bioquímica, como asimismo, medidas legislativas y de seguridad para detener el tráfico ilícito nacional e internacional.
- d) Orientar la actuación de los representantes argentinos en Congresos o conferencias internacionales sobre la materia y asesorar en todo lo referente a sus relaciones con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la Organización de las Naciones Unidas y demás entidades del país y del extranjero.
- e) Centralizar toda información proveniente de autoridades o entidades nacionales e internacionales relativas al tráfico y uso lícito e ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

3.1.2 Organismos de Fiscalización Sanitaria

La aplicación de las Leyes 17.818 y 19.303, que legislan integralmente con relación a estupefacientes y psicotrópicos y en general de todas las normas sanitarias, corresponde -en el orden federal- a la Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Nación (Subsecretaría de Medicina Social y Fiscalización Sanitaria, Subárea de Medicamentos y Alimentos, Sector Fiscalización de Estupefacientes) y a las autoridades sanitarias locales en el ámbito provincial (estadual).

Son, por excelencia, los organismos de aplicación de las Convenciones y Protocolos Internacionales y los encargos de responder a las exigencias que, dentro del marco de los citados instrumentos, plantean la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas.

3.1.3 Organismos Operativos de Asistencia

Mediante Ley n.º 20.332 de abril de 1973, fue creado el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) con dos objetivos básicos:

- a) Reeducar, resocializar y reinsertar socialmente a los jóvenes de ambos sexos que hacen uso indebido de drogas.
- b) Promover la salud de la población adolescente en cuanto pueda resultar afectada por la incidencia del problema.

Para el logro de esos objetivos básicos desarrolla, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Efectuar el diagnóstico médico, psicológico y social de las personas que requieran asistencia y realizar el tratamiento del caso a corto y mediano plazo, bajo régimen de internación o en forma ambulatoria o domiciliaria.
- b) Brindar asistencia integral a los internados, en coordinación con otros establecimientos especializados y polivalentes.
- c) Ejecutar las acciones tendientes a detener las consecuencias y secuelas de la adicción y lograr la recuperación de las habilidades y capacidad de la persona.
- d) Atender y evaluar el comportamiento social de los asistidos en la actividad laboral y grupal.

- e) Realizar terapia ocupacional a los fines de la readaptación de los asistidos por medio de actividades vocacionales, laborales, artísticas, recreativas o sociales.
- f) Promover por medio del trabajo la capacitación de los asistidos para su ubicación laboral, así como lo atinente a sus necesidades socio-culturales y de actividades de educación física y recreativa.
- g) Realizar la evaluación de los asistidos en condiciones de alta y efectuar su seguimiento posterior.
- h) Elaborar y ejecutar programas de investigación, prevención, tratamiento y reeducación, estudiando y preparando a tales fines la información correspondiente, difundiendo las investigaciones realizadas a entidades científicas y a la comunidad.
- i) Realizar cursos de perfeccionamiento, capacitación en servicio y reuniones científicas.
- j) Efectuar acciones de proyección comunitaria y servicio social individual, grupal y familiar.
- k) Intervenir en los programas de prevención primaria (promoción y fomento de la salud) y secundaria (atención y tratamiento precoz de los casos) referidos al problema de la drogadicción.
- l) Promover un cambio favorable en la actitud social hacia el usuario.

Desde su habilitación en agosto de 1974 asistió 1258 casos en tratamiento ambulatorio y 123 casos en tratamiento residencial (internación). El 90% de esta población solicitó asistencia en forma voluntaria, un 76,60% eran del sexo masculino y un 23,40% del femenino. En un 57,44% su edad estaba entre los 16 y 20 años y en un 25,78% entre 21 y 25 años.

En cuanto a su procedencia, un 50,80% provenían de la Capital Federal, un 36,14% del Gran Buenos Aires y 1% de países limítrofes. El resto provenían de provincias del interior del país.

El nivel socio-económico de estos jóvenes y sus familias, en un 85%, estaba comprendido en las clases media baja y baja.

El tipo de drogas utilizadas se discrimina de la siguiente manera: un 37,22% usaba estimulantes, un 28,94% depresores y un 33,84% alucinógenos. De ese total, un 34,60% usaban indistintamente esos tres tipos de drogas psicotrópicas.

En un 75,98% de los casos el ritual de consumo era en grupo y la forma de administración estaba distribuida en: un 24,96% por vía endovenosa, un 45,64% por vía oral y un 24,60% en forma combinada. Un 1,99% inhalaban sustancias volátiles y un 2,81% aspiraban sales de cocaína.

Casi un 50% de los casos tenían antecedentes policiales (detenciones, averiguaciones) y judiciales (procesos, preventivas). Un 26,04% habían sido internados con anterioridad en otras instituciones de salud.

Un 32,97% vivían con sus padres y en un 21,78% referían separaciones ó divorcios de aquellos.

El tratamiento ambulatorio se vio permanentemente afectado por la inconstancia de los jóvenes, que sólo en un 25% continuó las indicaciones del trabajo, completando su asistencia.

La internación en el Subprograma Residencial evidenció un mejor marco para el abordaje terapéutico del joven y su familia.

Las posibilidades terapéuticas son más exitosas en los casos en que el uso indebido de drogas se inserta en la crisis normal de la

adolescencia y se hace más problemática cuando forma parte de un trastorno grave de la personalidad.

Los 123 casos internados pueden considerarse dentro del segundo grupo y en este sentido se ha logrado realizar un gran trabajo terapéutico que abrió nuevas posibilidades para estos jóvenes. Muchos de ellos hoy trabajan, algunos han constituido su propia familia, otros han continuado sus estudios, varios se han trasladado al interior del país, en donde trabajan en tareas agrícolas. En otras situaciones, el tratamiento familiar facilitó una mejor integración del asistido, a su núcleo social primario.

Puede señalarse que una buena asistencia y un apoyo familiar adecuado revirtió en muchos casos este proceso, previniendo conductas delictivas y un mayor deterioro de la personalidad de los usuarios.

Una cantidad importante de casos han logrado pasar de una categoría de usuarios ineptos a la categoría de usuarios esporádicos o por razón social. En especial, se pudo también modificar la situación de mendicidad y vagabundeo inicial de estos jóvenes que facilitaron sustancialmente el uso indebido de drogas.

3.1.4 Organismos de Seguridad

Bajo esta denominación incluimos a todos aquellos organismos que tienen como objeto la lucha contra el tráfico ilícito, la introducción clandestina y las demás figuras penales relacionadas con estupefacientes y psicotrópicos. Podemos citar:

3.1.4.1 La POLICIA FEDERAL ARGENTINA y las POLICIAS (provinciales) tienen a su cargo, entre otras funciones, la averiguación y represión de los delitos previstos en la Ley n.º 20.771. dentro de las atribuciones conferidas por el Código de Procedimientos en materia penal. En el caso de la Policía Federal cuenta desde el 1.º de enero de 1971 con una sección específica, la División Toxicomanías, que a partir del año 1974, fue elevado a la categoría de Departamento y que opera con las siguientes divisiones: Operaciones, Actuaciones y Archivo y Prevención de la Toxicomanía. También debe señalarse la labor del Gabinete Químico, que tiene a su cargo los estudios requeridos por los jueces sobre la naturaleza, toxicidad y condición toxicomanígena de materiales incautados.

Compete también a los funcionarios policiales, dando inmediata cuenta al juez y previo dictamen médico, la internación de usuarios adictos que pueden dañar su salud, la de terceros y afectar la tranquilidad pública (art. 482 del Código Civil Argentino).

3.1.4.2 La GENDARMERIA NACIONAL y la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA cumplen idénticas funciones de seguridad en zonas de frontera terrestre, marítima y fluvial.

3.1.4.3 La ADMINISTRACION NACIONAL DE ADUANAS tiene a su cargo la represión del tráfico internacional (introducción clandestina de drogas) a través del Grupo de Trabajo de Narcóticos y Drogas Peligrosas del Departamento de Policía Aduanera y todas las delegaciones aduaneras del país.

Centra su accionar en tres aspectos fundamentales:

- a) Perfecta identificación de las drogas en mercaderías procedentes: 1) de una importación o exportación realizada por las vías normales de carga (aeropuerto, puerto marítimo, frontera) pero cuya declaración y documentación aduanera y de origen acreditan tratarse

de productos distintos a los tóxicos; 2) de una encomienda simples, paquete postal o carta para un destinatario que puede ser inexistente o ajeno al envío; 3) de equipajes de pasajeros; 4) de paquetes abandonados en jurisdicción aduanera; 5) de contrabandos; 6) de ocultaciones en bodega descubiertas por las "brigadas de fondeo", etc.

- b) Detección de las drogas: se han preparado equipos portátiles de reactivos a la gota que permiten, siguiendo detalladas instrucciones, detectar cocaína y sustancias opiáceas como morfina, heroína, etc. De esta manera el personal de aeropuertos, estaciones marítimas, oficinas de encomiendas y aduanas de fronteras pueden establecer un control sencillo y rápido sobre equipajes y encomiendas.
- c) Capacitación del personal en técnicas de identificación, detección y ocultamiento mediante cursos dictados por funcionarios nacionales y del Instituto Internacional de Entrenamiento de la Oficina de Narcóticos y Drogas Peligrosas del Departamento de Justicia Norteamericano.

3.1.5 Actividades Educativas referidas a las drogas

3.1.5.1 Existen en nuestro país cursos de educación sobre la salud.

Hasta el año 1972 existían programas de Higiene y Puericultura en los últimos años de la enseñanza media, generalmente dictados por profesores médicos.

A partir del año 1973, el Ministerio de Cultura y Educación a través de un grupo de trabajadores integrado por un representante de la Administración Nacional de Educación Media y Superior, uno del Departamento para el mejoramiento de la Enseñanza de la Ciencia y uno del Departamento de Educación para la salud de la entonces Subsecretaría de Salud Pública, elaboró un programa de Educación para la Salud reemplazando a los dos anteriores.

Este programa conduce a la valoración de la Salud como un componente del bienestar, como un derecho inalienable de todo ser humano y en especial, como una responsabilidad personal y compartida.

Las unidades temáticas se discriminan en tres partes: a) la salud del hombre, b) la salud según etapas de la vida y ámbitos de acción, c) promoción y protección de la salud.

3.1.5.1.1 El Departamento de Sanidad Escolar dependiente del Ministerio de Cultura y Educación concurre a colegios primarios y secundarios organizando conferencias sobre distintos temas relacionados con la salud y que tienen interés particular para niños y jóvenes. Las personas que dan estas charlas son profesionales médicos. Incluye el tema "Drogas". Se realizó en 1975, 1200 charlas.

3.1.5.1.2 En la escuela primaria (últimos grados, quinto, sexto y séptimo) existe una materia "Educación para la Salud" que se desarrolla una hora semanalmente.

3.1.5.1.3 Existía en el curriculum escolar (nivel secundario) una asignatura referida al "Estudio de la

Realidad Social Argentina" -ERSA- que incluye actividades referidas al conocimiento sobre drogas. Esta asignatura se denomina actualmente "Formación Cívica".

3.1.5.1.4 Otros programas en materia de ciencias que se cursan en el último año de las escuelas secundarias, incluyen un capítulo sobre uso indebido de drogas.

De esta manera, el joven recibe información adecuada del profesor que brinda la materia, generalmente un médico o un especialista en ciencias biológicas.

El criterio es informativo y formativo y pretende, a través del conocimiento de todos los alcances del problema, que el alumnado evite la experiencia primera sobre la premisa que muchos enfermos han comenzado el uso de drogas por ignorancia más que por malicia.

3.1.5.2 Dentro del subprograma de Proyección Comunitaria del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO.) que asiste jóvenes que hacen uso indebido de drogas en orden a su rehabilitación social, funciona un grupo de trabajo que se ocupa de promoción de la salud.

3.1.5.2.1 Dentro de esta actividad, se planificó para el año 1975 una serie de Cursos Oficiales Informativos sobre Farmacodependencias; dos de ellos tuvieron lugar para el ámbito de la Capital Federal y Conurbano de la Provincia de Buenos Aires, otro exclusivamente para personal del interior del país y un cuarto reservado para personal superior de la Gendarmería Nacional. También se realizaron dos cursos regionales, uno en la ciudad de Córdoba y otro en la ciudad de Tucumán.

Estos cursos son especialmente diseñados para líderes de la comunidad, profesionales, docentes, miembro del clero y de las fuerzas armadas, dirigentes, empresarios, etc.

El temario que se desarrolla incluye los siguientes temas: estupefacientes, psicotrópicos y otras drogas peligrosas; uso indebido de drogas; el joven y su mundo actual; educación para la prevención del abuso de drogas y otras medidas; la Argentina ante el problema de las drogas; análisis integral de la situación legislativa y del tráfico ilícito; tratamiento y rehabilitación; el CENARESO como modelo socio-terapéutico de asistencia.

Su objetivo es instruir en orden a que este conocimiento permita una valoración objetiva del problema y lograr modificar actitudes de la comunidad que hagan más abordable las medidas preventivas, educativas y asistenciales. Continuaron en 1976.

3.1.5.2.2 También profesionales del CENARESO realizan charlas en colegios de nivel secundario y nocturnos para adultos del nivel primario y otras actividades de difusión popular.

Los objetivos perseguidos en estos casos son: informar y desmitificar el problema del uso indebido de drogas.

A tal fin, los temas que se desarrollan son los correspondientes a: adolescencia, carrera moral del usuario de drogas, presentación y descripción del CENARESO como modelo socio-terapéutico de asistencia especializada.

Respecto a la dinámica, se trata de dar charlas a grupos pequeños de alumnos de forma tal de poder acercarse a las expectativas del auditorio teniendo en cuenta los objetivos programados: informar y orientar en salud y enfermedad referido al uso indebido de drogas.

Se trata de esclarecer en cuanto a los "mitos vulgares" acerca del tema.

Se tiene particular cuidado en el uso de las técnicas de información para evitar todo elemento que pueda provocar una incentivación y apología de las drogas, pero también previniendo mensajes de atemorización.

Todos estos cursos, presentaciones informativas y actividades educativas son evaluadas por un grupo especial de investigadores que incluyen disciplinas como: sociología, psicología y psicopedagogía.

Reuniones a nivel de grupo operativo preparan al personal docente que son el plantel de profesionales de este Centro Nacional y cuyo trabajo le permite un contacto permanente con los usuarios de drogas.

3.1.5.3 La educación esta presente también en el Subprograma Residencial de CENARESO. En la etapa post-tratamiento clínico, dedicada a la resocialización, es donde se implementan técnicas para el logro de ese objetivo.

El estudio, el trabajo, la relación familiar, el contacto con la realidad del medio de donde proviene el usuario de drogas y con otros grupos de jóvenes (usuarios o no) adquiere relevancia.

Allí se realizan las siguientes actividades como ser:

a) **educación:** cuyo objetivo tiende al chequeo de los intereses predominantes, en general, relacionados con la droga, proposición de nuevos intereses, desarrollo de temas de cultura general para el mejor conocimiento de la realidad y el desarrollo de hábito de estudio.

b) **educación sistemática:** en orden a lograr proposición de objetivos individuales según realidad educativa de cada asistido, elección de medios para lograrlo e implementación de los mismos y logro del fin buscado.

Varios jóvenes terminaron de esta manera sus estudios abandonados y otros iniciaron su preparación para ingresar al curso secundario.

c) **lectura dirigida:** con el objeto de mantener la relación con la realidad extrainstitucional y favorecer el desarrollo del sentido crítico a través del intercambio de opiniones.

El señalar estos contenidos educativos de un programa de rehabilitación de usuarios de drogas, en relación a un con-

texto educativo general, se realiza en el entendimiento que la aplicación de técnicas educativas en el nivel terciario de asistencia (enfermedad) responde a una actividad de nivel primario (promoción de la salud), correlato, en la reinserción de una persona a un medio en que volverá a conectarse con individuos sanos, vulnerables y enfermos -posiblemente la escuela- para continuar sus estudios y, un reaseguro a la recidiva y a la acción proselitista de buscadores de usuarios interesados.

De esta manera creemos con respecto al problema drogas y su uso indebido, que los programas de educación deben incluirse en los tres niveles de prevención (primario, secundario y terciario) en donde el nivel terciario es primario ante una espiral adictiva.

Consideramos este punto de interés en relación a la organización y métodos de educación relativa a las drogas. Las actividades educativas que favorecen un desarrollo completo de las capacidades del ser humano y que responden a su formación y orientación, no son privativas del hombre "en salud", sino también del hombre "en enfermedad", teniendo en cuenta una concepción sociopsicológica del problema y, en tanto, el individuo es un ser social en permanente intercambio de crecimiento y retrocesos jalonados por las crisis existenciales desde su nacimiento a su muerte.

- 3.1.5.4 El Departamento de Toxicomanías de la Policía Federal Argentina cuya tarea de difusión la cumple la División de Prevención ha encarado un plan de conferencias para adolescentes estudiantiles, preferentemente en las edades de 15 a 18 años presentadas por personal especialmente preparado para ello que ilustran estas charlas con películas, diapositivas y muestrario de drogas.

Se tiene en cuenta asimismo, las connotaciones sociales y familiares y se implementa una forma de presentación que no emplea ningún tipo de admonición ni paternalismo, sino, una explicación de lo que son las drogas con presentación práctica de las mismas, que sorprende al joven auditorio por su sinceridad y, luego, se deslizan habilmente las consideraciones relacionadas con los peligros de su uso. Otros cursos están destinados a la formación profesional de policías y docentes.

Al respecto es de hacer notar que la República Argentina es un país de organización federal y las distintas provincias que la componen poseen sus propias instituciones policiales provinciales y, la Policía Federal Argentina imparte cursos de instrucción a oficiales integrantes de aquellas instituciones. Esos cursos versan sobre instrucción general en materia de procedimientos como así también los estudios específicos sobre drogas y los conocimientos generales sobre toxicomanías y su naturaleza.

En lo interno, se dicta en la Escuela de Cadetes y en la Escuela Superior de la Policía Federal con destino a Jefes y Oficiales de jerarquía avanzada. Además se ha proyectado un curso para becarios de policías de países latinoamericanos.

3.1.6 Medios de información masiva

- 3.1.6.1 Los problemas relacionados con el uso de las drogas son tratados por los medios de información, en especial, por la prensa.

En general los artículos estaban referidos a procedimientos policiales y detenciones de personas comprometidas en el tráfico ilícito y la producción de estupefacientes en laboratorios clandestinos.

Del análisis de las publicaciones periodísticas de los últimos tres años, se ha observado un incremento de las informaciones referidas al tema, en el sentido señalado precedentemente y en correlato al crecimiento del problema en el país.

No se han utilizado los medios de información en forma sistemática, sino consecuente con el conocimiento de un mayor tráfico ilícito, defectos de fiscalización en la comercialización lícita, aumento del uso indebido de drogas y detenciones de jóvenes comprometidos. En este último aspecto y, en muchas circunstancias, detenciones de grupos de personas de ambos sexos en lugares públicos, plazas, lugares de recreación, recitales musicales, ferias artesanales, etc.

Los reglamentos vigentes en materia de radiodifusión, -con buen criterio- supervisan este tipo de audiciones prohibiendo las discusiones libres o de público general, conducidas o organizadas por personas que no tengan antecedentes científicos válidos para darles un sentido constructivo. Los locutores y periodistas deben acudir a expertos que evacuen sus preguntas.

- 3.1.6.2 Por medio de la prensa y la radio-televisión se ha realizado una campaña de información a la comunidad respecto a las acciones que el Estado ha implementado para combatir el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas. Sus objetivos fueron señalar que ante este problema, a nivel gubernamental, se instrumentaron los medios para la utilización de controles sociales adecuados ante esta tendencia a la desviación: creación de una Comisión Nacional (CONATON) de carácter permanente interministerial y asesor del Poder Ejecutivo; creación de un Centro Nacional (CENARESO) para la rehabilitación social de las personas afectadas; modificación de la legislación penal a través de una ley especial; realización en Buenos Aires de dos reuniones internacionales sudamericanas -una de expertos y otra de plenipotenciarios-; un convenio binacional y la constitución de una Comisión Argentino-Estadounidense para la lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas; un convenio de colaboración interinstitucional de carácter técnico-científico entre el CENARESO de la Argentina y el CEMEF de México; la implementación de medidas eficaces de fiscalización sanitaria en la producción, comercialización, prescripción y expendio de estupefacientes y psicotrópicos; la realización de Cursos Informativos sobre el tema; intervención para la ratificación de Convenios y Protocolos Internacionales y el Acuerdo Sudamericano de 1973; dotación de equipos técnicos especiales para las fuerzas de seguridad encargadas del control de tráfico ilícito; elaboración de programas de asistencia educativa para su realización por la jurisdicción específica; obtención a través de la Sección Científica y Técnica de la División Estupefacientes de las Naciones Unidas de drogas patrones para análisis químicos o investigaciones bioquímicas por los Laboratorios de la Administración Nacional de Aduanas, Policía Federal, Cátedras Universitarias e Instituto Nacional de Salud Mental; preparación de un equipo nacional para la de-

tección rápida de drogas a efectos de su utilización por funcionarios aduaneros y de seguridad en zonas fronterizas del país, publicación de trabajos de investigación y resultados de experiencias en intervención referidas al uso de drogas; intercambio de información y coordinación de acciones con Organismos Internacionales; preparación de personal especializado interdisciplinario; recepción de becarios del interior del país; promoción de medidas de prevención; sensibilización de los niveles de decisión política en el ámbito nacional, provincial y municipal; participación técnica en reuniones, seminarios internacionales, congresos, etc.

La duración de esta campaña de información y esclarecimiento se extendió durante varios meses y las presentaciones orales o escritas eran realizadas directamente por las personas especializadas a nivel gubernamental (CONATON y CENARESO) encargadas de diferentes aspectos de atención (asistencia y rehabilitación, prevención, represión, fiscalización sanitaria, legislación, etc.). Continuaron en 1976.

- 3.1.6.3 Se han realizado otras audiciones aisladas con el concurso de expertos en la materia de extracción médica, judicial, policial, etc. con sobrados antecedentes y en reuniones de mesas redondas, tratando de informar atrayendo el interés de la audiencia hacia el problema de las drogas, sus consecuencias y connotaciones sociales, más que hacia la droga en sí. Los medios de información se han brindado siempre y han buscado este tipo de difusión constructiva con buen apoyo y traducciones textuales de los mensajes entregados por los autores. En general consistía en reportajes en donde también se señalaba lo atinente a conocimientos básicos sobre las drogas y sus efectos, las motivaciones de los usuarios, la actitud de la comunidad, noticias generales sobre el tema a nivel mundial y nacional, interrogantes, contradicciones, mitos, perjuicios, etc.

En los medios de difusión masiva (T.V. y radio, revistas, etc.) no puede seleccionarse el auditorio a quien van dirigidos los mensajes, excepto la índole de la audición (si es organizada para jóvenes, o se trata de reuniones de preguntas y respuestas de estudiantes, por ejemplo).

Las revistas especializadas: sindicales, culturales, profesionales, etc. permiten especificar el tema de acuerdo al lector y los objetivos propuestos. Las revistas para educadores, socios de entidades de bien público como Rotary y Leones, etc., publican artículos sobre el tema y, sobre todo, son medios útiles para difundir invitaciones a reuniones, congresos y asambleas en las que se debatirá la problemática de la farmacodependencia.

Las nuevas reglamentaciones sobre radiodifusión permiten presentar la información con una perspectiva actual básicamente científica con supuestos pragmáticos en el orden institucional y comunitario. No se pretende ninguna acción moralizadora, basándose en el hecho, que el conocimiento cabal del problema es su mejor rechazo. No se han producido disonancias periodísticas por sensacionalismo.

- 3.1.6.4 El efecto de esta información a la comunidad ha determinado una corriente espontánea de pedido de tratamientos, consejos, orientación de grupos de padres, asesoramiento técnico-profesional y de organización de ser-

vicios; realización de cursos informativos y lineamientos en acciones educativas. Todo ello ha permitido, establecer programas referidos a distintas clases de público, que en este momento se encuentran en un proceso de evaluación y revisión. En tal sentido, la base de la experiencia está marcando orientaciones particulares a cada caso.

Un análisis crítico nos permite señalar que los métodos más efectivos son todos aquellos en que un diálogo o un debate de un grupo, permite escuchar opiniones diversas de jóvenes o adultos frente a núcleos multidisciplinarios de distinta formación. Los menos efectivos, los mensajes recriminatorios, condenatorios, vejatorios o que colocan al joven en un mayor divorcio generacional.

3.2 El sistema normativo

A los efectos de una adecuada sistematización, clasificaremos la legislación vigente en materia de estupefacientes y psicotrópicos conforme al siguiente esquema:

3.2.1 Derecho Internacional

En el orden internacional la República Argentina ha suscripto y ratificado la Convención Internacional del Opio de 1912; la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes de 1931; el Protocolo de Nueva York de 1946, modificadorio de las convenciones anteriores; el Protocolo de París de 1948, que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención de 1931 y el Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso de opio, firmado en Nueva York el 23 de junio de 1953. Como se sabe, todos esos instrumentos internacionales quedaron abrogados por el art. 44 de la llamada "pieza maestra del dispositivo": la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes, de la que también es parte nuestro país.

La Argentina fue signataria de la Convención sobre sustancias Psicotrópicas de 1971, que si bien no fue aún ratificada tiene vigencia en toda la Nación a través de la Ley 19.303 que luego analizaremos.

También fue suscripto el Protocolo de 1972, que modificó la Convención Unica sobre Estupefacientes y ya en el plano regional, el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos emanada de la Conferencia Sudamericana Plenipotenciaria reunida en la Ciudad de Buenos Aires entre los días 25 y 27 de abril de 1973.

3.2.2 Derecho Nacional

3.2.2.1 Legislación Sanitaria

Son numerosas las normas administrativo-sanitarias dictadas en materia de estupefacientes y están correlacionadas con la ratificación que hiciera nuestro país de las convenciones y protocolos internacionales. Enunciaremos las más importantes:

3.2.2.1.1 Decreto n.º 3.540/44

Declara obligatoria, en todo el territorio de la República, la denuncia de todo caso comprobado de intoxicación habitual por estupefacientes. La autoridad sanitaria nacional llevará con los casos denunciados un "Registro de Toxicómanos", sobre cuya base "estudiará y promoverá

las medidas necesarias para que los enfermos reciban asistencia adecuada a su estado durante y después de la desintoxicación" (art. 4.º).

3.2.2.1.2 Ley n.º 17.318

Considera estupefacientes a las sustancias incluidas en cuatro listas anexas, facultando a la autoridad sanitaria nacional a ampliarlas o modificarlas.

La ley regula lo referente a la importación, exportación, elaboración, comercio interior y despacho al público de estupefacientes, en toda la nación.

Sua aplicación corresponde a las autoridades nacionales o provinciales, según la jurisdicción, pero aquellas pueden "concurrir para hacer cumplir dichas normas en cualquier parte del país". Analizaremos sus disposiciones más importantes:

a) Importación, exportación y reexportación: Para la importación se requiere un certificado oficial, otorgado por la autoridad sanitaria nacional, que es similar al adoptado por la Comisión de Estupefacientes. Se extiende en triplicado: original para el importador, duplicado para los organismos competentes del país exportador y triplicado para la autoridad sanitaria nacional. Caduca a los ciento ochenta días de su emisión.

El certificado de exportación o reexportación se extiende en un ejemplar más que será remitido por "la autoridad sanitaria a la Dirección Nacional de Aduanas, la que se lo restituirá cuando la operación haya sido efectuada". Los estupefacientes en tránsito también serán amparados por un certificado oficial. La importación, exportación o reexportación sólo podrá efectuarse por las personas expresamente habilitadas, quienes deberán llevar registros especiales de esas operaciones.

b) Elaboración: Los establecimientos necesitan una autorización especial de la autoridad sanitaria nacional, en la que se especificará las drogas que podrán elaborar. Anualmente se le fijará a cada establecimiento un cupo de elaboración y estos deberán inscribir sus operaciones en registros especiales en los que se hará constar la fecha, nombre del proveedor, clase y cantidad de las materias primas ingresadas y estupefacientes elaborados o expendidos. Este sólo podrá hacerse a quienes estén autorizados para la adquisición.

c) Comercio interior: La enajenación al comercio o a la industria farmacéutica se efectuará mediante formularios oficiales por triplicado: original para el adquiriente, duplicado para la autoridad sanitaria y tri-

plicado para el cedente. La ley regula aquí quienes pueden adquirir estupefacientes y los registros especiales que deberán llevar.

- d) Despacho al público: Las preparaciones y especialidades medicinales que contengan estupefacientes incluidos en la lista I (excepto la resina de Cannabis, el concentrado de paja de adormidera y la Heroína) y los de la lista II que superen las concentraciones establecidas en la lista III, sólo podrán ser prescritos mediante recetas extendidas en formularios oficiales. El farmacéutico remitirá el duplicado a la autoridad sanitaria dentro de los ocho días y archivará el original durante dos años.

Los estupefacientes consignados en la lista III requieren receta médica manuscrita, fechada y firmada por el médico. El movimiento de estupefacientes se consigna en libro foliado y rubricado por la autoridad sanitaria.

El art. 3.º de la ley prohíbe la "producción, fabricación, exportación, importación, comercio y uso de los estupefacientes contenidos en la lista IV de la Convención Unica de 1961, con excepción de las cantidades estrictamente necesarias para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con estupefacientes que se realicen bajo vigilancia y fiscalización de la autoridad sanitaria".

3.2.2.1.3 Ley n.º 19.303

Sigue los mismos lineamientos de la Ley n.º 17.818 en cuanto a la fiscalización de la importación, exportación, elaboración y comercio interior. Respecto del despacho al público, los consignados en la lista II requieren el formulario oficial y los de las listas III y IV la receta archivada, manuscrita, fechada y firmada por el médico.

Con relación a los psicotrópicos incluidos en la lista I se prohíbe su importación, exportación, fabricación, fraccionamiento, circulación, expendio y uso, con excepción de las cantidades estrictamente necesarias para la investigación médica y científica.

3.2.2.2 Legislación Civil

3.2.2.2.1 Art. 152 bis del Código Civil

Incorporado al Código Civil, mediante la Ley 17.711, autoriza a inhabilitar judicialmente a quienes por hacer uso de estupefacientes "estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio". Básicamente son de aplicación las normas sobre declaración de demencia y rehabilitación que resulten pertinentes.

Los inhabilitados no pueden disponer de sus bienes por actos entre vivos sin la conformidad

del curador, pero pueden otorgar por sí solos actos de administración, salvo los que el juez le limite en la sentencia teniendo en cuenta la circunstancia del caso.

3.2.2.2.2 Art. 482 del Código Civil

El texto incorporado por la Ley n.º 17.711 permite a las autoridades policiales, dando inmediata cuenta al juez, disponer la internación, previo dictamen del médico oficial, de las personas que por ser toxicómanas pudieran dañar su salud o la de terceros o afectar la tranquilidad pública.

Los jueces podrán, previa información sumaria y a pedido de las personas facultadas por la ley para solicitar la declaración de demencia, disponer la internación de toxicómanos en establecimientos adecuados debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden brindarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos.

3.2.2.3 Legislación Penal

3.2.2.3.1 Ley n.º 20.771 y Resoluciones (S.E.S.P.) n.º 162/74 y 845/75

El 3 de octubre de 1974 fue promulgada la Ley n.º 20.771 que, separada del Código Penal, tipifica en forma integral distintas conductas ilícitas relacionadas con "estupefacientes".

Las acciones incriminadas son:

- a) Sembrar, cultivar, guardar semillas, producir, fabricar, extraer, preparar, comerciar, distribuir, almacenar, transportar, entregar, suministrar, aplicar, facilitar a título gratuito, introducir al país o sacar de él estupefacientes sin autorización o con destino ilegítimo (pena de reclusión o prisión de tres a doce años y multa de \$1.000 a 200.000).
- b) Los que estando autorizados para realizar algunas de las acciones mencionadas en el acápite anterior, tengan estupefacientes en cantidades distintas de las autorizadas, los suministraren sin receta médica o en dosis que excedan la necesidad terapéutica o preparen compuestos naturales sintéticos u oficinales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes (igual pena pero con el agregado de una inhabilitación especial de cinco a doce años).
- c) El médico u otro profesional autorizado para recetar que prescribiere estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias (igual pena acápite b).
- d) Facilitar un lugar, aunque sea a título gratuito, para que en él se lleven a cabo algunas de las acciones mencionadas o para

que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes (pena de reclusión o prisión de tres a ocho años, multa de \$1.000 a 100.000 y eventualmente inhabilitación para ejercer el comercio).

- e) Inducir a otro a consumir; usar estupefacientes para preparar, facilitar, ejecutar u ocultar otro delito; preconizar o difundir publicamente el uso de estupefacientes; o utilizarlos en lugares expuestos al público o en lugar privado que tuviere probable trascendencia a terceros (pena de reclusión o prisión de tres a ocho años y multa de \$500 a 10.000).

Entre las circunstancias agravantes previstas figuran: cometer los hechos mediante violencia o engaño; hacerlo en perjuicio de menores de 18 años o de personas disminuidas psíquicamente; el tratarse el sujeto activo de un funcionario público encargado de la prevención o persecución de estos delitos o de un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales.

También se aumentará la pena cuando el delito se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicas.

Si bien el art. 6.º de la ley reprime con prisión de uno a seis años y multa de \$100 a 5.000 al que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados a uso personal, debe relacionarse esta disposición con el art. 9.º que obliga al juez a imponer una medida de seguridad curativa "cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes". Esta medida de seguridad "consistirá en un tratamiento de desintoxicación adecuado y los demás cuidados terapéuticos que requiera su rehabilitación", y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Esta norma penal utiliza en todo su texto la palabra "estupefaciente" pero deja su definición, es decir, la caracterización del objeto material del delito, a las autoridades sanitarias. En tal sentido establece que el término "estupefaciente" comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que la autoridad sanitaria nacional debe elaborar a este fin y actualizar periódicamente. En cumplimiento de esa disposición la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación dictó las Resoluciones n.º 162/74 y 845/75 mediante las cuales se considera como "estupefacientes" a los efectos de la ley penal alrededor de 130 sustancias.

3.2.2.3.2. Ley n.º 20.785

Esta ley que se refiere a los bienes que son objetos de secuestros en causas penales dispone con relación a los estupefacientes que "el juzgado determinará la repartición u organismo del Estado Nacional a que serán entregados" (art. 4 Inc. c).

**EPIDEMIOLOGIA DE LAS FARMACODEPENDENCIAS EN COLOMBIA.
UN ENFOQUE SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS FARMACODEPENDENCIAS
DENTRO DE LA COMUNIDAD. POLÍTICAS DE CONTROL SOBRE DROGAS**

DOUTORES MARIA TERESA
CAMARGO e PABLO MUÑOZ
GOMES (*)
(Colombia)

1. EPIDEMIOLOGIA DE LAS FARMACODEPENDENCIAS EN COLOMBIA

DRA. MARIA TERESA CAMARGO

El fenómeno de las farmacodependencias en Colombia ha sido tema de estudio de numerosos investigadores, quienes partiendo de diversas metodologías han tratado de llegar a un mejor conocimiento del problema. La gran discrepancia en las cifras obtenidas, debido tal vez a las diversas metodologías no nos ha permitido la comparabilidad de las mismas para poder estimar la verdadera prevalencia del problema en la población estudiantil del país.

No obstante lo anterior, dichos resultados han sido de gran interés ya que nos indicaban la existencia del problema en nuestro medio y parecía detectar a la población escolar como conglomerado de alto riesgo y por lo tanto prioritario para el establecimiento de medidas preventivas. Es bien sabido que ante la presencia de un problema de Salud Pública, tal como parece ser el consumo de las drogas psicoactivas, el diagnóstico inicial de la situación existente, debe ser obligadamente el primer paso si pretende establecer políticas preventivas, medir y evaluar su resultado para resolver o disminuir el problema.

Teniendo en cuenta estos planteamientos, la División de Salud Mental del Ministerio de Salud diseñó un estudio epidemiológico descriptivo, a fin de determinar la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas que producen dependencia en la población estudiantil de bachillerato en las ciudades de Bogotá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto, Cúcuta y Cartagena, a fin de obtener datos comparativos de estas 8 ciudades.

El método de la encuesta directa permite de una manera económica y rápida, cuantificar el problema y descubrir algunas de las variables que en forma multi-causal pueden estar involucradas en la génesis de las farmacodependencias, generando por lo tanto hipótesis para posteriores estudios analíticos.

La anterior metodología presupone la existencia de un instrumento confiable en alto grado, que en nuestro caso fué un formulario ya debidamente probado y estudiado en 4.500 estudiantes en la ciudad de Medellín, para eliminar en lo posible las fuentes de error por parte del encuestado. Igualmente un muestreo que garantizara una determinada e igual probabilidad de participación para todos los elementos del estudio y una uniformidad en los criterios y técnicas empleadas por los encuestadores, con el propósito de lograr unidad metodológica.

No sólo se pretendió cuantificar el problema escolar de las ciudades mencionadas, sino a la vez buscar las variables involucradas en una posible asociación

(*) Maria Teresa Camargo, Psicóloga del Ministerio de Salud y Pablo Muñoz Gomes, Abogado del Ministerio de Justicia, ambos de la República de Colombia.

con el fenómeno, a la vez que tener un punto inicial de referencia para posteriores evaluaciones del proceso, y conocer las actitudes que nuestra juventud estudiantil tiene respecto a las sustancias psicoactivas.

Se debe anotar finalmente, que por el hecho de no tratarse de un estudio analítico, las posibles asociaciones antes mencionadas, no pretenderán ser de tipo causal y por lo tanto ninguna relación causa-efecto puede ser deducida de nuestra investigación.

OBJETIVOS

1. Cuantificar el uso de sustancias psicoactivas que producen dependencia en la población escolar de bachillerato de 8 ciudades colombianas.
2. Conocer las características de dicho consumo, según sexo, grupo étnico, estado civil, procedencia y residencia, nivel socio-económico, religión y rendimiento escolar.
3. Explorar algunas relaciones existentes entre el uso de estas sustancias con ciertas características familiares, sociales y personales de los encuestados.
4. Conocer ciertas modalidades en el consumo, tales como frecuencia, época de inicio, persona inductora, razones para su uso o su abstinencia, costo que representa tal consumo y fuentes proveedoras de las mismas.
5. Detectar las actitudes de los escolares al uso y al abuso de dichos psicofármacos.

UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo estuvo constituido por todos los estudiantes que durante el año de 1974 cursaron en cualquiera de las Instituciones docentes, privadas u oficiales, diurnas o nocturnas, de las 8 ciudades antes mencionadas, los años de bachillerato de Primero a Sexto.

Por las características especiales de la investigación fué necesario el diseño de una muestra tal que evitara dentro de los cursos escolares seleccionados, incluir sólo a algunos de los componentes del grupo, ya que ello podía despertar cierta prevención por parte de los escolares seleccionados al haber sido ellos y sólo ellos incluidos para la aplicación de la encuesta.

Por tal motivo, la muestra para la selección definió como elemento al escolar y como unidad de muestreo al grupo de escolares, siendo éste conformado o definido por todos los alumnos del curso respectivo.

A cada uno de los elementos seleccionados se les aplicó la encuesta en forma anónima en las propias aulas escolares, por estudiantes universitarios previamente entrenados para tal fin.

El formulario de encuesta se compuso de tres partes: la primera de ellas constituida por 18 preguntas indagaba por aspectos individuales y familiares del encuestado; la segunda con 6 preguntas investigaba específicamente sobre el consumo, frecuencia, modalidades y costos del consumo de las siguientes sustancias: alcohol, cigarrillo, estimulantes, barbitúricos e hipnóticos, marihuana, hongos, L.S.D., tranquilizantes, narcóticos, inhalantes y "otras sustancias".

La parte final formada por 9 preguntas detectaba actitudes y razones de los encuestados hacia el consumo de drogas.

A continuación presentamos un resumen de los resultados de la primera fase del estudio que comprende las ciudades de Bogotá, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla.

TABLA No. 1

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACION ESCOLAR — COLOMBIA

	USO OCASIONAL		ALTO CONSUMO	
	Numero	Tasa x 1.000	Numero	Tasa x 1.000
Alcohol	7.563	763	381	39
Cigarrillos	5.489	554	1.916	193

EDAD DE LOS CONSUMIDORES

En la tabla No. 2 se aprecia la prevalencia del consumo de tranquilizantes, marihuana, estimulantes, barbitúricos en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga y Medellín.

TABLA No. 2

PREVALENCIA DE CONSUMO EN HOMBRES SEGUN EDAD DE LAS 4 PRIMERAS SUSTANCIAS ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS — 1974. TASAS X 1.000

Edad	Sustancias	CIUDADES			
		Bogota	B/Quilla	B/Manga	Medellin
10-14	Tranquilizantes	130.0	150.0	210.0	60.0
	Marihuana	30.0	25.0	15.0	150.0
	Estimulantes	15.9	6.0	3.0	40.0
	Barbitúricos	10.0	10.0	3.0	20.0
15-19	Tranquilizantes	140.0	230.0	240.0	300.0
	Marihuana	150.0	210.0	100.0	230.0
	Estimulantes	40.0	70.0	35.0	60.0
	Barbitúricos	20.0	40.0	20.0	80.0
20-24	Tranquilizantes	160.0	340.0	250.0	380.0
	Marihuana	155.0	305.0	120.0	280.0
	Estimulantes	35.0	190.0	20.0	100.0
	Barbitúricos	20.0	80.0	35.0	120.0
25 y +	Tranquilizantes	380.0	310.0	660.0	500.0
	Marihuana	40.0	230.0	330.0	480.0
	Estimulantes	40.0	150.0	—	240.0
	Barbitúricos	40.0	80.0	—	260.0

Es importante anotar la edad temprana en la que se inicia el uso de droga en nuestros jóvenes. El consumo es ascendente hasta la edad de 20-24 años. Las sustancias más utilizadas son los tranquilizantes que tienen su máxima expresión en el grupo de 25 años y más. Le siguen los usuarios de marihuana con una tendencia similar. Podría decirse que las tasas para el grupo de 25 años y más son menores en algunas sustancias debido al pequeño número de estudiantes com-

prendido en este grupo de edad, lo que puede distorsionar los resultados para dicho grupo.

Tal como se aprecia en la tabla No. 3, el consumo de sustancias en mujeres según la edad, sigue en orden ascendente, encontrándose los menores consumos en el grupo de 10-14 años. Para este sexo a excepción de los tranquilizantes, el consumo de sustancias para la edad 25 años y + es bajo o desaparece, por las mismas razones expuestas para los hombres.

TABLA No. 3

PREVALENCIA DE CONSUMO EN MUJERES SEGUN EDAD, DE LAS 4
PRIMERAS SUSTANCIAS ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS — 1974.
TASAS X 1.000

Edad	Sustancias	CIUDADES			
		Bogota	B/Quilla	B/Manga	Medellin
10-14	Tranquilizantes	190.0	180.0	325.0	250.0
	Marihuana	20.0	20.0	20.0	50.0
	Estimulantes	15.0	10.0	25.0	20.0
	Barbitúricos	5.0	10.0	10.0	10.0
15-19	Tranquilizantes	280.0	300.0	370.0	350.0
	Marihuana	50.0	90.0	20.0	80.0
	Estimulantes	40.0	55.0	40.0	40.0
	Barbitúricos	10.0	20.0	10.0	15.0
20-24	Tranquilizantes	130.0	260.0	525.0	330.0
	Marihuana	120.0	40.0	50.0	130.0
	Estimulantes	75.0	110.0	105.0	60.0
	Barbitúricos	—	40.0	—	70.0
25 y +	Tranquilizantes	375.0	285.0	750.0	580.0
	Marihuana	—	—	—	—
	Estimulantes	—	140.0	—	—
	Barbitúricos	—	—	250.0	—

Los tranquilizantes ocupan el primer lugar general de consumo, seguidos por la marihuana.

CONSUMO DE ACUERDO A LA VARIABLE SEXO

En la tabla No. 4 se aprecia el consumo general de psicoactivos entre escolares colombianos según sexo. Es notable la alta tasa de prevalencia que presenta Bucaramanga 650 x 1.000, lo cual dá diferencias más significativas respecto a las otras ciudades. Tanto en Bogotá como en Bucaramanga el consumo de psicoactivos es mayor en mujeres, siendo más significativa la diferencia en esta última.

TABLA No. 4

PREVALENCIA DE CONSUMO GENERAL DE PSICOACTIVOS ENTRE
ESCOLARES COLOMBIANOS SEGUN SEXO 1972-1974,
TASAS X 1.000

Sexo	CIUDADES			
	Medellin	Bogota	B/Quilla	B/Manga
Hombres	450.0	400.0	395.0	600.0
Mujeres	410.0	410.0	370.0	700.0
Ambos sexos	430.0	410.0	380.0	650.0

En la tabla No. 5 se aprecia el ALTO CONSUMO. Las tasas más altas se obtienen en Medellín con 170 x 1.000. El mayor consumo de psicoactivos es evidente en los hombres de las 4 ciudades.

TABLA No. 5

PREVALENCIA DE ALTO CONSUMO DE PSICOACTIVOS SEGUN SEXO ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS 1972-1974. TASAS X 1.000

Sexo	CIUDADES			
	Medellin	Bogota	B/Quilla	B/Manga
Hombres	170.0	45.0	60.0	45.0
Mujeres	40.0	40.0	40.0	30.0
Ambos sexos	120.0	42.0	50.0	37.0

CONSUMO DE ACUERDO A LA VARIABLE CLASE SOCIO-ECONOMICA

En cuanto a la relación entre el nivel socio-económico y el consumo general de psicofármacos, la tabla No. 6 nos muestra una prevalencia mayor a medida que se asciende en la escala social. Este resultado es similar al reportado en estudios realizados en otros países.

En promedio para las 8 ciudades la clase alta tiene una prevalencia de 400 x 1000, la clase media 380 x 1000 y la clase baja es de 340 x 1000.

En general se considera un problema de los status medio, medio-alto y alto, grupos en los que influyen en mayor medida los medios de comunicación; más facilidades de viajes y mayor poder de compra.

TABLA No. 6

PREVALENCIA DE CONSUMO GENERAL DE PSICOACTIVOS SEGUN CLASE SOCIO-ECONOMICA ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS — 1974. TASAS X 1.000

Ciudades	CLASE SOCIO ECONOMICA		
	Alta	Media	Baja
Bogota	350.0	310.0	260.0
Barranquilla	440.0	440.0	340.0
Bucaramanga	590.0	440.0	420.0

VARIEDAD DE SUSTANCIAS UTILIZADAS

La tabla No. 7 muestra como las cifras de consumo más alto en cada ciudad están dadas por los tranquilizantes. En Bogotá, después de los tranquilizantes (184 x 1000) sigue la marihuana con un 73.5 x 1000. Para Barranquilla: a la cifra de tranquilizantes 226 x 1000 sigue la marihuana 118 x 1000 y para Bucaramanga siguen a los tranquilizantes 289 x 1000 la de "otras" 208 x 1000, desplazando a la marihuana a un tercer lugar 50 x 1000. Es de anotar la similitud entre las cifras de Barranquilla y Medellín para la mayoría de las sustancias investigadas. Estas dos sustancias: los tranquilizantes y la marihuana han sido reportadas por diversos autores colombianos como las más utilizadas, pero en particular los tranquilizantes. Otros estudios extranjeros refuerzan lo anterior, no así en otras investigaciones en donde la sustancia más utilizada es la marihuana con diferencias estadísticamente significativas respecto a los tranquilizantes.

TABLA No. 7

PREVALENCIA DE CONSUMO DE CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS
INVESTIGADAS ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS
TASAS X 1.000

Sustancia	CIUDADES			
	Bogota	B/Quilla	B/Manga	Medellin
Tranquilizantes	184.0	226.0	289.0	254.0
Marihuana	73.5	118.5	50.0	170.0
Otras	44.0	72.0	208.0	83.0
Estimulantes	32.5	50.5	29.0	51.0
Inhalantes	20.5	25.0	34.0	25.0
Barbitúricos	13.5	27.0	15.0	98.0
Hongos	12.0	32.0	7.0	35.0
Narcóticos	8.0	11.0	7.0	16.0
L.S.D.	7.5	20.0	3.0	18.0

TABLA No. 8

PREVALENCIA DE ALTO CONSUMO DE CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS
INVESTIGADAS ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS. TASAS X 1.000

Sustancia	CIUDADES			
	Bogota	B/Quilla	B/Manga	Medellin
Tranquilizantes	11.0	15.0	12.0	27.0
Marihuana	12.0	19.0	6.5	50.0
Otras	6.0	10.0	10.5	5.0
Estimulantes	5.0	9.0	3.5	7.0
Inhalantes	2.0	1.5	2.0	1.0
Barbitúricos	1.0	4.0	1.0	6.0
Hongos	1.5	3.0	1.0	1.0
Narcóticos	0.5	3.0	1.0	2.0
L.S.D.	0.7	3.0	—	3.0

CONSUMO DE PSICOACTIVOS SEGUN EL LUGAR DE PROCEDENCIA

El consumo de drogas psicoactivas al igual que en los países industrializados, se caracteriza por ser un problema de tipo urbano. La tabla No. 9 nos muestra como los escolares procedentes de áreas urbanas tienen mayores tasas de prevalencia que aquellos provenientes del área rural.

TABLA No. 9

PREVALENCIA DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS ENTRE ESCOLARES
COLOMBIANOS SEGUN PROCEDENCIA — 1974. TASAS X 1.000

Sustancias	PROCEDENCIA	
	Urbana	Rural
Estimulantes	38.0	24.0
Barbitúricos	19.0	—
Marihuana	85.0	24.0
L.S.D.	11.0	9.5
Hongos	18.0	5.0
Tranquilizantes	228.0	178.0
Narcóticos	9.0	5.0
Inhalantes	26.0	24.0
Otras	90.0	53.0

Al emigrante y sus descendientes se les presenta una crisis de normas y valores al confrontar su cultura tradicional con la cultura urbana.

La conducta desviada, en este caso la farmacodependencia se puede interpretar como un intento de resolver conflictos de valores, en la adaptación a un medio problemático.

MOTIVACIONES PARA JUSTIFICAR EL USO DE PSICOACTIVOS

Las principales respuestas dadas por los jóvenes respecto a la razón por la cual utilizan drogas, se resume en la tabla No. 10. Encontrándose que la "curiosidad" es el móvil principal, ya que se encuentra en el 40% de los encuestados. Este dato coincide con lo encontrado en una investigación efectuada en Santo Domingo, en la que se reporta que el 30.8% de los encuestados consume por "imitación y entrar en la moda". En México se encuentra que el 34.8% de los usuarios admiten su uso "para tener nuevas sensaciones". Todas estas respuestas se relacionan entre sí, mostrando como la curiosidad, el snobismo y la propaganda nociva convierten el uso de sustancias psicoactivas en un valor deseable. Estas razones explican el fenómeno "moda" ya que la curiosidad es característica del "experimentador" que quiere explorar el mundo que su grupo de amigos comparte.

Este factor es además una de las características más importantes durante la etapa de desarrollo del adolescente.

El 25% aduce razones de uso "para disminuir las preocupaciones", implica una búsqueda a través de la huida, la evasión, tratando de superar las limitaciones que el medio ambiente o su propia personalidad imponen.

Se destacan así las características más relevantes del farmacodependiente como son la dependencia y la baja tolerancia a las frustraciones.

TABLA No. 10

RAZONES DADAS POR LOS CONSUMIDORES DE PSICOACTIVOS PARA JUSTIFICAR EL USO — BOGOTA, BARRANQUILLA Y BUCARAMANGA, 1974

RAZONES	%	No.
Por curiosidad	1.559	40.0
Para disminuir preocupaciones	980	25.0
Para disminuir timidez	206	5.0
Para estudiar y aprender mejor	185	4.8
Para conocerse mejor uno mismo	181	4.5
Para ser mejor aceptado por el grupo	171	4.0
Para facilitar la amistad con los demás.	148	3.8
Para estimular los sentidos	132	3.0
Para imitar a otros	128	3.0
Para aislarse del mundo	79	2.0
Para protestar contra la sociedad	75	1.9
Para mejores experiencias sexuales	44	1.0

CARACTERISTICAS FAMILIARES DEL FARMACODEPENDIENTE

La familia, por ser el grupo de referencia básico del individuo, influye significativamente en la formación de su personalidad y en su socialización, lo cual, redundará en su integración social y por consiguiente, es un factor importante para favorecer o no la predisposición a la farmacodependencia.

Se estudió la relación que podría existir entre el hecho de vivir el joven en la casa con sus dos padres y vivir en otros lugares. (apartamentos, hoteles, internato, residencia estudiantil, etc.), encontrándose (véase tabla No. 11) que las mayores tasas de prevalencia se encuentran en los jóvenes que viven en "otros lugares" diferentes a la residencia de los padres.

Diferencia que es estadísticamente significativa. Denotando la importancia que el control social por parte de figuras representativas tiene para el joven. Iguales resultados son reportados en dos investigaciones llevadas a cabo en México. Pero no sólo es importante la presencia de autoridad para moldear la personalidad del joven, sino la calidad de las relaciones, las características afectivas que dichas figuras tengan.

TABLA No. 11

PREVALENCIA DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS DE ACUERDO AL LUGAR DE RESIDENCIA ENTRE COLOMBIANOS ESCOLARES — 1974. TASAS X 1.000

Lugar de residencia	CIUDADES		
	Bogota	B/Quilla	B/Manga
En casa de los dos padres	293.0	373.0	364.0
En otros lugares	443.0	516.0	437.0

TABLA No. 12

PREVALENCIA DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS DE ACUERDO AL GRADO DE COMUNICACIONES CON LOS PADRES ENTRE ESCOLARES COLOMBIANOS 1974. TASAS X 1.000

Intercomunicación con los padres	CIUDADES		
	Bogota	B/Quilla	B/Manga
Frecuentemente	293.0	356.0	448.0
Nunca	306.0	422.0	479.0

Uno de los aspectos básicos en la integración familiar es la comunicación que los diferentes miembros de la familia mantienen; esta situación se representa en la tabla No. 12, en la que se muestra como una comunicación frecuente entre padres e hijos produce una menor prevalencia del consumo de drogas por parte de los jóvenes. Igual resultado se encontró en la investigación realizada en Santo Domingo, anteriormente citada.

Otros estudios han demostrado que existe una relación entre el empleo "terapéutico" de fármacos psicoactivos por los padres y el consumo ilícito de drogas por los hijos, en que el modelo parental aportado por los padres influye poderosamente en el problema. A través de la familia, la sociedad ejerce control sobre el individuo, transmitiéndole las crisis por las que ella atraviesa. Si las Instituciones pierden importancia ante los grupos e individuos, su influencia disminuye para que acepte normas y valores tradicionales, el control social es menor y por lo tanto el comportamiento desviado se presenta con mayor facilidad.

2. UN ENFOQUE SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS FARMACODEPENDENCIAS DENTRO DE LA COMUNIDAD

En el diagnóstico que de la situación de salud hacen los primeros planes de desarrollo, la comunidad no tiene la forma de una propuesta consciente y de participación en los programas de salud.

En cambio en este momento, los planificadores en salud, han llegado a la conclusión que para lograr dentro del desarrollo nacional la meta que le corresponde a la salud, debe organizarse la comunidad, propiciar su crecimiento, que asuma la responsabilidad de la salud como un derecho en beneficio propio y de la sociedad total.

En el campo de la salud mental, la psiquiatría comunitaria está haciendo el planteamiento de ir a la comunidad, de salirle al encuentro a la enfermedad en su camino, a que sea la comunidad la que ayude a buscar los candidatos a farmacodependientes, antes de que sean ellos los que se autoelijan como tales y sobre todo, antes de que lleguen al Hospital o al Centro de Farmacodependientes, en donde el manejo terapéutico es más difícil y el costo de la misma más elevado.

El trabajo en los programas de salud con la comunidad es un trabajo ante todo preventivo y por lo tanto educativo; en la comunidad siempre ocurre que existe una infraestructura social — como llaman los politicólogos a las organizaciones grupales — aprovechable, organizaciones de una y otra índole, hasta donde llegarán los programas estatales que comprometan a los miembros en la toma de conciencia de lo necesario de la salud mental en el funcionamiento de una sociedad.

La educación debe replantearse en una forma más eficaz. A través de las organizaciones existentes, se debe promocionar al joven en tareas de responsabilidad comunitaria.

Es esta una sociedad de niños y de adultos, pero en dónde está el joven?

El adulto no le permite al joven participar, aunque al mismo tiempo se digan frases como: "el futuro de un país está en los jóvenes", es crear expectativas ante un grupo en desarrollo, con capacidades críticas y conscientes de una responsabilidad social, que si ahora no la tienen por diferentes razones, debe dárseles a través de una educación.

La inquietud del trabajo con una comunidad es reciente; pero se observa y lo sentimos así quienes trabajamos en programas estatales en beneficio público, el convencimiento de que sólo a través de la participación consciente de la gente con quien trabajamos, lograremos niveles de eficacia más altos, que el trabajo realizado de manera tradicional, es decir, llevando programas a la gente, que ellos no an pedido y no han buscado en forma participante y consciente.

Para encarar las farmacodependencias y el alcoholismo y entrar la proyección en el orden social de las mismas, brevemente habrá que hacer alguna alusión a ese orden social llamado civilización y al tipo de cultura que fomenta.

Cada generación debe en forma responsable y consciente inventar o recrear de alguna manera su civilización y su cultura, es decir, superar las condiciones de la misma.

Si tomamos en cuenta algunas de las condiciones que entran en juego en la decadencia de una civilización y su cultura con un fenómeno como el de las farmacodependencias, como la llamada decadencia social, traducida en la falta de solidaridad, en la violencia, consecuencia del derrumbe de las fuentes tradicionales de la disciplina social y en la incapacidad de la cultura para crear nuevos valores, cuestionar los procesos de desarrollo y ofrecer sobre todo a la niñez y a la juventud alternativas.

Los medios tradicionales de socialización como la familia y los procesos de educación formal deben replantearse en tal forma que su acción sea más eficaz, sin llegar a mirar a la familia como un factor causal por sí misma de este fenómeno, pero sí como una institución que refleja todos los valores y transiciones de una sociedad y que repite para el niño el esquema socializador. Es así como las situaciones que se dan dentro de esta Institución, tales como el llamado "conflicto generacional" no es explicable por la época. Si hiciéramos un cuidadoso estudio de la historia, en el análisis de esta institución se nos evidenciaría como un proceso decadente que llama hacia una nueva respuesta, teniendo en cuenta que el valor del conflicto reside en lo que la juventud es y significa, y en su valor recreador dentro de una cultura. La situación se torna más difícil cuando vemos que la juventud no tiene poder, que nos hemos conformado con concepciones psicológicas de "etapa de transición", olvidando su capacidad renovadora, cuestionante y el mismo valor de su rebeldía.

Insistimos en que no es tanto la circunstancia temporal lo que caracteriza el conflicto familiar, aún más, creemos que la transición en las actuales sociedades tiene una influencia psicológica menos brusca en la familia actual. Si tenemos en cuenta la evolución de la familia desde la horda primitiva.

El problema de las farmacodependencias como otros problemas que golpean nuestra sociedad y que sensiblemente afectan a la niñez y a la juventud tienen como causas responsables situaciones sociales muy profundas por lo que habremos de enmarcarlas dentro de un replanteamiento de los valores de nuestra civilización y cultura.

Pensamos que la única manera de prevenir las farmacodependencias es emprender actividades con la comunidad que lleven a estos niños y jóvenes aquellos valores en donde se forma el esfuerzo constructivo, la solidaridad, la valía de la persona misma y no en el status social y económico, y menos aún en la capacidad de consumo.

Ahora bien, el sistema educacional como una institución formal socializadora debe a su vez replantear sus objetivos de acuerdo al desarrollo social y económico de un país. La educación no puede ser estática ni puede basar su responsabilidad en un conocimiento de textos independiente de una realidad social. Su responsabilidad debe trascender mas allá, propiciando la capacidad crítica y responsable de los jóvenes siendo más participante por parte de ellos y menos académica. Sus

contenidos deben proporcionar y promocionar la capacidad crítica, el dinamismo del joven en una experiencia más totalizante como ser responsable dentro de una sociedad. Mucho más aún si reconocemos el que la educación es parte importante en la transformación de la sociedad y del hombre.

Es en este campo en donde las acciones de un proceso preventivo tienen uno de sus más fuertes pilares.

3. POLÍTICAS DE CONTROL SOBRE DROGAS

DR. PABLO MUÑOZ GOMES

Aspecto Legal

A. Sobre este tema debe mencionarse como marco de referencia el Decreto n.º 1188 de 1974, dictado por el gobierno Nacional en base a las facultades que para ese efecto le conferió el congreso de la República por medio de la Ley 17 de 1973.

Por este decreto se expide el Estatuto Nacional de Estupeficientes y esta es una norma cuadro, general, que abarca en el campo normativo los distintos aspectos, tales como las definiciones, principios generales, campañas publicitarias y educativas, campañas contra el alcohol, control de la producción y mercado de sustancias que producen dependencias, delitos y contravenciones, procedimiento para la destrucción de tales sustancias, y normas sobre tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes.

Mención especial merece el Consejo Nacional que esa norma crea, como entidad que al más alto nivel administrativo formula la política, planes y programas que debe ejecutar el gobierno colombiano sobre estos asuntos. Esta presidido por el Ministro de Justicia, adscrito a ese ministerio e integrado también por los Ministros de Salud y Educación, Procurador General de la Nación, el jefe del departamento de seguridad nacional y los directores de la Policía y aduana nacionales y del Instituto de Bienestar Familiar.

B. Posteriormente se dictó el Decreto 1514 de 1975 y allí se dispone que los objetos, elementos y medios de transporte que fueren decomisados a quienes se aprese por comisión de delitos tipificados en el Decreto 1188 serán destinados por el Consejo Nacional de Estupeficientes a campañas que entidades gubernamentales están efectuando para represión del tráfico ilícito de drogas; también se considera la posibilidad de rematar tales bienes para aprovechar en esas campañas el dinero resultante. Por lo menos el 30% de los fondos así logrados, deben destinarse en exclusividad a campañas sanitarias de prevención de producción y consumo de drogas y sustancias que crean dependencia.

C. En abril de 1976, se dictó el Decreto n.º 701, reglamentario del Decreto 1188 y en virtud del cual se determinó que en cuanto a la marihuana, "siempre que no se demuestre que se trata de una dosis terapéutica o que sea imposible determinar mediante los criterios científicos anotados, la **dosis personal** del sujeto se tendrá conforme a la siguiente tabla:

Marihuana hierba hasta 28 gramos, y

Marihuana hachis hasta 10 gramos."

El Decreto 1188 de 25 de julio de 1974, por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupeficientes, es el siguiente:

DECRETO N.º 1188 DE 1974

(25 Junio)

Por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupeficientes

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, en uso de sus facultades legales y en especial de las extraordinarias que le confiere la Ley 17 de 1973 y oído el concepto del Comité previsto en la misma,

Decreta:

CAPITULO I

PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1º — Las palabras y expresiones empleadas en este Estatuto se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas; pero cuando el legislador las haya definido expresamente para ciertas materias, se les dará en estas su significado legal.

Para la interpretación del presente Estatuto, las definiciones contenidas en el mismo, serán preferidas a cualesquiera otras que el legislador haya dado.

Artículo 2º — Las expresiones “Estatuto” y “Consejo”, empleadas sin calificativos, hacen referencia a este Decreto y al Consejo Nacional de Estupefacientes.

Artículo 3º — Se entiende por “Fármaco” o “droga” toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones.

Artículo 4º — Entiéndese por “drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica”, aquellas que introducidas al organismo vivo, poseen una acción sicotóxica que se manifiesta por alteración del comportamiento del individuo, y que, además, deben ser objeto de fiscalización, según las Listas Oficiales de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 5º — “Dependencia” o “Farmacodependencia” es el estado personal ocasionado por la ingestión de fármaco o droga por cualquier vía, en forma periódica o continua.

“Dependencia física”, es un estado de adaptación a una droga o sustancia que crea la necesidad orgánica de ella.

“Dependencia síquica”, es el hábito compulsivo al uso de una droga o sustancia.

Artículo 6º — “Dosis personal”, es la cantidad de fármaco o droga que ordinariamente una persona ingiere, por cualquier vía, de una sola vez, y “dosis terapéutica”, la que el médico normalmente prescribe al paciente.

Artículo 7º — “Plantación” es una pluralidad de plantas en proceso de desarrollo de las que pueden extraerse drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.

CAPITULO II

CAMPAÑAS PUBLICITARIAS Y PROGRAMAS EDUCATIVOS

Artículo 8º — Toda campaña publicitaria tendiente a desestimular la producción, el tráfico y el consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública, directamente o a través de las entidades que le están adscritas.

Artículo 9º — Las campañas a que se refiere el artículo anterior deben contener únicamente información científicamente válida y adaptarse a los destinatarios de los respectivos programas publicitarios.

Artículo 10 — Sesenta días después de la vigencia del presente Estatuto, todas las radiodifusoras y canales de televisión que operen en el País deberán transmitir cuñas destinadas a combatir el tráfico y consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, con la duración y periodicidad que determine el Ministerio de Salud Pública, de común acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones al cual corresponderá vigilar el cumplimiento de esta disposición.

Las cuñas podrán ser elaboradas directamente por las radiodifusoras y canales de televisión, pero deberán ser sometidas al Ministerio de Salud Pública para su aprobación. Si las radiodifusoras y canales de televisión así lo prefieren el Ministerio les entregará cuñas previamente elaboradas.

Las transmisiones a que se refiere este artículo se harán en forma gratuita.

Artículo 11 — Los programas de educación primaria y secundaria incluirán información sobre los riesgos de las farmacodependencias en la forma que determine el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 12 — El Consejo Nacional de Estupefacientes auspiciará, en coordinación con el Consejo Nacional de Salud Mental, la creación y funcionamiento de comités cívicos contra el consumo y tráfico de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.

CAPITULO III

CAMPAÑAS CONTRA EL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS DE USO LICITO

Artículo 13 — Las bebidas alcohólicas sólo podrán expendirse a personas mayores de 18 años.

Artículo 14 — En ningún caso podrán trabajar ni permanecer en establecimientos donde se expendan bebidas alcohólicas, personas menores de 18 años.

Artículo 15 — Dentro del año siguiente a la vigencia del presente Estatuto, los reglamentos de policía local deberán señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento de establecimientos donde se expendan bebidas alcohólicas.

Artículo 16 — Noventa días después de la vigencia del presente Estatuto, toda bebida alcohólica nacional o extranjera, destinada para el consumo interno del país debe contener en sitio visible de su etiqueta la leyenda "El alcohol es una sustancia perjudicial para la salud".

Artículo 17 — Toda bebida alcohólica, nacional o extranjera, destinada al consumo interno del País, deberá incluir en sitio visible la indicación de su grado de contenido alcohólico y su composición química, conforme lo determine el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 18 — Noventa días después de la vigencia del presente Estatuto, todo empaque de cigarrillos o de tabaco, nacional o extranjero, destinado al consumo interno del país, debe contener en sitio visible de su etiqueta la leyenda "El tabaco es nocivo para la salud".

Artículo 19 — No se autorizará la venta de licores, cigarrillos y tabacos que no contengan las leyendas prescritas en los artículos 16 y 18 de este Estatuto.

Artículo 20 — Los canales de radio y televisión y los cinematógrafos que operan en el País, sólo podrán transmitir propaganda de bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabacos en los horarios y con la intensidad que determine el Ministerio de Salud Pública, de común acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones al cual corresponderá vigilar el cumplimiento de esta disposición.

Artículo 21 — Los Ministerios de Salud Pública y de Educación Nacional elaborarán material para el uso de campañas publicitarias y de cursos educativos que busquen combatir el tráfico y consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, y desestimular el uso de bebidas alcohólicas y de cigarrillos o tabacos.

CAPITULO IV

CONTROL DE FABRICACION Y DISTRIBUCION DE SUSTANCIAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA FISICA O SIQUICA

Artículo 22 — Asignase al Ministerio de Salud Pública las siguientes funciones:

- a) Importar y vender, conforme a las necesidades sanitarias y a las normas contenidas en el presente Estatuto, materias primas y sustancias para la fabricación de drogas y productos que ocasionen dependencia física o síquica.
- b) Adquirir los productos que con base en tales sustancias se elaboren en el País en forma de medicamentos.

- c) Exender a las entidades previstas en el artículo 26, las sustancias, productos y especialidades que se encuentren incluidas en las listas I, II, III y IV de la Convención Unica de Ginebra de 1961 sobre Estupefacientes, o en las que elabore el Ministerio de Salud Pública.
- d) Ejercer control sobre la fabricación y expendio al público de las sustancias señaladas en el ordinal anterior.
- e) Llevar un fichero de productos en el cual se anoten las entradas, salidas y existencias, así como las estadísticas comparativas de las necesidades oficiales y particulares.
- f) Conocer en segunda instancia de las resoluciones que dicten los Jefes de Control de Drogas y Municipales, a que se refiere el decreto 1528 de 1964, en los casos en los cuales los actos ejecutados por los transgresores no caigan bajo las sanciones contempladas en los Capítulos V y VI del Estatuto.

Artículo 23 — Sólo el Gobierno Nacional, por conducto del Ministerio de Salud Pública, podrá importar drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.

Artículo 24 — El Fondo Rotatorio de Estupefacientes de que trata la Ley 36 de 1939, estará encargado de realizar las operaciones financieras para la importación, exportación, adquisición y venta de drogas, materias primas y sustancias que producen dependencia física o síquica.

Con cargo a sus recursos, el Fondo financiará programas de prevención, control y asistencia en materia de farmacodependencias, conforme a las políticas que señale el Consejo Nacional de Estupefacientes.

Artículo 25 — Las importaciones a que se refieren los artículos anteriores se efectuarán amparadas por los certificados expedidos oficialmente por Colombia, contra los correlativos de exportación facilitados por el país de donde proceden las sustancias, y con sujeción a los cupos señalados por el Consejo Internacional de Estupefacientes de Ginebra, o por la entidad que haga sus veces.

Artículo 26 — El Ministerio de Salud Pública suministrará las sustancias, materias primas y drogas que producen dependencia física o síquica, a los laboratorios, instituciones sanitarias oficiales o particulares, centros de investigación, farmacias y droguerías que con tal fin se inscriban en el Ministerio, conforme a la reglamentación que éste expida.

Artículo 27 — Las fábricas y laboratorios que elaboren drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, no podrán tener existencia de materias primas distintas de las que suministre el Ministerio de Salud Pública. Los productos terminados serán vendidos al Fondo Rotatorio de Estupefacientes a medida que se elaboren.

Artículo 28 — Las entidades sanitarias oficiales harán sus pedidos de productos farmacéuticos mediante oficio autorizado por el Jefe del respectivo servicio de Salud Pública.

Artículo 29 — Los laboratorios que preparen especialidades farmacéuticas que contengan drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, rendirán informes al Ministerio de Salud Pública con los datos de las materias primas recibidas, y los medicamentos preparados.

Artículo 30 — Las farmacias y droguerías no podrán tener en existencia especialidades farmacéuticas que contengan drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica en cantidad notoriamente superior a la requerida de acuerdo con la demanda normal, a juicio del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 31 — Los establecimientos sanitarios, oficiales o privados, las farmacias y droguerías deberán estar provistas de un libro de control de drogas y sustancias que producen dependencia física o síquica conforme a las disposiciones que expida el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 32 — La prescripción de preparados en cuya composición entren drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica en dosis terapéutica, habrá

de hacerse entre formularios oficiales diseñados para el efecto, los cuales serán suministrados a los médicos por conducto de los servicios de salud departamentales o municipales.

Artículo 33 — Los médicos que traten enfermos que requieran el uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, en dosis superiores a las terapéuticas, tienen la obligación de comunicarlo a las respectivas autoridades de salud suministrando los siguientes datos: nombre del enfermo, edad, estado civil, nacionalidad, domicilio, antigüedad en el uso de las sustancias, naturaleza de éstas, así como la dosis diaria que el paciente necesite.

Artículo 34 — El Ministerio de Salud Pública llevará un registro de farmacodependientes, el cual contendrá todos aquellos datos necesarios para apreciar, en cualquier momento, la progresión de este fenómeno en el territorio nacional.

Este registro será confidencial y únicamente se utilizarán los datos en él contenidos para impedir el tráfico ilícito.

Artículo 35 — Todas las fábricas, laboratorios, farmacias, droguerías y establecimientos sanitarios que mantengan, elaboren, usen o comercien con drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, quedan sometidos a la inspección y vigilancia del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 36 — La fabricación de jeringas y agujas hipodérmicas y su importación requieren autorización previa del Ministerio de Salud Pública; tales elementos sólo podrán expendirse en los establecimientos autorizados por aquél.

CAPITULO V

DELITOS

Artículo 37 — El que sin permiso de autoridad competente cultive o conserve planta de la que pueda extraerse marihuana, cocaína, morfina, heroína o cualquier otra droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, incurrirá en presidio de dos a ocho años y en multa de mil a cien mil pesos.

Artículo 38 — El que sin permiso de autoridad competente introduzca al país, así sea en tránsito, o saque de él, transporte, lleve consigo, almacene, conserve, elabore, venda, ofrezca, adquiera o suministre a cualquier título, marihuana, cocaína, morfina, heroína o cualquiera otra droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, incurrirá en presidio de tres a doce años y en multa de cinco mil a quinientos mil pesos.

Si la cantidad de drogas o sustancias que el sujeto lleva consigo corresponde a una dosis personal, se impondrá arresto de un mes a dos años y multa de doscientos a mil pesos.

Artículo 39 — La determinación de la dosis personal a que hace referencia el inciso 2º del artículo anterior deberá hacerse por peritación médico-legal, teniendo en cuenta la calidad y cantidad de la sustancia y la historia y situación clínicas del sindicado.

Artículo 40 — Sin perjuicio de lo dispuesto por los artículos 124 y 125 del Decreto Ley 522 de 1971 (Arts. 208, ordinal 5º, y 214, ordinal 3º del Código Nacional de Policía), quien destine muebles o inmuebles para que allí se use alguna de las drogas o sustancias a que se refiere el artículo 38, autorice o tolere en ellos tal uso, incurrirá en presidio de dos a ocho años.

Esta sanción se aumentará hasta en la mitad y se impondrá multa de cinco mil a cien mil pesos, si el agente se propusiere un fin de lucro.

Artículo 41 — El que en cualquier forma estimule o, sin permiso de autoridad competente, difunda el uso de droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, incurrirá en presidio de dos a ocho años.

Artículo 42 — El profesional o practicante de medicina, odontología, enfermería, farmacia, o de alguna de las profesiones auxiliares de la medicina que, en ejercicio de ellas, prescriba, suministre o aplique droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica para fines no terapéuticos o en cantidad superior a la necesaria, incurrirá en presidio de dos a ocho años.

Además de la sanción establecida en el inciso anterior, se impondrá la suspensión en el ejercicio de la profesión por un término de dos a ocho años.

Artículo 43 — La pena aplicable se aumentará hasta en las tres cuartas partes, en los siguientes casos:

- 1.º — Respecto de los artículos 37 y 38, cuando el agente realizare la conducta valiéndose de la actividad de menores de veintiún años, de enfermos o deficientes de la mente o de personas habituadas al uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.
- 2.º — Respecto de los artículos 37 a 42, cuando la conducta se realizare en relación con menores de veintiún años, con enfermos o deficientes mentales o con personas habituadas al uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, o cuando se realizare respecto de personas a quienes se inicie en el uso de tales drogas o sustancias.
- 3.º — Respecto de los artículos 37 y 38, de acuerdo con la cantidad y calidad de la planta, droga o sustancia, a juicio del juez.

Artículo 44 — Al que por negligencia incurra en alguna de las conductas reprimidas en los artículos 37 a 42 de este Estatuto, se le impondrá la sanción en ellos prevista, disminuída hasta en las tres cuartas partes.

Artículo 45 — El funcionario o empleado público o trabajador oficial bajo cuya custodia se encuentren drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, que en todo o en parte las sustraiga, oculte, retenga indebidamente o adultere, incurrirá en presidio de tres a doce años.

Artículo 46 — El funcionario o empleado público o el trabajador oficial que por culpa diere lugar a que se pierdan, extravíen o sean adulteradas drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, colocadas bajo su custodia, incurrirá en prisión de seis meses a dos años.

Artículo 47 — La autoridad competente para conceder los permisos a que hacen referencia los artículos 37, 38 y 41 es el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 48 — El conocimiento de los delitos a que se refiere este Estatuto corresponde en primeira instancia, en forma exclusiva, a los Jueces Penales y Promiscuos del Circuito.

Para su investigación se utilizará de preferencia personal especializado de policía judicial y Jueces de Instrucción Criminal, radicados o ambulantes.

Artículo 49 — El propietario del terreno en el que se cultiven las plantas a que se refiere el artículo 37, incurrirá en multa igual al valor del avalúo catastral del inmueble, a menos que demuestre que a pesar de haber puesto suma diligencia y cuidado en la vigilancia de su predio, no pudo tener conocimiento de la destinación ilícita del mismo.

Si el responsable de la conducta descrita en el artículo 37 fuere propietario del terreno donde se cultiven las plantas allí señaladas, la pena de multa a que tal norma se refiere será igual al avalúo catastral del inmueble.

Artículo 50 — Sin perjuicio de las sanciones aplicables por cualquiera de los delitos descritos en este capítulo, al propietario del inmueble utilizado para la fabricación o elaboración de droga o sustancia que produce dependencia física o síquica, se le impondrá multa igual al valor del avalúo catastral del respectivo inmueble, a menos que demuestre que a pesar de haber puesto suma diligencia y cuidado en la vigilancia de su bien, no pudo saber del uso ilícito del mismo.

Artículo 51 — Para hacer efectivas las sanciones previstas en los dos artículos anteriores, los inmuebles permanecerán fuera del comercio y constituirán garantía real del pago de la multa impuesta.

Artículo 52 — Los muebles, equipos y demás cosas donde se almacene, conserve, fabrique o elabore, venda o suministre a cualquier título marihuana, cocaína, morfina, heroína o cualquier otra droga o sustancia que produce dependencia física o síquica, al igual que los vehículos y demás medios de transporte utilizados para la comisión de los delitos descritos en este capítulo, serán decomisados y el Gobierno por Resolución Ejecutiva, podrá destinarlos al servicio oficial de la entidad que hizo el decomiso, o rematarlos. Los beneficios obtenidos se aplicarán a la represión del

tráfico de tales drogas o sustancias y a la asistencia de los farmaco-dependientes, bajo el control y vigilancia del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Excepcionalmente podrá ordenarse la devolución de los vehículos y demás medios de transporte a terceras personas que acrediten que a pesar de la suma diligencia y cuidado por ellas puestos, no pudieron conocer el destino ilícito dado a sus bienes.

Artículo 53 — Los Fiscales de los Juzgados del Circuito, vigilarán especialmente el curso de los procesos por los delitos de que trata este Estatuto, siguiendo las instrucciones que al efecto les imparta la Procuraduría General de la Nación, e informarán a ésta mensualmente del estado de cada uno de ellos.

CAPITULO VI

DE LAS CONTRAVENCIONES

Artículo 54 — Las radidifusoras y los adjudicatarios de los programas de televisión que omitan la transmisión de las cuñas a que se refiere el artículo 10, o no las transmitan con la duración o periodicidad legalmente fijadas, incurrirán en multas sucesivas de \$10.000.00 a \$50.000.00.

Artículo 55 — Los establecimientos de educación primaria y secundaria que no incluyan dentro de sus programas la información de que trata el artículo 11, incurrirán en multa de \$5.000.00 a \$20.000.00 y en suspensión de tres a doce meses de la licencia de funcionamiento.

Artículo 56 — A los fabricantes de bebidas alcohólicas que omitan en sus productos las leyendas a que se refieren los artículos 16 y 17, no se les expedirá licencia de fabricación, se les cancelará las que se les hubiere expedido y se les impondrá multa de \$10.000.00 a \$100.000.00.

Artículo 57 — El fabricante o importador de cigarrillos o tabacos que omita en sus empaques la leyenda prescrita en el artículo 18, incurrirá en multas sucesivas de \$10.000.00 a \$100.000.00.

Artículo 58 — El que fabrique, venda, distribuya o use leyenda, etiqueta o aviso con nombre o alusiones de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, incurrirá en multa de cien a dos mil pesos. La policía decomisará y destruirá tales leyendas, etiquetas o avisos.

Artículo 59 — Las farmacias y droguerías que tengan en existencia especialidades farmacéuticas que contengan drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica en cantidad superior a la autorizada, incurrirán en multa de \$5.000.00 a \$50.000.00.

Además de esta sanción, podrá también imponerse la de suspensión de la licencia de funcionamiento de tres a doce meses cuando el acto revista especial gravedad y en caso de reincidencia.

Artículo 60 — Las entidades o establecimientos sujetos a inspección y vigilancia, de conformidad con el artículo 35, que se opongan a ella o no presten la cooperación necesaria para la práctica de la misma, incurrirán en multa de \$5.000.00 a \$30.000.00 y en la suspensión de la licencia de funcionamiento de tres a doce meses.

Artículo 61 — El que fabrique o introduzca al país jeringas o agujas hipodérmicas sin la autorización previa del Ministerio de Salud Pública, incurrirá en multa de \$5.000.00 a \$50.000.00.

Artículo 62 — El que expendá jeringas o agujas hipodérmicas sin autorización legal, incurrirá en multa de \$500 a \$10.000.00.

Artículo 63 — El que, sin autorización legal, posea jeringa o aguja hipodérmica incurrirá en multa de \$500 a \$5.000.00.

Artículo 64 — En los casos previstos en los tres artículos anteriores se ordenará también el decomiso de las jeringas y agujas hipodérmicas y la suspensión de la licencia de funcionamiento a los establecimientos, por el término de tres a doce meses cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 65 — Para la investigación y fallo de las contravenciones descritas en este Capítulo, se seguirá el procedimiento señalado en el Capítulo XII del Título IV, Libro III, del Código Nacional de Policía (Artículos 295 a 331).

Corresponde a los Alcaldes y a los Inspectores de Policía que hagan sus veces, conocer en primera instancia de las contravenciones descritas en este Capítulo.

De la segunda instancia conocerán los Gobernadores de Departamento, Comisarios e Intendentes, y, en el Distrito Especial de Bogotá, el Consejo Distrital de Justicia.

Artículo 66 — El producido de las multas impuestas a los responsables de los delitos y contravenciones descritas en este Estatuto, pasará al Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud Pública y será destinado a los programas del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Artículo 67 — Cuando existan serios motivos para suponer que un extranjero que no posea visa diplomática o de residente, se encuentra vinculado a la producción, tráfico o consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, el Ministerio de Relaciones Exteriores o la autoridad correspondiente procederán a cancelar la visa, tarjeta de turismo o permiso, a solicitud de las autoridades de Policía Judicial.

La medida anterior se tomará sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar.

CAPITULO VII

DE LA DESTRUCCION DE LAS SUSTANCIAS INCAUTADAS

Artículo 68 — Las autoridades de Policía Judicial a que se refieren los artículos 285 y 287 del Código de Procedimiento Penal, destruirán las plantaciones de marihuana, coca, adormidera y demás plantas de las cuales puede extraerse droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, existentes en el territorio nacional, mediante el siguiente procedimiento:

- a) Se identificará pericialmente la plantación con el empleo de la Técnica científica adecuada;
- b) Se identificará el predio cultivado por sus linderos y el área aproximada de la plantación;
- c) Se anotarán el nombre y demás datos personales del propietario y del poseedor del terreno, cultivador, trabajadores y personas presentes en el lugar, y
- d) Se tomará muestra suficiente de las plantas, a juicio de los peritos, para ulteriores peritaciones.

De todos estos datos y de cualquiera otro interesante para la investigación se levantará un acta, suscrita por los funcionarios que en ella hayan intervenido y por el propietario, poseedor o cultivador del predio. En esta diligencia intervendrá, en lo posible, un Agente del Ministerio Público.

Suscrita el acta, se destruirá la plantación. El acta y la peritación, junto con el informe respectivo y las personas que hayan sido aprehendidas serán enviadas al Juez Instructor en la forma y términos señalados por los artículos 290 y 303 del Código de Procedimiento Penal.

La destrucción de la plantación también podrá ser ordenada y presenciada por el Juez Instructor.

Artículo 69 — El Gobierno Nacional promoverá explotaciones económicas alternas que faciliten la subsistencia de los indígenas y colonos que se hayan dedicado a la explotación de plantaciones de coca con anterioridad a la vigencia de este Estatuto.

Artículo 70 — Cuando la Policía Judicial decomise marihuana, cocaína, morfina, heroína, o cualquiera otra sustancia que produzca dependencia física o síquica, realizará sobre ella inmediatamente identificación pericial; precisará su cantidad y peso; señalará el nombre y demás datos personales de quienes aparecieren vinculados al hecho y describirá cualquiera otra circunstancia útil a la investigación,

todo mediante acta suscrita por los funcionarios que hubieren intervenido en la diligencia y por la persona o personas en cuyo poder se hubiere encontrado la droga o sustancia. Cuando esta diligencia se realice en zona urbana deberá ser presenciada por un Agente del Ministerio Público.

Artículo 71 — Dentro de los términos a que se refiere el artículo 290 del Código de Procedimiento Penal, el funcionario 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, diligencia de Inspección Judicial sobre la droga o sustancia en el sitio donde la haya depositado la Policía Judicial.

Una vez concluída la actuación, el Juez tomará muestra de la droga o sustancia decomisada y la enviará al Instituto de Medicina Legal para nueva peritación; enseguida ordenará y presenciará la destrucción del remanente y sentará el acta respectiva que suscribirán quienes en ella hayan intervenido.

Cuando no fuere posible identificar al autor de la infracción, la Policía Judicial, después de tomar y enviar al Instituto de Medicina Legal muestra de la droga o sustancia decomisada para su reconocimiento pericial y de sentar el acta a que se refiere el artículo anterior, procederá a destruirla. Esta diligencia será, en lo posible, presenciada por un Agente del Ministerio Público.

Artículo 72 — Las diligencias realizadas por los funcionarios de Policía Judicial a que se refieren los artículos anteriores, tendrá el valor probatorio señalado por el artículo 306 del Código de Procedimiento Penal.

Artículo 73 — Las unidades del Departamento Administrativo de Seguridad, de la Policía Nacional y de la Dirección General de Aduanas o de otra autoridad que ejerza funciones de Policía Judicial, que decomisen droga o sustancia que produce dependencia física o síquica, efectuarán en el momento del decomiso la identificación pericial de la sustancia.

Si la autoridad que realizare el decomiso no cuenta con el equipo técnico necesario para practicar la identificación pericial, enviará la sustancia decomisada a la unidad del Departamento Administrativo de Seguridad, de la Policía Nacional, de la Dirección General de Aduanas o del Instituto Seccional de Medicina Legal más cercana que disponga del equipo técnico adecuado.

Artículo 74 — Las muestras que se tomen para la peritación por las autoridades mencionadas en el artículo anterior, no podrán exceder de tres gramos por bolsa o recipiente unitario donde se halle contenida la sustancia. Excepcionalmente, y previo concepto pericial razonado, podrá tomarse muestra mayor.

Artículo 75 — Los excedentes de las muestras tomadas para la práctica de la prueba pericial serán enviados al Instituto de Medicina Legal de Bogotá, cuando las pruebas periciales sean practicadas por éste, los excedentes permanecerán en esa Institución.

En todo caso, los excedentes depositados en el Instituto de Medicina Legal de Bogotá, permanecerán a disposición del Juzgado del conocimiento hasta cuando se dicte sentencia de primera instancia, sobreseimiento definitivo o cesación de procedimiento, después de lo cual las sustancias podrán ser utilizadas para fines lícitos o destruídas, según lo disponga el Consejo Nacional de Estupeficientes.

Artículo 76 — Cumplidas las prescripciones del artículo 70, los funcionarios de Policía Judicial que decomisen marihuana o cualquiera otra droga o sustancia que produce dependencia física o síquica, la depositarán, dentro del término de la distancia y con las seguridades del caso, en las oficinas más cercanas del Banco de la República.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO Y REHABILITACION

Artículo 77 — El objetivo principal de las medidas sanitarias y sociales para el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes consistirá en procurar que el individuo se reincorpore como persona útil a la comunidad.

Artículo 78 — El Ministerio de Salud Pública incluirá entre sus programas la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependencias.

Artículo 79 — La creación y el funcionamiento de todo establecimiento público o privado destinado a la prevención, tratamiento o rehabilitación de farmacodependencias estarán sometidos a la autorización e inspección del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 80 — Las personas que, sin haber cometido, ninguna de las infracciones descritas en este Estatuto, estén afectadas por el consumo de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, serán enviadas a los establecimientos señalados en los arts. 4º e 5º del Decreto 1136 de 1970, de acuerdo con el procedimiento señalado por este Decreto.

CAPITULO IX

CONSEJO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Artículo 81 — Adscrito al Ministerio de Justicia, funcionará el Consejo Nacional de Estupefacientes, para el cumplimiento de las funciones que aquí se señalan.

Artículo 82 — El Consejo estará integrado por:

- a) El Ministro o el Viceministro de Justicia, quien lo presidirá;
- b) El Ministro o el Viceministro de Salud Pública;
- c) El Ministro o el Viceministro de Educación Nacional;
- d) El Procurador General de la Nación o el Procurador Delegado para la Policía Judicial;
- e) El Jefe del Departamento Administrativo de Seguridad;
- f) El Director General de la Policía o el Jefe Nacional de la División de Información, Policía Judicial y Estadística Criminal (DIPEC);
- g) El Director General de Aduanas, y
- h) El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Artículo 83 — Son funciones del Consejo:

- a) Formular, para su adopción por el Gobierno Nacional la política y los planes y programas que las entidades públicas y privadas deban adelantar para la lucha contra la producción, comercio y uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica. Igualmente el Consejo propondrá medidas para el control del uso lícito de tales drogas o sustancias.
- b) Conforme al ordinal anterior, señalar a los distintos organismos oficiales las campañas y acciones específicas que cada uno de ellos deba adelantar.
- c) Dictar las normas necesarias para el debido cumplimiento de sus funciones y proponer al Gobierno la expedición de las que fueren de competencia de éste.
- d) Orientar y coordinar la actividad de las entidades estatales y privadas que se ocupan de la prevención, investigación científica y de Policía Judicial, control y rehabilitación en materia de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.
- e) Mantener contactos con gobiernos extranjeros y entidades internacionales en asuntos de su competencia y adelantar gestiones entre los mismos con el fin de coordinar la acción del Gobierno Colombiano con la de otros Estados y de obtener la asistencia que fuere del caso.

Artículo 84 — Las resoluciones que dicte el Consejo para el ejercicio de las funciones señaladas en el artículo anterior son de obligatorio cumplimiento.

Artículo 85 — La oficina de Estupefacientes del Ministerio de Justicia hará las veces de Secretaría Ejecutiva del Consejo, para lo cual cumplirá las siguientes funciones:

- a) Presentar a consideración del Consejo los planes, proyectos y programas que considere necesarios para el cumplimiento de las atribuciones de éste.

- b) Realizar los estudios que el Consejo le encomiende.
- c) Vigilar el cumplimiento de las decisiones del Consejo y rendirle los informes correspondientes.
- d) Evaluar la ejecución de la política, planes y programas que en desarrollo del artículo 83 se adelanten y sugerir las modificaciones o ajustes que consideren del caso.
- e) Servir de enlace entre el Consejo y las entidades oficiales o privadas que se ocupen de la prevención, investigación, control, represión y rehabilitación en materia de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.

Artículo 86 — El Consejo podrá citar a sus reuniones a los funcionarios que considere del caso oír y las autoridades deberán prestarle la colaboración que requiera para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 87 — Este decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Comuníquese y cumplase.

Dado en Bogotá, D.E., a junio 25 de 1974.

(Fdo.) MISAEL PASTRANA BORRERO.

El Ministro de Justicia,

(Fdo.) JAIME CASTRO.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

(Fdo.) LUIS FERNANDO ECHAVARRIA.

El Ministro de Defensa Nacional,

(Fdo.) General HERNANDO CURREA CUBIDES.

El Ministro de Salud Pública,

(Fdo.) JOSÉ M. SALAZAR BUCHELLI.

El Ministro de Educación Nacional,

(Fdo.) JUAN JACOBO MUÑOZ.

El Ministro de Comunicaciones,

(Fdo.) CARLOS HOLGUIN SARDY.

El Jefe del Departamento Administrativo de Seguridad,

(Fdo.) General (r) JORGE ORDOÑEZ VALDERRAMA.

DECRETO NUMERO 701 DE 1976

(12 abril)

Por el cual se reglamentan los artículos 6º, 38 (Inciso 2º)
y 39 del Decreto Ley 1188 de 1974

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el ordinal 3º, del artículo 120 de la Constitución Nacional, oído el parecer del Consejo Nacional de Estupefacientes, y

Considerando:

Que en desarrollo de la Ley 17 de 1973 el Gobierno expidió el Decreto Ley 1188 de 1974 en el cual se consagran varias conductas delictivas en relación con estupefacientes;

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

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

Decreta:

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

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

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

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

Marihuana hierba hasta 28 gramos.

Marihuana hachís hasta 10 gramos.

Artículo 5º — El presente decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese, publíquese y cumplase.

Dado en Bogotá, D.E., a 12 de abril de 1976.

(Fdo.) ALFONSO LOPEZ MICHELSEN.

DECRETO N° 1514 DE 1975

(26 julio)

**Por el cual se reglamentan los artículos 52 y 66 del Decreto Ley 1188 de 1974
“Por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupefacientes”**

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, en ejercicio de la atribución que le confiere el ordinal 3º del artículo 120 de la Constitución Nacional, oído el parecer del Consejo Nacional de Estupefacientes, y

Considerando:

Que para la efectividad de los programas, campañas y rehabilitación de los farmacodependientes es necesario señalar el procedimiento que debe seguirse para el recaudo y manejo de los fondos que provengan de los remates a que se refiere el artículo 52 y de las multas a que se refiere el artículo 66 del Decreto Ley 1188 de 1974,

Decreta:

Artículo 1º — Cuando se produjere el decomiso o aprehensión de objeto, elemento o medio de transporte de los que relaciona el artículo 52 del Decreto 1188 de 1974, el funcionario que esté adelantando la investigación o el Juez del conocimiento lo informará, dentro de las 24 horas siguientes, al Consejo Nacional de Estupefacientes, especificando y detallando tales objetos, elementos o medios de transporte e indicando las decisiones judiciales que respecto de ellos hayan sido adoptadas.

Esta información no tiene alcance diferente del de facilitar el cumplimiento de la destinación que les da el citado Decreto en su artículo 52.

Artículo 2º — El Consejo determinará si los objetos, elementos o medios de transporte deben ser destinados al servicio oficial o si han de ser rematados, y así lo conceptuará el Gobierno para efectos de la resolución ejecutiva que deba dictarse.

En caso de destinación al servicio oficial, el Consejo establecerá por medios que estimare pertinentes, cual fué la entidad que hizo el decomiso o la aprehensión.

El uso que se les asignare consultará, en todo caso, las finalidades que persigue el Decreto 1188 en su artículo 52.

Artículo 3º — La entidad que recibiere para uso oficial objetos, elementos o medios de transporte a que se refiere el presente Decreto no podrá variarles el uso asignado, deberá presentarlos al funcionario de instrucción o del conocimiento cuando los requieran para fines relacionados con el proceso y tendrá especial cuidado en su mantenimiento y conservación.

Artículo 4º — Expedida la Resolución Ejecutiva que asigna a determinada entidad elementos, objetos o medios de transporte para uso oficial, será comunicada, por la Oficina de Estupefacientes del Ministerio de Justicia, al Juez que estuviere conociendo del proceso al cual estén vinculados dichos elementos.

Dentro de los 10 días siguientes al aviso el Juez dispondrá su entrega, para lo cual constituirá en depositaria a la entidad indicada en la Resolución Ejecutiva.

Artículo 5º — Terminado el proceso sin que hubiere variado, respecto de tales objetos, su calidad de elementos, o medios de comisión del delito, el respectivo Juez lo informará al Consejo Nacional de Estupefacientes para efectos de la destinación definitiva que haya de dárseles.

Artículo 6º — Cuando el Consejo Nacional de Estupefacientes, recibido el informe a que se refiere el artículo 1º del presente Decreto, decidiere que los elementos, objetos o medios de transporte, o alguno o algunos de ellos, en lugar de ser destinados a uso oficial deben ser rematados, así lo conceptuará al Gobierno, para efectos de la Resolución Ejecutiva.

Esta determinación solamente podrá tomarse respecto de elementos, objetos o medios de transporte vinculados a procesos que hubieren terminado.

Artículo 7º — La destinación para uso oficial que inicialmente se hubiere dado a elementos, objetos o medios de transporte a que se refiere este Decreto podrá ser variada por la de su remate, cuando las circunstancias lo aconsejaren, en opinión del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Esta determinación solo podrá adoptarse cuando hubiere terminado el proceso, al cual se encuentren vinculados dichos objetos.

Artículo 8º — Al producirse la aprehensión, se procederá inmediatamente al avalúo de los objetos aprehendidos, lo cual se hará por dos peritos designados por el Jefe Seccional del Departamento Administrativo de Seguridad. Dicho avalúo deberá ser escrito y agregado al expediente.

Artículo 9º — El remate se hará por medio del martillo del Banco Popular.

En firme el remate, el funcionario dará aviso al Consejo Nacional de Estupefacientes y al Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 10 — Una vez en firme la sentencia que imponga alguna de las multas a que se refiere el artículo 66 del Decreto 1188 de 1974, el respectivo funcionario deberá informarlo al Consejo Nacional de Estupefacientes y al Fondo Rotatorio de Estupefacientes, dentro de las 24 horas que sigan al recibo del expediente, con indicación del valor de la multa y de si ésta fué pagada o nó lo ha sido aún.

Artículo 11 — El Fondo abrirá cuentas especiales para el producto de los remates y para el de las multas.

Artículo 12 — El producto de remates y multas a que se refiere el presente Decreto deberá ser puesto a disposición del Fondo Rotatorio, dentro del menor tiempo posible.

Artículo 13 — El Director del Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud Pública informará mensualmente al Consejo Nacional de Estupefacientes sobre el estado de las cuentas a que se refiere el artículo anterior.

Artículo 14 — El Consejo Nacional de Estupefacientes destinará por lo menos el 30% del monto de las cuentas especiales llevadas en el Fondo Rotatorio, ordenadas en el artículo anterior, para programas de prevención de la producción, comercio

y uso de drogas y sustancias que producen dependencia física o síquica y al tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes.

El Fondo Rotatorio, recibidas las comunicaciones de destinación de los fondos de dichas cuentas, hecha por el Consejo Nacional de Estupefacientes, girará sobre dichas cuentas.

Artículo 15 — El presente Decreto rige desde su expedición.
Comuníquese y cumplase.

Dado en Bogotá, D.E., a julio 26 de 1975.

(Fdo.) ALFONSO LOPEZ MICHELSEN.

El Ministro de Justicia,

(Fdo.) SAMUEL HOYOS ARANGO.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

(Fdo.) RODRIGO BOTERO MONTOYA.

El Ministro de Defensa Nacional,

(Fdo.) General ABRAHAM VARON VALENCIA.

El Ministro de Salud Pública,

(Fdo.) HAROLDO CALVO NUÑEZ.

El Ministro de Educación Nacional,

(Fdo.) HERNANDO DURAN DUSSAN.

El Jefe del Departamento Administrativo de Seguridad,

(Fdo.) Mayor General JOSÉ JOAQUIN MATALLANA B.

LA DROGOMANIA ACTUAL. PROBLEMAS SOCIOPOLITICOS, LEYES Y LEGALIZACION

DR. LUIS CASTILLON MORA
(Espanha)

Toda la problemática de las drogas se ha expuesto ya de un modo exhaustivo. Los informes actuales de Comisiones Nacionales e Internacionales, las reuniones de expertos en los diversos organismos de la ONU (1), los últimos trabajos, algunos magníficos, de individualidades científicas (2), inciden de un modo repetitivo, en los enfoques sociológico, psicológico, psiquiátrico, psicoanalítico del tema y en los mismos defectos de estructura social, familiares, educativos, de información, de organización política, factores económicos y legislativos que han contribuido a la extensión del uso y abuso de las sustancias del tipo drogas, hasta constituir una "población" en el concepto de PARIZEAU (3), o como lo que fue siempre, una enfermedad social que hoy presenta caracteres epidémicos. Por algunos se considera con exageración como una plaga o azote de nuestra sociedad actual.

El consumo de drogas con efectos sobre el sistema nervioso y otros sistemas vitales como el suprarrenal, no es un problema de ahora. La antigüedad es la de la Humanidad, y de siempre, se conoció su uso en Oriente, Occidente y el Nuevo Mundo; la cannabis se usa desde el año 2730 aC, descrita ya por CHEN NONG, Emperador de China, y su empleo mundial se deduce del hecho de que es conocida con más de 300 nombres en todos los continentes. HAY DESCRIPCIONES MAS ANTIGUAS DE OTRAS "SUSTANCIAS". ESTAN INTRODUCIDAS EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL GRUPO HUMANO Y SON UN PRODUCTO ADAPTATIVO DE LA INTERACCION HOMBRE-AMBIENTE.

En China y otros países del más lejano Oriente, el opio era hasta Mao, una costumbre social, semejante al alcohol entre nosotros; dentro de su cultura y leyes su uso estaba controlado y conocían el límite de su tolerancia y daño para la salud. El uso de la "coca" se pierde en las leyendas de la cordillera andina y, según viejas crónicas, desde 1230, que el inca MAYTA CAPAC la difunde, éste ha persistido. Fue el primer anestésico usado en Medicina.

Otras muchas drogas como el "peyote" o "mescalina" tomados del producto natural, extractos de plantas y solventes naturales se conocen entre las Sociedades más primitivas de Africa, India, la Polinesia, Australia, Asia y Sudamérica, y han sido objeto de uso multitudinario para fines rituales, guerreros, criminales (secta de los Hachachines, etc.) o simplemente para satisfacción del ocio, desde siempre. ESTO NO LE HA IMPEDIDO A LA HUMANIDAD PROGRESAR HASTA SUS LIMITES ACTUALES EN HABITANTES Y TECNICA, Y SU PROCESO DE DESARROLLO CONTINUA. CONVIENE, NO OBSTANTE, PRECISAR SUS LIMITES ACTUALES Y LAS CARACTERISTICAS DE SU EXPANSION PARA TRATAR DE MODERAR SU USO — SU DESAPARICION ES ALGO CASI IMPOSIBLE — O ALCANZAR SU CONTROL.

A principios de siglo, el opio y algunos de sus productos derivados como la heroína, la morfina, o farmacéuticos como el laudano y elixir paregórico, con la cocaína, eran las toxicomanías más frecuentes, bien entre los "snobs" de la época, ricos, aristócratas y burguesía opulenta, o entre víctimas de guerra, de accidentes o enfermedades, que padecían procesos incurables y gravemente dolorosos. Entre la primera y segunda guerra mundial este problema había desaparecido como preocupación social. Sólo en USA no desapareció (BALL, 4) nunca; a principios de siglo había en el país más de 237.000 heroínómanos.

Pero se inicia hacia la mitad del siglo XX la "polución" de las sociedades europeas occidentales por la cannabis que, usada desde siempre por los artistas,

sobre todo musicales, es introducida en la universidad americana por los soldados que se contagian de su uso en los ejércitos durante las campañas europeas de la segunda guerra mundial. La propaganda de ciertos movimientos como los "beats", "hippies", etc., y la guerra del Vietnam, crean el consumo generalizado en el ejército americano allí destacado — hasta el 60% de sus hombres — según encuesta realizada hacia 1967 (5). Por esta época el consumo de cannabis se había generalizado en la sociedad americana y era importante la difusión en la Universidad y aún en los colegios de 1.^a y 2.^a enseñanza con la aparición de drogados adolescentes cada vez más jóvenes.

Paralelamente, la desaparición de la Ley Seca en USA, favorece la desviación del comercio ilícito a otras drogas, y la heroína, cocaína y morfina se consolidan o aumentan su consumo desde entonces.

La gran difusión de los usos, modas y cultura americanas, después de la Segunda Guerra Mundial, promueve el uso de las drogas en Europa, preferentemente la cannabis, acompañadas a movimientos diversos de marginación y conflictividad social, con diferencias nacionales locales, según las características de cada país. Hoy día, sin alcanzar el grado de "contaminación" de la sociedad americana, podemos asegurar que todas las naciones de Europa y Sudamérica presentan el mismo problema, con características similares y que ha empezado a invadir la Europa del Este.

Su importancia fundamental radica en lo que llaman RICO y PARIZEAU (6 y 3) del CICC — Canadá — respectivamente "visibilidad" y "democratización", la generalización a los jóvenes, la invasión en escuelas y universidades, su no ocultación y la aparición de drogados adolescentes cada vez más jóvenes y aún niños.

SOCIALMENTE ANTES ERA UN FENOMENO LIMITADO DE IMPACTO SOCIAL REDUCIDO; HOY, POR SU RELACION CON LA COMPLEJIDAD SOCIOECONOMICA DEL MUNDO ACTUAL Y CON CIERTAS FORMAS DE CONDUCTA NUEVAS O DESVIADAS Y CON CIERTOS TIPOS DE CRIMINALIDAD INTERNACIONAL, AFINCADOS EN U.S.A. QUE POR SER UNA DE LAS SOCIEDADES MAS OPULENTAS DEL MUNDO, EJERCE INFLUENCIA NOTABLE SOBRE OTROS PAISES, ESTE IMPACTO SOCIAL ES EXTRAORDINARIO.

La aparición en 1951 (7) de los medicamentos llamados psicotropos o psicofármacos, de fácil adquisición aun sin receta y otros tales, como nuevos barbitúricos, bromuros, antiparkinsonianos, antiepilépticos, estimulantes del tipo de las anfetaminas y alucinógenos de enérgica acción como el LSD, ha creado formas de dependencia y de polidependencia extrañas y dañinas.

ACTUALMENTE LOS JOVENES USAN QUALQUIERA DE ESTOS PRODUCTOS CON UNA INDISCRIMINACION NOTABLE Y GRAVE DAÑO PARA LA SALUD, INTERCAMBIANDOLOS SEGUN LAS VICISITUDES DEL COMERCIO ILEGAL, USANDOLOS INDISTINTAMENTE O VARIOS A LA VEZ.

Ante los datos alarmantes, llegados de todo el mundo sobre el consumo de opiáceos, anfetaminas, cannabis y alucinógenos el Comité de Expertos de la OMS en salud mental (8) declaraba, con relación a ellos y al alcohol, la existencia de una verdadera epidemia, con accidentes, crímenes, desajustes, trastornos familiares, muertes prematuras, suicidios, disminución de la productividad y un coste elevado para hospitales, prisiones y servicios sociales, que hacían necesario el tratamiento multidisciplinario y un intercambio de información a nivel internacional.

Los datos fundamentales fueron aportados por los informes mencionados al principio y por los de las Comisiones Americana USA (5), Canadiense (9), Sueca (10), Holandesa (11) y el informe FOESA, español (12). A través de ellos valoramos la situación actual.

SITUACION ACTUAL

a) **CONCEPTO** — CONSUMIR UNA DROGA, NO ES SER TOXICOMANO, COMO SOLO POR BEBER NO SE ES ALCOHOLICO.

Los criterios de la OMS (13) para definir una toxicomanía son:

- necesidad compulsiva de continuar tomando la droga.
- Tendencia a aumentar la dosis para obtener los efectos deseados.
- Dependencia física o psíquica.

EL TOXICOMANO USA LA DROGA PARA FACILITAR SU ADAPTACION CON EL AMBIENTE; TRATA DE ENCONTRAR SU EQUILIBRIO CON EL MEDIO, O SU SEGURIDAD, Y ACABA POR DEPENDER CON NECESIDAD PRIMARIA FISICA, BIOLOGICA; O SECUNDARIA, CONDICIONADA PSICOLOGICA O SOCIALMENTE, PERDIENDO SU LIBERTAD. HE AQUI, COMO SIEMPRE, LA OPOSICION SEGURIDAD-LIBERTAD QUE, DESDE EL PARAISO, DEFINE LA EXISTENCIA DEL HOMBRE. SE ES DEPENDIENTE CUANDO SE HA PERDIDO LA LIBERTAD.

En el uso de las drogas hay tres conceptos:

- Su vivencia como enfermedad por el individuo.
- Como diagnóstico médico.
- Como realidad social sumergida en un contexto cultural.

Por el primer concepto el consumidor racionaliza su empleo, le es útil para su adaptación, no busca ni desea ayuda, no se considera enfermo. En tanto que socialmente esté integrado no lo es. Si se cree enfermo sí lo es.

Con la aparición de síntomas físicos o psíquicos, que necesitan asistencia médica, el usuario percibe su enfermedad. Si ésta es curable, antes de haber producido desajustes de conducta, no hay toxicomanía. Si existen con inadaptableidad sí hay toxicómano.

Como realidad social no se es toxicómano si la droga es legalmente aceptada por el contexto cultural: alcohol, café, etc. Si es rechazada y jurídicamente prohibida, entonces se es toxicómano. Es pues un concepto sociopolítico.

El abuso, dentro de los límites tolerados para la aceptación, suscita un rechazo secundario del medio social. En las no aceptadas el rechazo es primario. ¿ES POSIBLE EL USO MODERADO Y SOCIAL DE LAS QUE HOY RECHAZA NUESTRA SOCIEDAD? EN TODO CASO, POR SU LEGALIZACION AL MENOS POR SU DESCRIMINALIZACION, LUCHA HOY GRAN PARTE DEL MUNDO CULTO.

Estas definiciones u otras semejantes son útiles si con ellas se intenta valorar el volumen real de toxicómanos de un país y si se acepta este tipo de definiciones por varios países.

Hablar de millones de usuarios no significa que todos sean toxicómanos. Habrá que valorar no sólo la dependencia sino el tiempo y frecuencia del uso, cantidad que se consume, la clase de droga y aún así, riesgo y daño dependerán de la edad, ambiente y clase social. Ya señaló LOPEZ REY (14) que la distinción entre drogas duras y blandas, depende de la nocividad, que, según el contexto cultural puede ser mayor para una blanda que para una dura.

Gran número de usuarios la abandonan espontáneamente por motivos diversos: desinterés, experiencias desagradables, temor a la ley, dificultades de adquisición, motivos religiosos, familiares, sociales, temor a enfermedades mentales o físicas, matrimonio, etc. Este abandono alcanza más del 60% (5) entre los usuarios de cannabis, y según ALARCON VALL NT y otros, estas remisiones espontáneas suceden entre los heroínómanos ingleses al avanzar la edad. Alcanza hasta el 30% (15).

b) **ESTADISTICAS** — Las estadísticas europeas y de otros continentes, salvo excepciones, no son fiables. Dan una imagen de los infractores de las leyes por farmacodependencia no del número real de consumidores. Las encuestas realizadas sobre determinados grupos de población aunque son más fiables, tampoco alcanzan toda la masa de población. Todos los datos que se suministran por los países no son homogéneos. Por ello una impresión universal puede inducir a error. KITTRIE (16) realiza una crítica dura a los cientos de miles y millones de las estadísticas americanas. Sugiere que estos son manipulados por el profesionalismo de la maquinaria administrativa. Con estas cautelas debe ser considerado todo lo que sigue.

En un estudio sobre 33 países, realizado por la OMS (17) de un valor panorámico evidente, porque incluye todos los países de Europa, incluso la URSS y otros de los demás continentes, los grupos afectados por la edad son entre 20 y 29 años, y en algunos casos 30 y 39. Como el factor más importante del actual auge de la drogomanía es la juventud de los usuarios, la mayor parte de las encuestas en él contenidas, han sido realizadas en estudiantes de secundaria y de universidades. Los datos

del mismo corresponden a los años 1969 — 72. Los hemos modernizado en los casos que tenemos noticia correcta.

- **Australia:** aumentó el consumo en los jóvenes de 15 a 30 años. Cifra total para 1972: 180.000 varones y 90.000 mujeres, para todo tipo de consumo.
- **Francia:** de 15 — 29 años, la mayoría 20 años, unos 15.000 usuarios. Es cifra estimada para las drogas duras, la cifra oficial son 2.000 en 1975.
- **Holanda:** 18 — 28 años (Encuesta de Cohen en 1969), 24.000 usuarios de drogas duras calculados actualmente: 1975.
- **Filipinas:** sólo en Manila; poco más de 20 años de edad: 7.000 usuarios en 1970.
- **Estocolmo:** edad media 24 años y los 3/4 de ellos, menos de 30 años. Hay muchachos hasta de 10 años de edad. El consumo esporádico de cannabis es el más frecuente. Anfetamina y heroína venosa en 80 estudiantes de 8.000 en la región de Estocolmo y de 2 — 1% en las ciudades más pequeñas. No es seguro que sobrepase los 10.000 en las drogas duras.
- **Alemania:** 1972, informe del Instituto Allembach, de la República Federal. Se calcula en 60.000 jóvenes, menores de 30 años, los que se han inutilizado por drogas duras para toda actividad.

POLITOXICOMANIA: en casi todos los países actualmente aumenta la tendencia a tomar simultáneamente varias drogas; fenómeno importante en Europa. Las combinaciones varían en diversos momentos: cannabis, LSD, opiáceos y anfetaminas, las más frecuentes. También mescalina, STP, DMT, cocaína, barbitúricos y colas. No obedece a reglas precisas, ocurre prácticamente en toda Europa, Praga y Yugoslavia incluidas. También en USA, Canadá y Sudamérica. Cuando un toxicómano no encuentra su droga habitual puede sustituirla por cualquiera o por el alcohol.

c) CATEGORIAS DEL USO SEGUN SUSTANCIAS

- **CANNABIS** — Su uso es mundial menos en Polonia que no existe y la URSS que se usa poco. Aunque estabilizado su uso, continúa aumentando en todos los países y entre los jóvenes de 15 a 19 años, y aún de menor edad; en los estudiantes los porcentajes de utilización varían entre el 10 y el 90%. En algunos países como Inglaterra, es utilizada actualmente en todas las clases sociales, adultos incluidos.

- Según la Comisión Nacional Americana (5) 24.000.000 de americanos han fumado marihuana por lo menos una vez y 8.300.000 americanos son fumadores habituales, pero sólo el 2% de los adultos y el 4% de los jóvenes son grandes o muy grandes fumadores. La propia Comisión señala que el problema no es alarmante aún.

La cannabis la usan, al menos una vez, el 50% de los adolescentes y el 62% de los alumnos de 2.^a enseñanza (5).

Las edades de uso de marihuana varían entre los 12 y 50 años, con frecuencia máxima entre 17 y 30 años.

- **ALUCINOGENOS** — En Inglaterra es de uso corriente el LSD; en España y Yugoslavia y Finlandia, uso limitado. Es grave en Suecia. En Suiza hasta 1968 no hubo problema; hoy hay más de 2.000 personas que usan LSD; además cara, entre 2 y 3 francos pastilla. Raro es el país en el que se use cannabis, que un cierto número de usuarios no tome alucinógenos, sobre todo en los sostenedores de la contracultura. En el Estado de Sonora, en Méjico, se confiscaron cerca de 2.000.000 de pastillas; psilocibina y peyote.
- **ANFETAMINAS** — Muy importante hoy. Japón es el primer país de utilización masiva: 200.000 jóvenes de 21 a 25 años; hoy casi desaparecida por la aplicación de leyes adecuadas. Su uso intravenoso en Suecia, ya citada, es frecuente sobre todo en delincuentes: 55% de hombres y 87% de mujeres, entre 25 y 29 años. Hoy está en decadencia y también en Finlandia. En toda Europa es conocido un producto español llamado BUSTAID, apreciado por sua calidad sobre todo por los jóvenes.

Hacia 1966 el consumo por vía oral aumentó en Inglaterra y otros países en extremos tales que sólo era superado por el tabaco, alcohol y barbitúricos en

las mujeres. Su empleo alcanzó proyección mundial: Australia, Argentina, Méjico, Francia, etc. En muchos países se ha previsto su retirada de las farmacias y se ha prohibido su venta. En general está disminuyendo.

— **LOS BARBITURICOS** son hoy la toxicomanía más extendida en **INGLATERRA**, después del tabaco: 100.000 dependientes entre 1/2 millón de consumidores regulares, pero esto sucede en todo el mundo. En **CHECOSLOVAQUIA** el uso es masivo. La inyección de hipnóticos, con heroína y anfetaminas es un caso particular de algunos países: **INGLATERRA**, **SUECIA**, **HOLANDA** y no masivo.

— **MORFINA-HEROINA** — Crea problemas graves en los países productores o supresores del cultivo del opio, que cambian a heroína; en **THAILANDIA** 300.000 farmacodependientes registrados, pero no se sabe cuantos heroínomanos en total. **JAPON**, 40.000 después de la guerra, ya eliminado. **IRAN**, **EGIPTO** y **YUGOSLAVIA**, que son productores, presentan problemas mal conocidos pero importantes. En **ISRAEL** aumenta su uso. En **HOLANDA** el opio se come, se fuma y se inyecta, entre ellos el 7% de los alumnos de 2.^a; el número de usuarios se cifra en 8-10.000, la mayoría alemanes, franceses y americanos. En **FRANCIA**, ya citado, no respeta clases sociales y se extiende por el sur del país, con un foco importante en Marsella. En **INGLATERRA** ha mejorado: en 1973 fueron 1.371 varones y 447 mujeres por 2.161 y 621, respectivamente en 1968 (SMART). En **SUECIA** aparece en grupos que antes no lo usaban: 1-2% de los consumidores de droga en las escuelas. En **USA** la heroína es un problema grave. A principios de siglo ya citamos que el número de adictos a opiáceos era de unos 237.000 (4). En 1975, **ROBERT L. DUPONT**, Director de la Oficina Presidencial para el abuso de la droga, señala que se extiende a Texas, Oregón, Pensilvania, California y Massachusetts, que son grandes centros del tráfico de la heroína morena mejicana. Hay 100.000 sólo en Nueva York. **NIXON** (18) adelantó para todo el país la cifra de 250.000 y **KITTRIE** relata que 2 millones de americanos han experimentado alguna vez la heroína. Todo esto es contradictorio.

— **COCAINA** — No es importante en **EUROPA**, pero ha aumentado. **HOLANDA** el 3% de los consumidores de droga en las escuelas. Se usa y cria en la cordillera andina, en la región de Cuzco por **PERU**, **BOLIVIA** y **COLOMBIA**. En **ARGENTINA** los indígenas del noroeste mastican coca, hábito adquirido también por los blancos. Es un hábito ancestral que no se ha modificado con el tiempo. **KITTRIE** cita a unos 4 millones de americanos experimentadores alguna vez. En **EUROPA** parece un problema creado por la oferta ilícita.

— **OTROS TIPOS DE DROGAS** — Entre jóvenes de 15 a 18 años del **JAPON** está de moda la inhalación de solventes. En **SUECIA** entre los niños de 12 a 16 años: colas y otros diluyentes como el tetracloruro de carbono y el tricloroetileno, acetona y tolueno.

Los jóvenes de las clases pobres de **MEJICO** usan sustancias de este tipo. En **CHILE** antitusivos y antidiabéticos. En **POLONIA** antiparkinsonianos; analgésicos y antipiréticos en **CHECOSLOVAQUIA** y **SUIZA**. Biodramina en **ESPAÑA**, etc.

En países subdesarrollados los jóvenes de clases inferiores usan: cemento, pesticidas, DDT, plásticos, pinturas, minerales, aspirina, estramonio y otros frutos secos pulverizados. Cualquier sustancia suscita la curiosidad investigadora juvenil.

d) **EVOLUCION POSIBLE** — En una encuesta conducida de 1968 a 1974 por **SMART** y **FEJER** (19) entre los estudiantes de los grados 7, 9, 11 y 13 de Toronto, en sendas muestras superiores a los 6.000 y 3.000, mitad hombres y mitad mujeres aproximadamente, el consumo de marihuana aumentó de 20,9 en 1972 a 22,9%; el de barbitúricos, opiáceos, anfetaminas y tranquilizantes no se han modificado, y disminuye el del tabaco todo ello en 1974 con relación a 1972. El LSD y otros alucinógenos han disminuído notablemente y sigue aumentando el alcohol.

El consumo mayor es en los grados 9 y 11. Disminuye en el grado 13. Se igualan los dos sexos en cuanto al uso de tabaco y alcohol. Difieren en qué la mujer hace

más uso de barbitúricos y tranquilizantes y los chicos prefieren más marihuana y LSD. Parece haberse alcanzado una meseta en el curso de estos cuatro últimos años, al menos entre los alumnos de secundaria el uso de las drogas prohibidas está en baja tras el punto culminante alcanzado desde la mitad de los años 60 hasta 1970 pero no para el alcohol y la marihuana, que siguen aumentando. DISMINUYE el uso del tabaco pero esto no parece muy significativo porque en la adolescencia es el momento de empezar a fumar y beber, al menos en Europa. Los jóvenes están convencidos que la marihuana no es más nociva que el tabaco. En 1971, según la Comisión de Estupefacientes (20) de las Naciones Unidas, el número de drogadictos mundial, es 2.000.000 para el opio y derivados, cuatro millones de masticadores de coca en los Andes y más de 20.000.000 para el cannabis.

e) FACTORES ECONOMICOS

Los datos de tipo económico adolecen de los mismos defectos que los señalados para las estadísticas de usuarios.

- En 1971, el capital movido para el tráfico ilegal fué calculado en más de 4.000 millones de dólares.
- Las capturas europeas de drogas computadas por la OIP (Interpol), en su reunión de París en Febrero de este año 1976 (21), son para 1974-75 las que se exponen en el cuadro n.º 1.
- En USA, en 1972, el ex presidente NIXON, en la Conferencia Internacional para el control de narcóticos (18) anunció la asignación de 750.000.000 de dólares para combatir los diversos aspectos de este problema, sobre todo el de la heroínomanía.
- La ONU desde 1973, cuenta con un fondo para ayuda a los programas y fiscalización sobre uso indebido de drogas, FNUFUID, de 10.000.000 de dólares (22) que se piensa sea de 100.000.000. Por motivos diversos estas asignaciones y fondos no han alcanzado su plenitud, pero hay otros muchos de instituciones y particulares. Sobre todo en USA diversas Agencias tienen fondos superiores a los 100 millones de dólares para modalidades de actuación diversas.
- El dinero detraído a la economía de los diversos países, por la pérdida de hora de trabajo, enfermedades, asistencia social, hospitalización, emprisionamiento, etc. no se ha calculado con exactitud pero sólo para la ciudad de Nueva York se cifra en 2.000 millones de dólares.

DE UN MODO OBJETIVO RESUMAMOS. EL PROBLEMA SE CENTRA EN QUE EN UN MUNDO DE 4.000 MILLONES DE SERES, ENTRE 2.500.000.000 MAYORES DE 16 AÑOS HAY UNOS 30.000.000 QUE CONSUMEN DROGAS Y DE ELLOS, MAS DE 2.000.000, DROGAS FUERTES. O SEA EL 1,2% Y EL 0,08%. EL VOLUMEN DE DINERO SUSTRADO A LA ECONOMIA DE DESARROLLO Y BIENES MUNDIALES PUEDE CIFRARSE EN MAS DE 6.000 MILLONES DE DOLARES. ESTAS CIFRAS, AUNQUE ESPECULATIVAS, SON POSIBLEMENTE INFERIORES A LA REALIDAD.

f) PRODUCCION Y TRAFICO

Los problemas económicos derivados de la producción y tráfico ilícito de drogas son importantes.

Examinemos el caso de THAILANDIA: El TRIANGULO DE ORO, en los confines del Norte de THAILANDIA, BIRMANIA y LAOS es uno de los lugares más importantes del cultivo del opio. J. NEPOTE (23) describe allí una población seminómada que sólo vive de este monocultivo, desde principios de siglo, y es utópico pretender la destrucción de las plantaciones en una región boscosa, montañosa, falta de comunicaciones e incontrolable, condenando al hambre a la población. Este opio abastece el mercado internacional y una toxicomanía regional cifrada en 300.000, de los que el 80% son heroínómanos. Hay laboratorios creados por los traficantes. El kilo de adormideras se vende por 200 dólares y 2 kilos por familia suele ser la producción media.

El Gobierno permite el cultivo -no puede hacer otra cosa- y actúa en las fronteras contra los traficantes. A la vez realiza, en colaboración con el Fondo

de las Naciones Unidas, un programa piloto para reemplazar el cultivo de la adormidera por otros cultivos.

Esquema:

- cultivo y venta por el particular;
- lucha contra el traficante;
- reemplazamiento de cultivos.

El tráfico se realiza a caballo: sobre unas 750 toneladas. La policía de fronteras, desde enero de 1971 a marzo de 1975 aprehendió 1.671 kilos de opio, 55 de heroína y 5 de morfina y descubrió dos laboratorios clandestinos.

En AFGANISTAN (24) cultivo y venta están prohibidos, pero no siendo posible la vida en las provincias del norte por otro medio, el cultivo lo realizan los campesinos, que pueden ser condenados. De julio de 1973 a noviembre de 1974 fueron confiscados 16.478 kilos de opio. ESQUEMA: PRODUCCION Y COMERCIO ILICITOS. — TOLERANCIA CON EL PRODUCTOR. — PERSECUCION DURA DEL TRAFICANTE.

En TURQUIA el modelo es distinto (25). Existe control del gobierno y hay que obtener una licencia para cultivarlo. No se permite la incisión de la cápsula. El gobierno controla la producción sobre 20.000 hectáreas y permite ayuda de las Naciones Unidas a base de vehículos, medios de transmisión y envío de misiones. Aún así se descubrieron plantaciones clandestinas, más de 2,8 hectáreas. Otros informes sugieren que el 25% de la producción sale clandestinamente. El Gobierno turco ha tenido que reemprender este cultivo para atender la economía de los habitantes de la zona de cultivo. Este había sido suspendido, por acuerdo con USA y la ayuda de esta nación en dólares, pero esta ayuda no era suficiente. Sólo permite su venta para usos lícitos. No obstante los años que estuvo suspendida la producción se notó extraordinariamente en USA. ESQUEMA: PRODUCCION LICITA. — VENTA LICITA. — CONTROL DEL GOBIERNO.

IRAN es el mayor productor. En 1969 reanudó la exportación suspendida 12 años antes. La venta del opio es monopolio estatal y produce grandes beneficios, pero ello no impide el contrabando.

En ESPAÑA hay monopolio de tabacos y sin embargo el contrabando de este producto produce beneficios enormes.

Otros modelos como producción y venta libre para usos lícitos ó ilícitos, monopolio del Estado y venta por el mismo indiscriminadamente son posibles aun con fines políticos o simplemente comerciales. Los países productores de opio en grand cantidad por hectárea son: PAKISTAN, AFGANISTAN, TURQUIA, IRAN y REPUBLICAS DEL ASIA CENTRAL DE LA URSS, CHINA, LAOS, THAILANDIA, y BIRMANIA. En menos cantidad en algunos países del ESTE DE EUROPA, AFRICA DEL NORTE, AUSTRALIA, MEJICO y SUDAMERICA.

Los datos suministrados por el CND y el INCD muestran que en las zonas de control gubernamental, en general, el tráfico es lícito, no así en los que siguen otros esquemas. Hay también producción y venta ilícitos en algunas regiones de Sudamérica y América Central.

En Europa el tráfico de la heroína procedente del Extremo Oriente, está en auge constante (21). Al principio lo realizaban sólo los orientales: HONG-KONG, CHINA, MALASIA y THAILANDIA, pero cada vez intervienen más caucasianos. El camino es por avión, AUSTRIA, ALEMANIA FEDERAL, BELGICA, LUXEMBURGO, SUIZA, ITALIA, INGLATERRA y GRECIA. Ya en Europa, barco, automóvil, ferrocarril o vuelos locales para ir a parar a Amsterdam, centro de casi todo el tráfico de drogas y de redistribución a toda Europa y aun a América. La lucha contra esta nueva corriente es muy difícil. Es casi imposible poderse introducir en los medios orientales poco accesibles para el hombre occidental. Además las colonias de chinos siguen aumentando de modo significativo en Europa, cuya identificación y control resulta problemática. Actualmente se acusa la incidencia en este tráfico de las Tríadas Chinas, Sindicato del crimen del Extremo Oriente; "The Chinese Connection" es la fórmula empleada por una organización de drogadictos, para el abastecimiento de estupefacientes a varias partes del mundo.

En HOLANDA la población china legal es de unos 8.000, pero se calcula que la real pasa de 20.000. Hay más de 1.000 restaurantes chinos. Se quiere modificar la Ley para castigar con el debido rigor este tráfico. Ahora la ley holandesa sólo señala 4 años de prisión máxima.

En INGLATERRA, en 1975, hay un gran aumento de tráfico de heroína. Los principales distribuidores son los restaurantes chinos.

Según BASSIUNI (26) TURQUIA abastece ilícitamente a EUROPA OESTE y USA, ASIA SUDESTE también a USA, INDIA y AFGANISTAN a USA y EUROPA OESTE. En FRANCIA existe un tráfico importante de heroína 4, con centros en MARSELLA Y PARIS, procedente del ORIENTE LEJANO, por jóvenes turistas en vuelos charter.

La cannabis se produce casi en toda AFRICA, ASIA y LATINOAMERICA, MEJICO y COLOMBIA, CERCANO Y LEJANO ORIENTE. En MARRUECOS la provincia de Ketama, vive de esta producción, aunque está prohibida y penada. FRANCIA, ESPAÑA, ITALIA y toda la EUROPA OCCIDENTAL se abastecen de él, y a la vez son lugares de tránsito para USA. Más de 900 norteamericanos sufren condena en Europa por ello y unos 80 en ESPAÑA.

ALEMANIA se abastece de TURQUIA, CERCANO ORIENTE y GHANA.

BELGICA recibe cannabis colombiana. SUECIA, DINAMARCA y LUXEMBURGO de PAKISTAN y UGANDA.

LATINOAMERICA Y MARRUECOS reciben asistencia técnica y abonos de USA para el cultivo de marihuana. En SUDAMERICA se sugiere que en algún país sudamericano se cultiva con capital de norteamericanos. Son empresas norteamericanas establecidas en otro país que exportan clandestinamente al suyo.

El tráfico de cocaína procede de AMERICA DEL SUR. Lo realizan sudamericanos que viajan a Europa usando el avión. Uno de los itinerarios más comunes es BOLIVIA, ECUADOR, VENEZUELA, COLOMBIA, BRASIL, PORTUGAL, ESPAÑA, ITALIA, FRANCIA, INGLATERRA, HOLANDA, sobre todo AMSTERDAM. De aquí a CANADA y USA, destino final de la mayor parte de los envíos.

Es un tráfico en aumento, a juzgar por los decomisos y el aumento de los usuarios.

Sólo se conoce parcialmente la fuente de origen de los psicofármacos ilegales; son productos que existen en gran número de países y algunos como LSD y anfetaminas, fáciles de producir ilícitamente.

Hoy este comercio ilícito y la demanda están en recesión. Ha disminuído al menos el 30%. En ESCANDINAVIA, entre 1968 y 1970 el abuso de estimulantes alcanzó su acmé. Tanto en HOLANDA como en INGLATERRA se han descubierto laboratorios clandestinos.

La mayor parte procede de España en forma de polvo o de BUSTAID, una mezcla de anfetaminas y pentobarbital, del que un buen catador necesita de 5 a 20 pastillas para estar bien situado. En INGLATERRA un solo laboratorio clandestino llegó a comprimir y vender 13.000.000 de tabletas, cuya materia prima en polvo procedía de AMSTERDAM. También se han descubierto laboratorios en HOLANDA y en SUECIA y además importación en líquidos en frascos de importación legal con líquidos de diferente densidad en que el superior, no nocivo, era el autorizado.

La adquisición por medio de robos o recetas falsas de este producto y de otros psicofármacos ha llegado a adquirir un volumen extraordinario en toda Europa.

ESPAÑA ACABA DE RATIFICAR SU ADHESION AL CONVENIO SOBRE PSICOFARMACOS PERO AUN ASI EL CONTROL NO ES MUY RIGUROSO, AUNQUE EXIGE RECETA. ALGO SIMILAR PASA EN CASI TODOS PAISES EUROPEOS. ALGUNOS TIENEN PROHIBIDA LA VENTA, AUN CON RECETA, DE LAS ANFETAMINAS.

La importancia del problema, en consecuencias sociales de todo orden, varia con los distintos países. En una escala decreciente de valores, por su proyección propagandística actual, los describiríamos en este orden: USA, SUECIA, HOLANDA, DINAMARCA, CANADA, INGLATERRA, FRANCIA Y EL RESTO DE LOS PAISES

EUROPEOS; ello en cuanto a problema sociopolítico. Como problema de producción y sociopolítico el MEDIO y LEJANO ORIENTE.

FACTORES SOCIOPOLITICOS

La panorámica expuesta es grave por:

- Su extensión
- Proyección económica negativa
- Su carácter de moda alienante
- La afectación de jóvenes de las clases económicamente medias ó altas.
- Cuestionar los fundamentos morales, sociopolíticos y económico-estructurales de la sociedad actual: familia, educación, trabajo, etc.
- Considerar que son estos defectos estructurales los causantes de la drogomanía actual.
- Porque incluye radicalización política en cualquier dirección con instrumentalización del joven a nivel universitario y nacional.
- Por la aparición de grupos estructurales con capacidad de presión y sociología multitudinaria.
- El deseo de algunos de estos grupos de destruir esta sociedad y sus fundamentos empezando por cambiar sus vicios con las drogas y creando el símbolo de una contracultura que alcanzó cierta fortuna.
- El deseo de romper los controles sociales actuales.
- Afectar a la salud, la moral y la vida acompañado de daños importantes y aumento de defunciones y de desviaciones sociales y delincuenciales.
- La influencia del comercio clandestino en la corrupción del joven y del adicto.
- La corrupción política y administrativa que acompaña al tráfico ilegal.
- La confusión e incertidumbre creadas para su solución ha llegado hasta normas jurídicas sólidamente establecidas. Se postula la descriminalización y legalización de su uso como una fórmula que evitaría todos los males de la drogadicción.
- La existencia de una filosofía de la drogadicción, cuya descripción más alienante oída a uno de los detenidos de nuestra Central de Observación es la siguiente:

Hay que destruir esta Sociedad para crear una nueva y para ello hay que destruir todos los valores en qué se asienta: religiosos, creencia en Dios, fidelidad de la pareja, culto a los padres, deber del trabajo, honor tradicional, honor patrio, autoridad.

Hay sensaciones y realidades que no pueden percibirse sólo con los mecanismos psicológicos de que nos ha dotado la naturaleza. Aquí las drogas intervienen como fuente de nuevas emociones, de nuevas sensaciones, de "realidades" que sin ellas no pueden percibirse.

En esta nueva "realidad" muy superior, se podrán extraer los principios para crear una nueva sociedad, pero ello no puede hacerse sin la destrucción total de la que existe. La vida entonces tendrá sentido, hoy lo ha perdido.

Comentaremos algunos de estos aspectos.

Desde el punto de vista histórico es un problema tradicional de determinadas geografías de AMERICA, ASIA y AFRICA. Para nosotros EUROPA concretamente es un problema actual, nuevo, que ha de resolver esta sociedad; no sabemos hoy si estas toxicomanías van a persistir o no. La impresión dominante es que desaparecerán diluidas en el perfeccionamiento de las estructuras económico-tecnológicas denunciadas y en el olvido de los nuevos problemas sociales que surgiran en el mundo.

No podemos asegurar que el problema sea una plaga sino más bien una polución, una epidemia si se quiere, propia de los países más desarrollados y prósperos. En los países en vías de desarrollo y en los países subdesarrollados existe como un producto de la miseria de las poblaciones. Hay zonas de "miseria" entre los primeros y de desarrollo en los segundos, con epidemiología intercambiable (27).

En gran número de países no hay progreso ninguno; su situación es la de siempre. En otros no existe problema alguno o es insignificante como en los países socialistas y la URSS; ó ha disminuído hasta casi desaparecer como en CHINA.

De las drogas clásicas no podemos asegurar que los millones de opiómanos que los informes de la Comisión de Estupefacientes de la ONU asignan a todo el mundo no hayan existido siempre, ni tampoco los cuatro millones de masticadores de coca de los Andes. Aún no siendo fiables las estadísticas, pensamos que los 250.000 opiómanos de USA, los 2.000 ingleses, los 10.000 de Escandinavia, 2.000 franceses, 60.000 alemanes y otros 4 o 5.000 para el resto de Europa, aun triplicados, no son tan importantes como problema epidemiológico para un país, que éste no lo pueda controlar. Problemas más grandes como el del paludismo, lepra ó tuberculosis fueron resueltos, en condiciones tecnológicas de los Estados muy inferiores a las actuales. **SI TARDA EN RESOLVERSE ES PORQUE ES UN PROBLEMA SOCIOPOLITICO QUE EXIGE SOLUCIONES DE ESTA INDOLE.** A la luz del pragmatismo eficaz no deben impresionar las estadísticas de millones.

En los propios Estados Unidos ya hemos señalado la contradicción de sus estadísticas: actualmente hay el mismo número de opiómanos que a principios de siglo. Los 2.000.000 de opiómanos para todo el mundo no significan sino el 0,08% de la población mundial de edad superior a los 16 años.

El problema de los alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos y psicofármacos en general surge con su descubrimiento y los perfeccionamientos de la industria química, como algo inevitable en las Sociedades ricas. No puede considerarse semejante el empleo de ciretos alucinógenos naturales en algunas poblaciones indígenas de SUDAMÉRICA, AFRICA y ORIENTE, propio de las Sociedades pobres. Por otro lado está en decadencia, bien por las medidas tomadas o porque se haya llegado al límite de la curiosidad experimental humana. El hecho de que en algunos países esté todavía en su curva ascendente puede ser debido al retraso de la onda propagandística-imitativa y al momento inicial de su aparición, no igual en todos los países. Sólo los barbitúricos y psicótrpos continúan su progresión en una gran parte debido al poco control farmacéutico y al abuso médico de las prescripciones, ayudado por las normas de "marketing" y propaganda de la gran industria químico-farmacéutica. De cualquier modo medio millón de consumidores regulares y 100.000 dependientes, entre los 50.000.000 de habitantes del Reino Unido, o sea, el 1% y el 0,2% son cifras graves pero no alarmantes en un país no adherido aún al convenio sobre psicótrpos de 1974. **SI ES TERRIBLE, EN TODO EL MUNDO, LA INGENTE CIFRA DE PRESCRIPCIONES DE LA SEGURIDAD MEDICA SOCIAL LO QUE NADIE NEGARA QUE LLEVA EN SI MISMO UNA ENORME CARGA POLITICO-SOCIAL.**

El uso de solventes, colas, fumar aspirina en polvo, tomar antidiabéticos, anti-parkinsonianos, antieméticos, frutos secos, pesticidas, etc. sólo puede considerarse como "extravíos" temperamentales del ansia de experimentar sensaciones agradables ó desagradables, algo parecido al uso del éter bebible a mediados del siglo pasado en el Ulster (28). En todo caso no alcanzan nivel estadístico sino solo informativo en el contexto de la politoxicomanía.

Se ha dado en los informes de la ONU la cantidad de 1.000 toneladas de opio como venta ilícita. 1.000 Kgs. de opio suministran 100 de heroína pura. A 50 mgs. por dosis son los que se precisan diariamente para 2.000.000 de drogadictos mundiales. A unos 24.500 dólares el kilo de heroína pura (ver cuadro 2) significan anualmente unos 900.000.000 de dólares.

Para los 20 millones de fumadores de cannabis mundiales es imposible precisar la cifra de consumo porque este, aún en los habituales, es irregular, y también lo es el precio. En España, unas calidades con otras, el gramo de marihuana suele valer un dólar, unas 70 pts. o poco más. Aunque solo es pura especulación, si imaginamos dadas las irregularidades en la frecuencia y cantidades del consumo individual, cada dosis diaria a 1/2 gramo, se precisan por año 3.650 millones de dosis y otros tantos millones de dólares. No debe estar muy lejos de la realidad la cifra avanzada hacia 1971 de 4.000 millones de dólares empleados en este comercio a nivel individual. Seguramente es muy superior y sobrepasa los 4.000. Comparado con el billón de dólares de producto nacional bruto alcanzado sólo por USA en aquellos años sería el 0,4%, **NO ES NINGUN DESASTRE A NIVEL DE ECONOMIA MUNDIAL, PERO SI ES UNA CIFRA IMPORTANTE DETRAIDA AL BIENESTAR INTERNACIONAL.**

No es posible computar del volumen de las capturas la importancia del tráfico ilícito; las realizadas en Europa se incluyen en el cuadro n.º 1 y los precios en el n.º 2. Son evidentemente importantes, pero estas capturas, según la misma fuente de donde las hemos obtenido (21) no significan mayor consumo o menor de un año a otro, sólo dan una idea de sus fluctuaciones y de los fracasos ó éxitos de la lucha contra el tráfico. Si podemos imaginar que si las toneladas clandestinas de opio producidas son 1.000 toneladas y 8 ó 10 las toneladas confiscadas en todo el mundo el volumen de las capturas viene a ser alrededor del 1%. **AUNQUE SEAN 20 ó 30 LAS TONELADAS CONFISCADAS ESTO TIENE POCO VALOR EN EL VOLUMEN DEL COMERCIO ILICITO.**

Las organizaciones nacionales e internacionales para este comercio son muy poderosas. Utilizan medios jurídicos y no jurídicos para burlar la ley (HE-REAUD) (29). El caso RICORD (30) en Asunción (Paraguay) que durante unos años fué la Meca del tráfico de heroína, es un ejemplo.

Las Policías locales e internacionales parecen conocer y aun tener fichados a gran parte de los elementos de las organizaciones y sus filiales en el extranjero, mayoristas, detallistas, correos, etc. Parece existir una unidad o dos supranacionales. Hay también francotiradores. Cuando un Estado, como en el caso RICORD, los Estados Unidos, tiene interés en que la Ley no sea burlada lo consigue, aunque siempre queda la impresión de que allí intervinieron factores políticos preferentemente y que si la misma energía se emplease con los "peces gordos" nacionales el resultado sería aun mejor. Las mentes sencillas se preguntan ¿si se conocen las fuentes de producción y las organizaciones, si están fichados gran parte de sus elementos, porque no se obtienen mejores resultados en la represión del tráfico ilícito?. Como siempre juega en ello el factor sociopolítico; las ideas y problemas del momento imperante en cada nación, que limitan el poder suasorio de sus autoridades, la falta de una estrecha colaboración internacional, impedida por los diferentes intereses de los países productores y consumidores, pero... los Estados dentro de sus propias nacionalidades poseen medios para trazar programas y a la vez para ejercer la coacción justa que reduzca a un control aceptable el consumo de drogas y es su deber, puesto que hoy día la mayoría de los Estados son dirigistas. Si realmente se conocen los canales de suministro, producción y demanda no es explicable la inacción ni las trabas legales. **LO QUE SI ES CIERTO ES QUE LA INSTALACION DE UN NUEVO VICIO NO MEJORARA LAS SOCIEDADES ACTUALES, AL MENOS NO SE VE COMO, Y QUE LOS PAISES CUYO SENTIDO DE LA LEY Y AUTORIDAD LO PERMITE, COMO EL JAPON, LO CONSIGUEN.**

El sistema socioeconómico actual favorece los intereses de traficantes y vendedores y el comercio clandestino. La industria privada con sus métodos de promoción actuales, fabrica productos que favorecen la adicción y que no siempre son necesarios. Las operaciones a través de bancos y empresas favorecen la clandestinidad. Un ejemplo típico: con pasaporte falso o legítimo los "correos" a Europa adquieren billetes de avión a crédito, de los que sólo pagan el primer plazo. Luego se quedan en Europa y ya no pagan más del billete que deben. Los jefes mafiosos cuentan con una red de complicidades políticas y administrativas, basadas en la presión del dinero, como descubrió la Comisión sobre la Mafia en Italia y señala MAZ-ZOCHI (31).

La gran "moda", el verdadero problema, podemos reducirlo para mayor claridad a la cannabis, en NORTEAMERICA, CANADA y EUROPA, con núcleos de drogados por opiáceos — heroína fundamentalmente — y LSD.

¿Qué es lo que este fenómeno tiene de moda? En parte si lo es. La moda se caracteriza por tres elementos: a) por una tendencia a ser normativa para determinados grupos; b) el afán de demostrar a los demás y a si mismo que se está a nivel del grupo y a la altura de los tiempos. c) ser efímera. Esto es lo que no sabemos si se va a cumplir en este caso, pero a juzgar por los cambios rapidísimos de unos años a otros que señalaremos más adelante, posiblemente sí. El hecho de ser una "moda" que influye sobre el sistema nervioso, es lo que la hace alienante. Por los años 50 fué moda beber el líquido de infusión de un hongo importado del Brasil; rejuvenecía y curaba todas las enfermedades sobre todo las hepáticas. Pero aparte su aspecto escatológico, fué un juego social que recorrió Europa: era inofensivo.

Ya en 1973 la Comisión de Estupefacientes de la ONU (32) llegó entre otras, a las siguientes conclusiones:

- LA DEPENDENCIA NO PUEDE SER CLASIFICADA POR CLASES SOCIALES, NI ATRIBUIDA A GRUPOS CULTURALES O SITUACIONES SOCIALES DADAS.
- NO ES ESTRICTAMENTE UN FENOMENO DE JUVENTUD.

SHOUTEN (33), en el resumen de los estudios de los grupos de expertos reunidos en AMERSFOORT (Holanda), por el Comité Ejecutivo de la UIPE (34), recoge la conclusión de uno de los grupos de la no dependencia exclusiva de los jóvenes de las clases medias, de familias con problemas ó de hogares disociados. Se aprecia un cambio fundamental, su extensión a las motivaciones de la miseria, a los jóvenes de clases sociales inferiores, con falta de perspectivas de porvenir y de satisfacciones inmediatas. Si este cambio se acentúa, si los jóvenes se adhieren a la droga por su **deprivación vital** el problema no tiene remedio próximo, porque la sociedad actual es el resultado de una opción alternativa libremente aceptada.

Los jóvenes de esta esfera encajan mal en los Centros que hoy existen, disponen de menos medios económicos para tratarse y están menos inclinados a buscar asistencia psicológica o psiquiátrica. He aquí un problema sociopolítico evidente.

Por otra parte, el joven de clases inferiores, drogadicto, termina más fácil en prisión que los de las medias y altas para un mismo comportamiento desviado. Otro problema sociopolítico.

La opción alternativa señalada consiste en que el "efecto droga" es secundario a la existencia de una industrialización que condena a los jóvenes a un trabajo monótono y sin iniciativa, a la dificultad y tensión de competir, alcanzar una meta y conseguir el premio. La opción ha sido por la máquina, por el beneficio aumentado, aunque la infelicidad de algunos conduzca al estupefaciente. ¿Dejamos de fabricar coches para evitar los muertos en carretera?, se pregunta SHOUTEN (33). ¿Hay otras alternativas?.

Los jóvenes peludos piensan que sí y los economistas y especialistas ya proponen otras, pero no sabemos si estamos capacitados para otros modelos de vida en que el crecimiento, beneficio económico y el "confort" no sean la opción elegida. Pero sobre estos temas volveremos más adelante.

LA FAMILIA ACTUAL OFRECE SINTOMAS DE DISGREGACION QUE HAN SIDO ESTUDIADOS POR LOS SOCIOLOGOS DE TODO EL MUNDO: la droga es un epifenómeno. Es cierto que la familia ha perdido cohesión, debido al sistema de vida, trabajo y ocio actuales, que alejan a sus miembros del hogar. Siendo la primera célula de integración aquella en que se forjan las relaciones neuronales y endocrinas, que en los núcleos del hipotálamo y cerebro medio van luego a influir en nuestra conducta futura; el hecho es importante. Los padres han perdido la fe en la manera de conducir la educación de los hijos dentro del hogar; son indulgentes, les dejan en plena libertad, dudan respecto a lo que hay que imponer, **HAN DIMISIONADO DE SU PAPEL DE HACER A LOS HIJOS MODERADOS, RESPONSABLES, INDEPENDIENTES Y CAPACES DE ACEPTAR SUS RESPONSABILIDADES,** SEGOND (37). Creen que este papel puede realizarlo la escuela y empiezan por enviar a sus hijos a la misma, o a las guarderías ya desde nacer o lo más tarde a los dos — tres años.

La consecuencia es falta de equilibrio entre el efecto y la disciplina, falta de confianza, sequedad e incomunicación — pocas horas de los padres en casa — tendencia a intelectualizar por temor a liberar las emociones. La inseguridad crece más en los hogares desunidos, ante padres que abusan del alcohol, de los psicofármacos, y madres autoritarias que mezclan sermones y cariño neurótico; **SEGUN LA FAMILIA Y EL CONTORNO SOCIAL SE PUEDE ASEGURAR HASTA ESTADISTICAMENTE, QUIEN SERA DROGADICTO.**

Lo contrario sucede donde hay lazos familiares fuertes y calurosos, equilibrio entre afecto y disciplina, relaciones serenas y cordiales en el matrimonio, autoridad ejercida fundamentalmente por el padre con moderación, firmeza y humor. Confianza en sus métodos educativos y los principios que deben vincular, dominio de sí mismo, respecto a los mayores y sus instituciones de todo orden, jurídico, religioso, político..., tolerancia y respeto mutuo.

En este cuadro los hijos saben en todo momento lo que los padres esperan de ellos, saben usar su libertad y asumir sus responsabilidades; son más indulgentes entre sí y con los demás y no precisan ni se influncian por la aprobación de sus actos o las ideas de los demás.

Pero estas motivaciones y actitudes, dentro de sus especiales características históricas, han aparecido otras veces en las sociedades así como la curiosidad, hostilidad a las instituciones, deseos de independencia y placer, de peligro y emoción propio de la adolescencia; la ilusión de alcanzar un conocimiento superior, mayor capacidad creadora, bienestar, tranquilidad, evasión. Queda de ello el hecho de que EL MODELO DE VIDA CREADO POR LA SOCIEDAD ACTUAL HA CONVERTIDO EN MENOS OPERATIVOS LOS IDEALES DE LA INSTITUCION FAMILIAR; LO CUAL PUEDE SER UN MOTIVO PARA QUE DETERMINADAS PERSONALIDADES SE DROGUEN, PERO NO PARA QUE LA HUMANIDAD SE CONVIERTA EN UNA SOCIEDAD DE DROGADOS. UNA COSA ES QUE LOS VALORES OPERATIVOS DE LA FAMILIA HAYAN DISMINUIDO Y OTRA QUE HAYAN DESAPARECIDO. LO QUE HACE FALTA ES QUE LAS LEYES FAVOREZCAN LA INTEGRACION DE LA FAMILIA.

CUADRO N.º 1

DECOMISOS DE ESTUPEFACIENTES REALIZADOS EN EUROPA EN 1974-1975 (21)

GRAMOS	N.º decomisos	Detenidos	Observaciones
OPIO			
1974 71.720	59	114	
1975 40.538	45	84	
MORFINA			
1974 86.076	62	116	más 7.200 comp. 23 amp.
1975 38.135	68	137	más 39.038 comp. 18 amp.
HEROINA			
1974 145.934	284	569	65.987 g n.º 3
1975 266.075	436	861	177.769 g n.º 3 160 g n.º 4 299 tabletas
COCAINA			
1974 20.284	63	138	
1975 49.093	99	201	24.260 g (Inglaterra) 11.528 g (España)
CANNABIS			
1974 24.974.710	1.790	3.023	298.651 líquido
1975 27.856.510	1.973	3.357	220.624 líquido 24 litros
L.S.D.			
1974 102.542 dosis	143	268	
1975 86.666 dosis	152	286	

CUADRO N.º 2

EL PRECIO DE LAS DROGAS (36)

	Cantidad kg	Precio compra	Precio venta	Gastos	Benef.
OPIO					
De productor a primer intermediario	10	—	300	—	300
De primer intermediario al segundo: comisión	10	300	400	—	100
Del segundo intermediario al jefe en ciudad	10	400	450	—	50
Cruzar frontera	10	450	900	110	340
Transf. de opio en morfina	10	900	1.200	80	220
MORFINA					
Cruzar frontera	1	1.200	1.500	65	235
Purificar morfina en ciudad	1	1.500	1.800	65	235
Transporte a punto embarque	1	1.800	2.200	90	120
Transporte a Marsella	1	2.200	3.000	120	580
Comisión agente local	1	3.000	4.000	240	760
Transf. en heroína	1	4.000	5.000	170	830
HEROINA					
Marsella a Nueva York	1	5.000	8.000	800	2.200
Entrada a los EE.UU.	1	8.000	13.500	1.300	4.200
Mayoristas norteamericanos	1	13.500	24.500	—	11.000
Precio: siempre en dólares					

SE CRITICA A LA ESCUELA ACTUAL DE NO TRANSMITIR EL MENSAJE ACUMULADO DE UNA GENERACION A OTRA POR ENCIMA DE LAS INFORMACIONES DE MASA, QUE ES SU MISION FUNDAMENTAL, ROBERT (38). HERSCH (39) LA ESCUELA DEBE ENSEÑAR AL JOVEN SU VERDADERA IDENTIDAD.

La escuela igualitaria estatal, uniformada y obligatoria, aísla a los jóvenes durante años y años. Sólo van a casa a estudiar y dormir si acaso. En estos años se crean unos estatutos comunes y modelos culturales propios. Su aprendizaje de la vida es puramente teórico. HICTER (40) señala en el Consejo de Europa en 1973, el fracaso del sistema educativo.

A ello ayuda la pérdida de la autoridad paterna, la no identificación paterno — filial — el teatro, cine, radio y televisión. Se observa una deformación de la educación y una cultura de lo patológico en estos medios.

Hay un desfase rapidísimo entre lo que se enseñaba hace 20 años, lo que se enseña hoy y lo que hay que enseñar mañana. En las escuelas de segunda enseñanza y universidades sólo hay tiempo para informar, para obtener un título. Muchos títulos una vez adquiridos no sirven porque ya han sido substituídos por otros. Los avances tecnológicos desbordan cada día los conceptos e ideas para los que estamos preparados. Por atender esta necesidad hemos llevado cada vez a alumnos más jóvenes las enseñanzas técnicas. Con ello se ha dejado la enseñanza formativa, porque sólo hay tiempo para la técnica. Los padres ya no influyen en la formación de sus hijos como entes responsables e independientes; la escuela de antes les suplía en esta misión, aparte de los profesores particulares que — los acomodados — llevaban a casa para completar la educación de sus hijos. De estas clases y de esta educación salían los líderes, en la escuela y en la sociedad.

Hoy en la escuela unificada esto no es posible y los mismos alumnos, de clases sociales menos acomodadas, no aceptan el liderato de aquellos ni plenamente su compañía. Los jóvenes de clases medias o elevadas no se sienten aceptados pero tampoco orientados. Los campus crean nuevos modelos culturales y estatutos propios, que se alejan de los valores transmitidos por la vieja civilización judeo-greco-romana y cristiana.

¿Remedios?. **QUE LAS LEYES DE REFORMA DE LA ENSEÑANZA FACILITEN DE NUEVO EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA, SECUNDARIA Y AUN UNIVERSIDAD LOS PLANES FORMATIVOS DEL ESPIRITU Y EL TEMPERAMENTO.** LEJEUNE (41) apunta el facilitar a la juventud el conocimiento de la metafísica. La unidad final de la especie dice, no se concibe sin una concepción de conjunto del mundo y la vida.

La escuela **DEBE LIBERAR AL HOMBRE ACTUAL DE LA ESCLAVITUD QUE SUPONE CREER QUE SOLO LAS POSICIONES PROGRESIVAS Y AUN LICENSIOSAS EN EL ORDEN ETICO-SOCIAL, POLITICO, RELIGIOSO Y SEXUAL SON VALIDAS.** Las propias iglesias se han contagiado de este espíritu. Mantener hoy un concepto espiritual de algo o que éste algo no sea materialista es considerarse atrasado, inactual, inoperante, ¿por qué?

Las leyes de enseñanza deben ayudar a restablecer el diálogo desde la escuela, algo perdido. Deben también ayudar a substituir el pansexualismo actual y, sobre todo, ayudar a restablecer el carácter fundamental de la autoridad.

Como siempre que aparece una crisis en alguna de las Instituciones clave en que se ha ido estructurando la Humanidad — matrimonio, familia, trabajo, moral codificada, relaciones de autoridad (interpersonales e interinstitucionales) — aparece el substitutivo con mayor o menor fortuna. Gran parte de los jóvenes no quieren vivir en sus hogares. Desean aislarse de la célula familiar: liberarse. Antes un aprendiz no cobraba; ahora trabajan y desde los 14-16 años, pueden vivir independientes, a veces en ciudades distintas de la de sus padres. Pero el menor no puede vivir aislado. La inseguridad psicológica y falta de confianza en sí mismo, propia de la adolescencia, le hace buscar ayuda en el "grupo". El grupo ha existido siempre, pero los de hoy han adquirido una conciencia política y tienen capacidad de presión. No han encontrado aún su verdadero "status" pero la sociedad actual conoce su importancia y utilidad.

Se inician en las escuelas y Universidades, y se diversifican en la vida real. La presión social de la familia sobre el individuo va siendo substituída por la del grupo. Estos en los campus, escuelas en la vida social, crean sus propias normas. Se inicia otra tendencia grupal, la de la "comuna" que es un intento de substituir la familia y los intereses particulares por los del grupo: no boda, no hijos; el aborto y anticonceptivos para la libertad sexual o su limitación. No controles sociales ni moral burguesa. Independencia y ayuda mútua.

EL DESEO DE LIBERTAD SEXUAL DE ESTOS GRUPOS JUVENILES se explica como reacción a la prohibición implícita de esta actividad, hasta la frontera de los 20 años o más, es decir, hasta que económicamente están liberados. Forma parte de las subculturas que usan la droga.

JOUNG (42) describe este proceso, no tan convincente, pues ya hemos señalado que hoy día, desde los 16 años y aún antes, el joven que trabaja gana lo bastante para vivir independiente. El papel marital no es de ningún modo imposible en los

adolescentes — 14-16 años — pero biológicamente, en la mayoría no hay madurez adecuada. Esta puede adelantarse indudablemente con las costumbres y las latitudes, pero en los países donde así sucede — algunas zonas de Asia, Africa y Polinesia — no parece hayan alcanzado cotas altas de progreso.

El pansexualismo ya se conoció en las más viejas culturas de Oriente y Occidente, pero casi todas las sociedades que han progresado, incluidas las comunistas, han resuelto los problemas emocionales y demográficos de la Humanidad a través de la familia. La libertad sexual de que los jóvenes se vanaglorian hoy, como necesaria para la realización fisiológica, el equilibrio emocional y fuente de salud mental, ha sido objeto de miles de ensayos. **COMO DERECHO INDIVIDUAL TIENE SU ACEPTACION, HOY DIA CASI UNIVERSAL; COMO ELEMENTO SUPERADOR DE PULSIONES Y PROBLEMAS AMBIENTALES AUN NO HA DEMOSTRADO SU UTILIDAD.** Las consultas de los psiquiatras y endocrinos conocen bien los problemas que esta libertad sexual aporta y que son mayores que antes con la legalización de la pareja. Tampoco es mayor la madurez sexual; sí hay mayor experiencia sexual que no es lo mismo. La madurez viene de la mano del desarrollo biológico que se desarrolla entre los 15 y 20 años, alrededor de los 18 en el hombre y de los 16 en la mujer (MARAÑÓN) y que ha de ir emparejado con el psicológico y emocional, que no siempre depende de las prácticas sexuales.

COMO ELEMENTO DE SOCIALIZACION Y DE SUPERACION DE CONFLICTOS EN LAS RELACIONES ENTRE LOS SEXOS, NI EL DIVORCIO HA LOGRADO DESTRUIR LA RELACION PERMANENTE Y DESINTERESADA DE LA PAREJA LEGALIZADA, LO QUE LEJEUNE (41) LLAMA "DONACION TOTAL E IRREVERSIBLE ENTRE DOS SERES DEL SEXO OPUESTO CONFORME A LA LEY DE LA NATURALEZA". Pero aún la pareja ocasional no precisa de la droga. La Humanidad ha llegado a los 4.050.000.000 de habitantes sin drogas ni educación sexual.

La comuna forma parte de la subcultura de la multidroga: nuevos modos de vida, adquisición de una nueva identidad, separación de las instituciones. Las viejas comunidades religiosas de todos los credos observarán con ironía este nuevo esfuerzo de algunos seres por escapar a su destino biológico, por sustituir la mística de lo trascendente por la mística de la droga. La comuna por último basa su bien estar en la ausencia de normas. Para convivir sólo es necesario madurez psicológica. Esto es posible en pequeñas comunidades, como las que actualmente se experimentan en medios rurales y en las grandes ciudades. Lo que no conocemos es su porvenir. Actualmente discuten si admitir niños, ¿sucumbirán al encantamiento de la paternidad?. En este supuesto ¿madurarán correctamente los hijos que de ellos salgan?. En todo caso parece que van a convivir y conviven dentro de la criticada sociedad tecnológica.

Por otra parte no es cierto que todas las comunas se organicen sobre la mística de la droga. Con droga o sin ella son un intento de escapar al "sistema". Pero los "sistemas" continúan existiendo y actualmente conocen la necesidad de contar con el grupo como elemento normal del proceso de desarrollo; no sólo para la socialización, sino como entes representativos de mayor interés: promocionar los grupos subdesarrollados e integrar los marginados. Lo cierto es que **GRUPOS DIVERSOS Y COMUNAS ACABAN FORMANDO PARTE DE ESTA SOCIEDAD Y CONVIVIENDO CON SUS VALORES PUBLICOS Y TRADICIONALES.**

RESPECTO AL "SISTEMA", A LA SOCIEDAD, SE DICE QUE LA ERA TECNOLOGICA, LA SOCIEDAD DE CONSUMO, HA DESBORDADO REPENTINAMENTE LOS CONCEPTOS E IDEAS PARA LOS QUE ESTABAMOS PREPARADOS, y los rechazan por que:

- Los jóvenes han captado rápidamente su dependencia y esclavitud de los miles de ingenios mecánicos que se les ofrecen cada día.
- Las ideas de Marcuse y otros les han inclinado a pensar que esta sociedad está muerta y hay que crear otra.
- Los muchachos de las clases privilegiadas no se encuentran satisfechos de la vida fácil que se les ofrece.
- Por reacción: miedo al esfuerzo duro y constante para crear.
- No adaptación a las ideas e instituciones recibidas. No identifican en la sociedad ni en sus mayores la realización de estas ideas ni la bondad de

estas instituciones. De ellos piensan que predicán una moral que no practican. De éstas que son una trampa. A esto se llama hoy alienación, y en las sociedades benéficas — hastío — aburrimiento. PARIZEAU (3) duda con magnífico criterio de esta alienación, fenómenos similares han existido siempre; a principios de siglo era la libertad de los jóvenes.

Hay que destruir esta sociedad enferma. LOPEZ REY (14) con lógica cartesiana se pregunta ¿sustituirla con qué? ¿“Puede una sociedad existir sin sistema?”.

La enfermedad de la Sociedad existe, pero como argumentación es débil ante la propia realidad, por ejemplo: a pesar de algunas manifestaciones pesimistas, la Sociedad americana, parece estar surgiendo de la pesadilla — crímenes políticos, droga, guerras impopulares — de los años 60, y volviendo a alcanzar altas cotas de progreso a través de sus valores tradicionales. En la misma calle el fenómeno droga ha perdido gran parte de su visibilidad.

Esta sociedad con todos sus defectos es la que, hasta ahora ha obtenido mayores beneficios para un mayor número de personas. Es la que ha conseguido la semana de 5 días de trabajo y está a punto de conseguir la de 4. Es la que mayor número de bienes ha puesto a disposición de la Humanidad. Aún no ha logrado que estos bienes lleguen a todos ni eliminar las guerras, ni la injusticia, pero ha alcanzado una mayor comunicación entre todos los países, un mejor conocimiento de sus problemas y la formación de una mejor conciencia internacional, con presión sobre los detentadores de la mayor parcela de poder.

Está demostrado que la dinámica de los cambios sociales exige tiempo aún en los movimientos revolucionarios, que producen rupturas. En el Consejo de Europa se dijo en 1973 (43) “Hay que cambiar el sistema de vida de la Sociedad actual, hay que humanizarla y ajustarla al ser humano y a sus necesidades y aspiraciones biológicas y sociales”. Suponemos que el hombre, no drogado, lo hará.

Las sociedades, los Estados y Sistemas deben perfeccionarse pero no volver a sistemas de vida primitivos, ya superados. No conocemos sociedades que hayan retrocedido en el progreso. Como ya indicamos ni siquiera sabemos si estamos preparados para volver a un régimen de vida similar al de hace 50 años y drogados además.

CABE INVESTIGAR TAMBIEN SI LOS DROGADOS DE HOY NO SON LOS INADAPTADOS DE SIEMPRE, los incapaces de realizarse en cualquier otro tiempo y sociedad. Antes, esta no integración, era visible sólo intramuros de la familia y sus adheridos; ahora los cambios en ésta, en la escuela, la mayor libertad en nuestros adolescentes, han facilitado su visibilidad y encontrado un modo común de expresarse en la droga. Posiblemente este grupo de inadaptados se ha visto ampliado por la menor necesidad del trabajo del adolescente a partir del proceso de la “maquinización” industrial desde el último tercio del siglo pasado y la prolongación cada vez mayor de la edad escolar propia de este siglo.

LA CONTRACULTURA NACE EN LOS HIPPIES Y CON LEARY (44) SUMO SACERDOTE DEL LSD Y ALUCINOGENOS.

Los primeros surgen como reacción a la dominación económica que obliga a trabajar para obtener prestigio y satisfacciones materiales. Són jóvenes de clase media o privilegiada que desean liberarse de esta obligación. Se extiende con características internacionales propias en el vestir, en su interés por lo que hoy se llama parapsicología y los fenómenos ocultos, por la cultura oriental y con una filosofía que consiste en el desdén del trabajo y aún de la escuela como formadora de hombres para trabajar.

El hombre debe alcanzar su identidad por el conocimiento de sí mismo y del mundo, imposible a través de la rutina del trabajo; por sí solo a través de los valores del ocio, el grupo, diversiones, espontaneidad y sin tener en cuenta el tiempo, que es un elemento subjetivo y no objetivo. Una de sus metas es la creatividad y expresividad. El busca que las drogas psicótropas le faciliten su emergencia del mundo del trabajo y su problemas. Los “otros” han de buscar su identidad y socialización dentro del mundo de la productividad. Ellos exigen placer inmediato, AHORA, no diferido como gratificación: sexual, música, ocio y droga.

Ya han pasado años para valorar esta experiencia. Ha servido para que la gente tome conciencia de que la Sociedad tiene graves defectos y quizás sea su logro más

positivo. NO CONOCEMOS SUS GRANDES CREACIONES NI CUANTOS, DE VERDAD, SE HAN IDENTIFICADO A SI MISMOS Y HAN ENCONTRADO SOLUCION EN PROFESIONES INFORMALES, NO CONVENCIONALES. TAMPOCO SABEMOS CUANTOS SE HAN HECHO DEPENDIENTES PSICOLOGICOS O FISICOS DE UNA U OTRA DROGA Y ESTAN DEPENDIENDO DE POR VIDA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. De momento han sido parásitos de padres, familiares y amigos y aun de los Estados en que se han asentado. Esta subcultura, en los lugares donde se ha establecido como en IBIZA — España — ha derivado a un modo de vida inconventional con un comercio ligero de cinturones, hebillas, objetos de recuerdo; oficios como peluqueros y mesajistas al aire libre, etc. La música es un negocio editorial fabuloso — que se ha servido de ellos — con creaciones mediocres y masivas, y algunas aisladas realizaciones brillantes; nunca tanto dio de sí tan poco.

Por último, como ya se demostró en la experiencia de HIGHTASHBURY, (45) la sociedad de drogados no tiene capacidad para subsistir por sí misma. Tiene necesidad de un entorno social bien organizado y rico.

LEARY añade con los alucinógenos la idea de que éstos son llaves de la libertad interior, que nos permiten estados de superconciencia, imposibles de concebir sin ellos, el "viaje" a otros mundos y al exterior de nuestro cuerpo, percepción más aguda de uno mismo y del mundo; dan conocimientos profundos y todo ello superando las inhibiciones mentales y las barreras culturales; abren las puertas del universo infinito sin exigir a cambio coacciones. Salvo algunos, muy modestos resultados, en el campo de los esquizofrénicos y alcohólicos, y una experiencia en delinquentes, no superiores a los obtenidos con otros métodos, no conocemos mejores realizaciones. El hombre no puede esperar de sus alucinaciones sino lo que tenga dentro de sí. Sus alucinaciones sólo podrán ser lo que sus vivencias de todo orden, sensoriales, psíquicas, etc., hayan sido. Ya hace años que se inventó el LSD y aún no conocemos las aportaciones a la ciencia y cultura occidentales traída por sus usuarios.

EL MAYOR EXITO DE ESTAS SUBCULTURAS HA SIDO EL CRITICISMO A LAS HIPOCRESIAS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, LA SUPRESION DE LOS GRANDES CONVENCIONALISMOS, LA INTRODUCCION DEL PANSEXUALISMO Y LA IDEA DE QUE OTROS MODOS DE VIDA MAS EXPONTANEOS SON POSIBLES. ¿CUALQUIERA DE ESTOS MOVIMIENTOS PODRIA HABER EXISTIDO SIN DROGAS? POSIBLEMENTE SI, A JUZGAR POR SU EVOLUCION.

Ya en 1974, un grupo de trabajo de la UIPE (pág. 101) presidido por MUNCH PETERSEN, llega a la conclusión de que desde 1971 la cultura de la droga, ha perdido mucho atractivo para los jóvenes. Otro grupo presidido por CAMERON (46) dice en sus conclusiones que "LOS GRUPOS Y SUBCULTURAS BIEN DEFINIDOS PARECEN CONFUNDIRSE Y DESAPARECER CUANDO SE TRATA DEL USO DE ESTUPEFACIENTES E INCLUSO DE OTRAS CATEGORIAS DE PROBLEMAS.

RESULTA PUES QUE SI BIEN ES CIERTO QUE AUN HOY MISMO UN CIERTO NUMERO DE JOVENS RECHAZAN LAS NORMAS SOCIOCULTURALES DE NUESTRA SOCIEDAD, NO HAY UNA RELACION DE CAUSA A EFECTO CON EL USO DE DROGAS PARA FINES NO MEDICOS.

EL VALOR ECONOMICO FUNDAMENTAL DE ESTA CRITICADA SOCIEDAD ES EL TRABAJO INSTRUMENTALIZADO, PRODUCTIVO, MECANIZADO Y MONOTONO QUE DEJA AL HOMBRE POCO LUGAR AL DESARROLLO DE SU INICIATIVA. Es alienante en cuanto exige racionalización del tiempo y mayor rendimiento, para mayor ganancia, para mayor consumo, para mayor disfrute del confort y delicias del ocio. Esto se considera un factor de drogadicción.

Ciertamente algunos elementos mecánicos y sistemas de producción industrial actual pueden ser objeto de esa crítica. Los progresos en las ciencias de la salud pública e higiene del trabajo, aplicados correctamente, eliminan casi todos los factores negativos. Gran número de los que acceden a las máquinas más rutinarias son los que nunca hicieron sino trabajos rutinarios. Hoy día en las empresas lo difícil es encontrar mandos intermedios que son los que permiten iniciativas; no desean responsabilidad. En cualquier empresa de hoy el trabajo se realiza en

condiciones más dignas que antes. Los horarios y salidas se diversifican para liberar al obrero de la monotonía. Las empresas disponen de instalaciones para el empleo del ocio. La realidad es que el maquinismo, hasta los trabajos más duros como la minería y el cargamento en los muelles los ha liberado en gran parte del esfuerzo muscular, lo que en realidad significa desesclavizar. ¡El hombre esclavo de la máquina!, pero la máquina no puede funcionar sin el hombre. El hombre sí depende de las fluctuaciones económicas de la empresa, pero las leyes sociales le protegen del paro, enfermedad, accidente. ¿SE DROGA ENTONCES PORQUE VIVE MEJOR? ¿PORQUE TIENE MAS HORAS DE OCIO?

SE HAN SEÑALADO FACTORES PURAMENTE POLITICOS. ROMAN GARRY en 1972 (47) mantiene que asistimos a un envenenamiento sistemático de Norteamérica por parte de China, y PATTON (48) que "se trata de una campaña sistemática contra los países occidentales para destruirlos". Nadie duda que cualquier método sea bueno para desprestigiar y desestructurar al enemigo entre los poderosos, pero parece ingenuo pensar que el poderío mundial puede obtenerse así.

BERSTEIN (49) describe la existencia del PROGRESISMO IZQUIERDISTA en un grupo de jóvenes drogadictos. Este fenómeno general como rechazo de la sociedad actual no se conoce entre los jóvenes maoistas, y los comunistas lo rechazan por principio. Sin embargo LOS JOVENES DROGADICTOS DE LA UNIVERSIDAD, instrumentalizados desde el exterior, SUFREN GRAN RADICALIZACION POLITICA (BASELGA 1973 (50) y COMISION ESPAÑOLA (51) 1975), toda ella orientada a movimientos socialistas extremos. Gran parte de ellos han abandonado los estudios y otros van a la universidad pero no pertenecen a ella. Entre los jóvenes universitarios de varios países esta radicalización parece orientada contra la sociedad pero SIN MATIZ ESPECIFICO. SI EXISTE ES DE ORDINARIO COMUNISTA, que es el sistema que elimina la sociedad de consumo. PERO EL COMUNISMO, EN CUALQUIER ACEPTACION, NO PERMITE LA DROGA.

En los estudios sobre motivaciones y actitudes, HINDMARCH 1975 (52), DORN 1976 (53) y MOTT 1976 (54) las motivaciones políticas y sociopolíticas no aparecen o no tienen valor apreciable.

Sin embargo hay datos contradictorios. En las escuelas de Ciencias Sociales, en la encuesta de HINDMARCH el 100% eran fumadores de marihuana. Hoy hay ya experiencias sobradas acerca de la influencia nociva de la mayoría de las drogas fuertes sobre la salud y la vida. Así se reconoce en los informes de la Comisión de la ONU de 1975 (55) de la UIPE en 1974 (56) y en informes nacionales como el del Instituto Allembach alemán (57). Aumentan las muertes entre los toxicómanos y los inválidos para una vida normal. Aumenta la asistencia social y las cargas en los presupuestos de las Seguridades Sociales de los Estados. Un trabajo sobre los efectos físicos y mentales puede verse en BERISTAIN (58) 1975 y en los trabajos de las comisiones americanas y canadiense. (59).

Las dudas surgen con relación a la marihuana. Aunque se han descrito suicidios, desorientación en el tiempo y espacio, sobre todo para la distancia, pérdida de la memoria, efectos teratógenos STENCHEVER 1975 (60), disminución de la capacidad inmunológica celular, DUPONT 1974 (61), Cancerogénesis (División de estupefacientes 1974 (62) y NAHAS 1974 (63); coronarias (64); lesiones cerebrales, entre ellos la atrofia CAMPBELL (65); alteraciones electroencefalográficas (HEAT 1973) y efectos sobre el desarrollo y maduración psicológicas (KOLANSKI 1974 (66) y MURIA 1973), siguen las polémicas sobre si su acción es mayor o menor que la del tabaco. Hoy día toda esta temática está a revisión. SOUEIF 1976 (67) en un estudio entre más de 800 prisioneros, consumidores y no consumidores, señala cómo es menos visible o inexistente, el déficit psicológico en los menos instruidos, en los procedentes de zonas rurales y en los económicamente débiles. VAN DER HOOFT 1974 (68), sostiene, con sus colegas del Departamento de Protección a la Infancia del Ministerio de Justicia de LA HAYA "que unas investigaciones científicas serias no han logrado probar la nocividad del cannabis, cuyo uso moderado no representa más peligro para el individuo que el consumo razonable del alcohol". "La deteriorización física, atribuida al uso de esta sustancia no ha podido ser probada nunca". Podemos afirmar que hoy día los trabajos científicos a favor o en contra de los daños de salud causados por la cannabis se encuentran al 50%.

El deterioro social sin embargo es evidente. En la universidad contestaría en los bares y tabernas "in" donde se cultivan muestras mediocres del folklore y la promiscuidad sexual es visible, en todas las manifestaciones "Rock", en las reuniones de todo tipo, donde el inconformismo en el vestir, peinar e higiene personal son evidentes, hay cannabis. ¿Que se fuma además por todas las clases sociales?, seguramente, pero su visibilidad, como manifestación de inconformismo, es un factor sociopolítico importante aun. No está demostrada su desorientación delin cuencial: KITTRIE (16) y COOPER (69) lo niegan y en general a nivel de actuaciones policiales (70) este no es un hecho evidente en Europa.

El tráfico clandestino causa desviaciones delin cuenciales, sobre todo en el usuario de drogas duras, que sucumbe a la tentación de ser "correo" o intermediario por necesidad de su dependencia. Esto es perfectamente conocido de la policía y de los Centros de Consejo y Tratamiento de todos los países. La afectación de la burocracia estatal y el soborno a los elementos encargados de reprimir el tráfico es evidente y anotado como partida en los capítulos de gastos de todo traficante ilegal. Para un kilo de heroína el valor de esta corrupción es inferior a 1.300 dólares, aproximadamente el medio por ciento de su valor. QUE CON a 1.300 dólares, aproximadamente el medio por ciento de su valor. QUE CON ESTA MISERIA SE PUEDA SOBORNAR A LA ADMINISTRACION, SÍ QUE TIENE UN ELEVADO VALOR SOCIOPOLITICO.

Un comentario final a estos factores sociopolíticos. El uso de drogas, sobre todo de alucinógenos y en el fondo la marihuana es un alucinógeno social, es un cambio en el lenguaje y la comunicación, una exaltación de la pasividad. Ello supone un cambio de dirección en la sensibilidad moderna o quizás una ausencia de dirección. Las viejas palabras amor, honor, fidelidad, lealtad, autoridad,..., han perdido su sentido y no han adquirido otro nuevo. Las drogas actuales tienen coartada metafísica: la "nueva raza" que pretendía crear LEARY es un desafío a occidente. Sig nifican una disidencia. Si se prohíben es en nombre de la salud pero también en nombre de la moral social, ya que los drogados niegan las ideas de actividad, trabajo, progreso, utilidad, etc.

El alcoholismo es una infracción a las reglas sociales pero la sociedad lo tolera mejor que la droga porque aquella tiene la oscura conciencia de que la violación de las reglas sociales cometidas por el alcoholismo en el fondo las confirma. Su caso, el del alcoholismo, es muy parecido desde el punto de vista de la tolerancia al de la prostituta ya que tanto ésta como aquel no ponen nunca en duda las reglas que quebrantan. Los actos de aquel podrán ser, sí, un disturbio, a veces gravísimo, una alteración del orden, pero no encierran una crítica, por el contrario, el recurso a los alucinógenos implica una tentativa para escapar de este mundo y colocarse al margen de la sociedad. La sociedad, en lucha contra la droga, manifiesta un celo ideológico: persigue una herejía. Si la contracultura significa una oposición clara a la sociedad de consumo, un intento de liberación de las esclavitudes de nuestra época, la dependencia, cualquier tipo de dependencia, no es otra cosa que afirmar el status del consumo. En el fondo la contracultura de la droga no hace más que hacerle el juego a la sociedad industrial. Por otro lado la rebelión de los jóvenes contra los mayores es más aparente que real pues el hecho de recurrir a los alucinógenos no es otra cosa que participar, no en la contracultura sino en la cultura de la "multipsicofarmacia" de nuestra época. No es necesario hablar de las toneladas de tranquilizantes y sedantes que se consumen actualmente.

LEGISLACION Y SUS CAMBIOS. — DESCriminalIZACION Y LEGALIZACION

Del exámen anterior se deduce que existen una serie de desajustes en las estructuras sociopolíticas de la Sociedad actual, que suponen un aumento de los conflictos y problemas que enfrentan al individuo con su integración social y de los cuales depende la grave extensión actual del abuso de drogas. Como los cambios sociales y políticos exigen tiempo la extensión alarmante no se corregirá fácilmente y debemos acostumbrarnos a convivir con las drogas y los jóvenes drogados.

Estos cambios supondrían:

- eliminar la miseria
- eliminar el hambre

- mejorar la educación
- eliminar las dictaduras politico-económicas
- transformar las estructuras socio-económicas
- respetar a nivel mundial la dignidad y libertad humana y los derechos humanos, ya reconocidos
- mentalizar y educar a los jóvenes de hoy para ayudar a los países menos favorecidos. Promocionar los grupos subdesarrollados.
- mentalizar a los dirigentes de los países menos favorecidos para aceptar esta ayuda. No xenofobia.
- eliminar la injusticia social
- eliminar la injusticia penal
- no discriminación por raza o credo
- reajustar los factores culturales de las sociedades benéficas y el empleo del ocio
- producir y consumir lo necesario, no lo superfluo
- equilibrar beneficio y ocio en cualquier tipo de Sociedad.
- asegurar a nivel internacional el trabajo, salud e instrucción para todos.
- instruir a los jóvenes en causas nobles como por ejemplo, la unidad de Europa
- recuperar el principio de autoridad. Luchar contra el poder es, a veces, necesario; contra la autoridad, no
- revalorizar el esfuerzo necesario para crear
- curar esa terrible enfermedad de la sinistro agresividad, verbal, política, erótica, materialista, etc.
- suspender la enseñanza y cultura de lo patológico
- integrar, sin destruir, los nuevos valores, jóvenes, maduros ó senectos, que supongan un progreso en cualquiera de los fines anteriores, en los valores permanentes de las culturas y civilizaciones ya existentes
- colaboración, libre de prejuicios, para todos estos fines y a nivel internacional

En el transcurso de los años, siglos quizá, en que estos fines se pueden ir consiguiendo lo que no parece razonable es promocionar la drogadicción con facilidades legales, porque si los drogados nos han demostrado valores críticos, no han exhibido los necesarios para crear, ni las instituciones criticadas han perdido valor formativo, ni los factores implicados tienen entidad suficiente para ello, según nuestros comentarios anteriores.

Así pues, tratar de ayudar con la legislación, de integrar, si. Hacer las leyes más justas para que la represión se ejerza en el lugar y persona adecuados, también.

Para la legalización, sobre todo de la marihuana se han exhibido razones de peso, sobre todo en los Países Bajos por VANDER HOOFT ya citado (68) en 1974; el informe de la Oficina Central para la Salud Mental (71) de 1971 y el de la Comisión Baan de 1972, cuyas recomendaciones ha hecho suyas el Gobierno en 1972 y 74, aconsejan:

- No considerar el uso regular de drogas como un acto criminal, con el fin de que la persona incriminada pueda encontrar la ayuda que más necesite.
- Distinguir el tráfico de los productos derivados del cannabis del de las drogas duras. Su comercio reducido no debe ser considerado un acto criminal.
- No sancionar el uso y posesión del cannabis, aunque de momento no se pueda realizar, por estar Holanda sujeta a la Convención de 1961.
- Poner el acento en la persecución del tráfico de las duras y prevenir el abuso de los psicótropos.

Esto se basa en lo siguiente:

- a) el cannabis no es droga nociva
- b) considerarla así es estigmatizar al usuario, colocarlo en la subcultura, marginarlo, donde tendrá más ocasiones de acceder a las drogas duras y menos de encontrar la ayuda adecuada.

Esta política tan liberal ha tenido algunos efectos negativos. Holanda en general y Amsterdam en particular se han convertido en el refugio internacional de drogados y traficantes. Hoy es en Europa el Centro más importante del comercio mundial.

KITTRIE (16) de USA, también ya citado, da una razón que le parece fundamental ¿ por qué los mayores pueden intoxicarse con tabaco y alcohol y nosotros los jóvenes no con marihuana? ” “Dejeme escoger mis vicios” e incide en la inocuidad, así como en la diferenciación legal de duras y blandas. El problema ha llegado hasta el Congreso, que no autoriza, ni el Senado.

Una extensa bibliografía mundial aporta argumentos de unos y otros. Cierta prensa, sirviendo no sabemos que intereses, tiene ya predispuesta, polarizada, sino convencida a gran parte de nuestra sociedad. Legalizar, no legalizar...

He aquí nuestras opiniones, validas para la cannabis y para todas las drogas y, desde luego, negativas:

- La comparación con el alcohol y tabaco es legítima. Estos hacen víctimas y las drogas también, pero si se consumiesen psicótrofos a nivel de aquellos el desastre para nuestra cultura, no es previsible.
- El problema de la nocividad no es lo importante. Si lo es el de reconocerse a sí mismo y a sus actos, como realizados por una mente consciente con capacidad de decidir libremente. Esto es lo humano y se trata de decidirse por ó en contra de lo humano.
- Negar rotundamente la nocividad de la marihuana es ingenuo; tanto como el reclamar el derecho del individuo a un nuevo vicio. Si el individuo puede permitírselo la Sociedad no. Esta no tiene porque crearse ella misma una nueva carga social.
- No creemos que el ejercicio de una severidad coherente, realizada con la dignidad de la ley, estigmatice a nadie: el joven debe saber de un modo claro lo que no debe hacer. Bien con no dramatizar, no culpabilizar, pero desarmar la censura social sólo conduce a la confusión. Y esto, es legalizar.
- Legalizar sería aumentar la dependencia, favorecer las estructuras socio-económicas que hay que transformar.
- No se ha demostrado aun que un drogado, aunque sea de cannabis, sea más útil que el que no lo es.
- Estas dos últimas razones las expone también LOPEZ REY (14) en el trabajo citado y algunas más que consideramos importantes. Como resumen de ellos diremos que mejor que introducir un nuevo vicio es realizar los cambios que exige la Sociedad actual y que hemos señalado al principio y que los jóvenes en lugar de drogarse se dediquen a transformar la Sociedad con la mente libre de psicofármacos.
- La legalización favorecerá a los privilegiados. Para los modestos significa promocionarles un gasto más.
- Desde luego no es ninguna mejoría para la salud ni mental ni física.
- De cualquier modo, liberalizar o legalizar sin tener preparadas las estructuras necesarias para tratar al toxicómano es crear nuevos inválidos ó enfermos a los que entre todos tendremos que sostener.
- El tratamiento del toxicómano se ha mostrado particularmente difícil y sobre el aun no hay ideas claras, ni se conocen resultados brillantes, a pesar de la complejidad de los Centros alternativos ideados en Escandinavia. De cualquier modo lo mejor es no empezar: es el consejo máximo de la PREVENCIÓN.
- El uso alternativo de drogas puede entrar en la práctica diaria y ya tenemos demasiadas.
- Cuando aun no hemos alcanzado la meta en el tratamiento de las toxicomanías autorizadas y ni siquiera sabemos lo que hacer con la delincuencia vulgar a la que también queremos despenalizar, no debemos crear nuevos problemas.
- Porque creará una competencia con los detentadores del comercio de las otras drogas, tabaco y alcohol, de consecuencias también delictivas, y no suprimirá el tráfico ilegal. En España el tabaco es um monopolio y sin embargo el contrabando obtiene beneficios extraordinarios.

- Y finalmente, porque esta Sociedad debe aceptar el desafío que se le ofrece y no legalizarlo.
- Se dice que las leyes restrictivas no han conseguido nunca resultados. Si los han conseguido. China con el opio. Japón con los opiáceos y anfetaminas, Francia e Inglaterra con la heroína y anfetaminas, etc. SMART (49) estudia esta cuestión y cree que el fracaso es debido a no haber previsto ni resuelto los problemas de metodología y reconoce que las medidas restrictivas tienen éxito con las drogas de fabricación lícita, recurriendo al sentido moral de fabricantes y médicos y menos éxito con las medidas restrictivas dispuestas para las ilícitas, como heroína, cocaína y cannabis. Sin embargo, insistimos, donde la eficacia en el cumplimiento de las leyes forma parte del espíritu general de la población si se consiguen resultados: URSS, China, Japón, ultimamente Alemania, que ha endurecido sus leyes, y Suecia son ejemplos.

En la 27 sesión de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de la ONU (72) con asistencia de todos los países miembros, 25 países observadores y todos los organismos de la ONU interesados, reafirma:

- Que teniendo en cuenta los numerosos resultados de la investigación científica sobre cannabis, no cabe duda sobre su carácter nocivo.
- Recomienda a todos los países y organismos tomar todas las medidas apropiadas contra el abuso, oferta y sobre todo comercio y tráfico ilícito de cannabis, resinas, aceite, etc.
- Señala a la atención de los Gobiernos tomar todas las medidas posibles sobre el tratamiento, readaptación y educación de los que abusen de cannabis.

El XI Congreso de la Asociación Internacional de Derecho Penal, tenido en Budapest, en Septiembre de 1974 (73) acordó aconsejar:

- No estigmatizar ni a desviados ni a criminales.
- No aplicar la ley igual al fabricante y traficante que al consumidor o poseedor.
- Que todas las leyes nacionales sean revisadas y modificadas en este sentido.
- Descriminalizar y liberalizar ciertos comportamientos relacionados con el uso de las drogas; considerar la drogadicción como una atenuante según los casos.
- No legalizar la cannabis. Razón principal no modificar la Convención de 1961. Esto en realidad indica una duda sobre la eficacia de la no legalización, en las mentes jurídicas.
- Establecer programas para la preparación adecuada de todos los agentes que han de aplicar la ley, del magistrado al agente de represión. El éxito depende de la buena metodología.
- Recomendar la transferencia de los servicios antidroga de los Ministerios de Justicia a los de Sanidad y Protección Social. Ayudar al toxicómano a resolver sus problemas y proteger a la Sociedad.
- Control internacional cada vez más efectivo, a nivel mundial, con cooperación de todos los Estados y Organizaciones e Instituciones internacionales por medio de,
 - Ratificación por todos los Estados de la Convención Unica de 1961 y su protocolo adicional de 1972. Hasta ahora sólo lo han hecho 95.
 - Idem de la Convención de 1971 sobre psicótropos.
 - Y otras formas de cooperación con la ONU y sus Agencias y Organismos en investigación, aportación de datos, de fondos.

Se propuso, pero no llegó a aprobarse, la creación de un Monopolio o Agencia Internacional para el control directo de toda la producción, comercio y tráfico de las sustancias tóxicas en todo el mundo, dependiente de la ONU.

Tampoco se aprobó la autorización de protocolos facultativos para las naciones que desearan legalizar.

Hay cesiones importantes, en la nueva mentalidad jurídica: la duda respecto a la legalización de la cannabis; el intento de romper la unidad de la Convención de 1961; el acento puesto en ir abandonando el sistema represión por la orientación

social y el considerar al drogadicto tributario de la Asistencia Social y de los servicios de la salud.

Hay a la vez un intento ambicioso de Control Supranacional directo con su carga de Agencias, Secretariados, nuevas cargas internacionales a los Estados y sobre todo sus grandes conflictos de cesiones de parcelas de poderes nacionales al Organismo Internacional.

Hay algunos otros criterios sobre la reforma de las legislaciones que resumimos y en cuyo comentario no entramos. Son:

- Tener en cuenta que la opinión pública y los gobernantes siguen, en general, opuestos a la excesiva suavización de las legislaciones, lo que hace difícil su reforma.
- Hay una repugnancia extendida al tratamiento impuesto, pero los países que lo realizan no acusan malos resultados.
- La opinión de los científicos, farmacólogos, toxicólogos, etc. no es favorable a legalizar ni descriminalizar.
- Nunca emplear una maquinaria automática represiva despersonalizada.
- Jueces muy especializados y leyes que les permitan una gran iniciativa.
- No suavizar las leyes a favor de los privilegiados, que siempre van menos a prisión. Ver BROTMAN (74).
- No enviar en mayor proporción a la cárcel al económicamente débil. Centros adecuados para ellos.
- La supresión del carnet de conducir, salvo transgresiones anormales, no resuelve nada.
- Ver la posibilidad de que aquellos a quienes todo el mundo "conoce" como traficantes puedan ser aislados durante 1 año, en Prisión o de otro modo.

Casi todos los países van siguiendo estas normas y poco a poco las leyes se van modificando en los sentidos señalados por el Congreso Internacional de Derecho Penal y la exposición anterior. En realidad el mayor cambio ha sido por parte de los jueces que aplican con menor severidad al consumidor las leyes existentes, y con severidad máxima las penas a los traficantes.

Una dificultad en la modificación de las leyes es liberar al consumidor de su complicidad en el tráfico ilegal. Para ser simple consumidor o poseedor ha tenido que haber compra, donación u otro tipo de intervención en el tráfico ilegal. La solución está en el arbitrio judicial. Le conservan las penas al consumidor cuando la intervención en el tráfico ilegal tiene un fin de beneficio ó proselitismo.

En Europa casi todas las leyes se han revisado en esta dirección.

La ley inglesa sigue poniendo la solución en manos de los médicos y en el registro del toxicómano. Un buen estudio es el de JOHNSON (75). Las últimas leyes europeas modificadas en 1975 son la belga (76) que dulcifica las medidas de probación tomadas con los usuarios de estupefacientes y pena hasta 20 años y multa muy gravemente a los traficantes; y la italiana (77), que sigue la misma línea y despenaliza al usuario para fines medicos ó no medicos aunque la compra haya sido ilícita. Entre 1971 y 74 fueron modificados los Códigos Penales y leyes sobre drogas en Francia, Suiza, Holanda, Alemania, etc. con la misma orientación.

La misma evolución se ha observado en las leyes canadienses y de USA, sólo que en éstas establecen diferencias por el tipo de drogas duras y blandas y consecuente la agravación de las penas.

Vemos, pues, que el camino seguido en las legislaciones ha sido el de la descriminalización, sin que la figura del consumidor delincuente, desaparezca totalmente, menos en muy pocas legislaciones. Algo similar sucede con el simple poseedor, consumidor ó no, intermediario ó no. Se ha pasado del delito a la falta, a la contravención; de la pena de prisión a la simple amonestación, la probación y la multa. Inscripción policial, no judicial, sin efectos penales en la reincidencia, o ninguna inscripción.

Estas modificaciones precisan la existencia de unas instituciones adecuadas de tratamiento, rehabilitación y readaptación, con programas múltiples y alterna-

tivos. Todo esto no es fácil, exige mucho dinero y presenta grandes dificultades de organización. En general bajo la presión de la opinión pública ó de los medios de información y de los especialistas la modificación de las leyes nacionales van más deprisa que la realización de los programas de prevención y tratamiento y por supuesto que las transformaciones estructurales que exige nuestra Sociedad.

Creemos por ello que en tanto ésto no sea posible las leyes internacionales deben conservar íntegras su capacidad de control y orientación. Han sido realizadas y aceptadas teniendo en cuenta las necesidades de todos los países, por grupos de técnicos informados, dentro de asesoramientos eficaces jurídicos, farmacológicos, sociológicos, etc. Sin negar los defectos de predominio propios de cualquier organización, la ONU, OMS y sus Agencias de Control de Narcóticos, se han atenido en su función y legislación, al respeto a la dignidad e intereses de los países miembros y a los Derechos Humanos y defensa de la Sociedad. Antes que modificarlas, cuando aun todos los países no las han ratificado, como se pretende con la legalización, sería mejor que se cumpliesen concretamente por todos los Estados, y que éstos ajustasen sus leyes a las mismas. Sólo de este modo podremos conocer su eficacia y para esto es conveniente evitar dos escollos: uno, no dejarse influir por el empuje liberalizador de las Sociedades de riqueza y cultura superior. Otro, no considerar al toxicómano un ángel de desgracia, un niño tan desvalido que hay que mimarlo, cuidarlo, protegerlo, no contrariar su voluntad, su deseo, para no destruir su personalidad.

Actualmente, en el concepto más moderno y extendido, el toxicómano necesita tal cantidad de cautelas privilegiadas, que la pregunta que surge es la siguiente: ¿si ellos han de decidir si curarse ó no, el método de tratamiento adecuado, la persona que lo ha de realizar, dónde, cuando, etc. qué recurso le queda a la Sociedad? Pensemos que son seres responsables, capaces de comprender una ley y aceptar sus defectos y limitaciones.

Sí a la modernización de las leyes y a la humanización del tratamiento, pero concediéndoles el derecho de comprender las limitaciones que ello entraña.

Una modalidad discutida es la de la legislación francesa, en que el consumidor se beneficia de una pena pequeña, nunca mayor de 1 año ó de una multa, pero al mismo tiempo el juez ó el tribunal puede imponer una cura, condicionando la pena ó sin pena. El concepto parte de la defensa de la Sociedad, no exactamente del derecho del individuo al tratamiento, reconocido por la ONU y no deja tanta alternativa al individuo, como la comentada en el párrafo anterior, pero con relación a este mismo comentario seguramente es útil al país y sus problemas.

Resumiendo, la situación en Europa, el uso como tal, es penalizado en Francia, Italia, Luxemburgo, Noruega y Turquía. Parcialmente en BELGICA, HOLANDA y REINO UNIDO. En AUSTRIA, DINAMARCA, REPUBLICA FEDERAL ALEMANA, ESPAÑA, ISLANDIA y SUECIA no es punible.

En cuanto a la nocividad, británicos e irlandeses distinguen una gradación de penas en función de la droga utilizada. Los alemanes creen que tal distinción no puede justificarse. Holanda ya vimos está a punto de autorizar la venta libre de la marihuana y todos sus derivados. HE AQUI UN PROBLEMA QUE MERECE SOLUCION Y QUE EL CONSEJO DE EUROPA SE HA OCUPADO DE ELLO; DEBIERA HABER UNA CIERTA UNIDAD EN LAS JURISDICCIONES, DADA LA CULTURA COMUN Y FACILIDAD DE COMUNICACIONES E INTERCAMBIO EN LOS PAISES DE CIERTAS AREAS, EUROPA POR EJEMPLO.

Las leyes de casi todos los países se han ido modificando con arreglo a los esquemas anteriores. Podemos clasificarlas en 3 grupos (ver BASSIOUNI (26) ya citado), con variaciones que, cualquier jurista puede comprender.

- a) Naciones con discrecionalidad de pena para cualquier tipo de drogas y delitos con ellas relacionados, incluso el usar ó poseer. 1 solo país.
- b) Un grupo de 66 países no establece distinciones como delitos, entre posesión, tráfico — (importación y exportación ilegal, producción, cultivo, venta, laboratorios, útiles y locales clandestinos, etc.) y comercio. Todos ellos son delitos pero algunos establecen exenciones o probación en favor del usuario ó el poseedor leve. Tampoco establecen distinción entre drogas duras o blandas. Las penas varían de meses hasta trabajos

forzados de por vida. Las multas también. A veces son muy duras, hasta 3 veces el valor del decomiso. En general reflejan la conflictividad de cada país. Los países productores y a la vez consumidores, tienen penas duras para los traficantes clandestinos y para los usuarios, si la producción es lícita o monopolizada. Si es ilícita el usuario no puede ser perseguido.

- c) 31 países claramente separan la posesión y el tráfico en todas las modalidades. El tráfico se condena siempre duramente; la posesión, en general, muy poco, salvo en los países productores y más aun si la producción es de drogas duras.
- d) 17 países penan de un modo distinto a las distintas categorías de contraventores: la posesión, el traficante modesto, el importador exportador y la producción y cultivo y hacen distinciones entre drogas duras y blandas, sobre todo USA con distinciones muy precisas, en relación con la nocividad del producto.
- e) Finalmente, 11 países penan de un modo parecido la posesión y el tráfico y de un modo distinto la producción y el cultivo.

Aunque la variabilidad de penas refleja en cada caso los problemas y cultura de cada país, se nota una mayor uniformidad para ajustarse a las Convenciones internacionales de 1961, su protocolo de 1972 y la de psicótrópos de 1971.

La Convención de 1961 refleja la preocupación de los Estados por disponer de disposiciones internacionales para el control lícito de la producción, unificar los tratados internacionales y reducir los Organismos encargados de este control; la de psicótrópos de 1971 y el protocolo adicional a la primera de 1972, reflejan la presión social que la situación internacional y extensión universal del abuso de estupefacientes produce a todas las naciones y a su mayor órgano político, la Asamblea General.

Las previsiones de las dos Convenciones están basadas en el principio de conceder licencias para manufacturar, comercializar y distribuir, que se realiza sobre la base de "estimaciones" pedidas por los Gobiernos.

- la exigencia de receta médica para surtir y dispensar
- adaptar sus leyes a los principios de las Convenciones en cuanto a persecución y violación del tráfico.
- facilitar información adecuada de todos los elementos de producción, leyes, contravenciones, etc.

Sus órganos de acción son la Oficina Internacional del Control de Estupefacientes y la Comisión Internacional de Estupefacientes, división del Secretariado de la ONU.

La debilidad de estas leyes reposa en el hecho de la inexistencia de órganos de Control internacionales, capaces de obligar y en que el sistema de control es indirecto. Son los propios estados los que lo realizan.

El principio de universalidad de una Ley así, requería la detención y castigo del contraventor donde quiera que se produzca y sobre todo un sistema de extradición eficaz.

El protocolo adicional de 1972 aumenta esta competencia, extiende y mejora el control y además incluye en él al tráfico ilícito; obliga con más precisión e incluso permite la extradición a nivel multilateral. Desgraciadamente hay clausula de reserva, que permite a los Estados esquivar algunas obligaciones sino todas.

La de psicótrópos de 1971 dá más autoridad a los expertos de la OMS.

También han sido reforzadas las penalidades, las sanciones, las inspecciones y la autoridad de la Oficina de Control y de la Comisión Internacional.

Dos objeciones son importantes a este sistema de Control Internacional.

- 1.º — Parece ser que las estructuras creadas para este Control, la CND y el INCB, no pueden abarcar a la vez el Control lícito y el ilícito.
- 2.º — La cooperación de los Estados, sin sanciones adecuadas y con clausulas de reserva en las Convenciones, no parece suficiente para la eficacia del control.

Por tanto se hace necesaria una mejor cooperación y solidaridad internacionales, con modificación y refuerzo de las estructuras internacionales y nacionales de

control. Hay que estudiar la posibilidad de un sistema de factores socio-políticos comunes a la mayoría de las naciones, que permita la ayuda de las poderosas a la solución de los problemas de las débiles, sin contrapartidas.

Aunque la posibilidad de alcanzar un acuerdo entre los valores morales, sociales y políticos de todas las naciones es casi inalcanzable, debiéramos estudiar un sistema de factores socio-políticos comunes, al menos para dotar de mas autoridad a los órganos ejecutivos de la ONU.

Mientras este ideal utópico, casi angélico, se encuentra, hay que hacer más eficaz, no debilitar, el sistema de estos Cuerpos legales y de sus Agencias en la ONU y a su vez ir examinando las perspectivas de un control directo — monopolista — por parte de la ONU.

La situación actual de los Estados hace casi absurdo el perder el tiempo en estudiar esta posibilidad, pero el examinarla, desde un ángulo ideal, tan ambicioso, quizá nos acerque a soluciones más justas.

RESUMEN

- El consumo de drogas con efectos sobre el sistema neuroendocrino y sus centros cerebrales productores de aminas biógenas es antiguo.
- Las drogomanías se hallan introducidas en el contexto sociocultural del grupo humano y son un producto adaptativo de la interacción hombre-ambiente.
- Su desaparición es casi imposible. La Humanidad sigue su progreso con ellas, igual que con otros defectos de su evolución sociopolítica. Estas limitaciones no le han impedido alcanzar los 4.050 millones de habitantes y el mayor desarrollo tecnológico y científico conocido.
- La extensión extraordinaria actual y el gran impacto social de nuestros días parecen ser privativos de las democracias más ricas y de los países dependientes de la cultura occidental, que siguen el ejemplo de aquellos.
- Los grandes países comunistas mantienen la prohibición del uso de drogas y parece no existir problema ni por su extensión, ni por su filosofía.
- Contrariamente, los usuarios de los países occidentales mantienen, sobre todo los jóvenes, ideologías socialistas o progresistas de todo tipo y una especie de filosofía ó simbolismo llamado de la contracultura. Hoy día este simbolismo está casi desaparecido.
- Es evidente que la visibilidad y la gravedad de las drogomanías actuales es debida a la juventud de los usuarios. Aunque hoy se asegura que se producen en todas las edades, en las estadísticas siguen predominando los jóvenes hasta el 80% y más.
- Aunque el “boom” de la drogomanía actual data sólo de hace 10 años convendría aclarar porque después de los 30 desaparece. ¿abandono, muerte, reclusión en instituciones de beneficencia?.
- No está bien definido si la **politoxicomanía** es un elemento agravante ó encierra cierta banalidad. El abandonar facilmente una droga por otra, a veces de diferentes efectos sugiere también la posibilidad del abandono definitivo de cualquiera de ellas.
- Se es dependiente cuando se ha perdido la libertad, bien por necesidad biológica o psicológica de la droga. El uso moderado de cualquier droga no causa dependencia. ¿Es fácil delimitar clinicamente moderación y dependencia?.
- El verdadero volumen de la drogomanía actual no es bien conocido en parte por la incompleta fiabilidad de las estadísticas y su manipulación.
- No obstante es posible que en el mundo haya unos 20 millones de usuarios regulares, no accidentales, de la cannabis de los cuales 8 millones en USA y 2 millones de opiómanos, de los cuales 250.000 en USA. EL LSD y anfetaminas son procesos limitados cuyo número de usuarios no es conocido. La cocaína forma parte de la Socioeconomía andina, continúa con su volumen de siempre y actualmente hay un incremento de su uso en Europa, impulsado por el comercio ilegal, menos conocido y perseguido que el de opiáceos. Los solventes siguen siendo una rareza. Los barbitúricos, tranquilizantes y otros psicofármacos, de uso masivo, están mejor controlados medicamente y aunque su número

- no es conocido, económicamente llega al 2% del gasto total de medicinas, en cualquier población.
- Para una población mundial de 4050 millones de seres, de ellos 2500, superiores en edad a los 16 años el 1,2% consumen drogas blandas y el 0,08%, duras.
 - El dinero empleado en el comercio ilícito se calcula en 4000 millones de dólares y el detraído a la economía mundial por daños, lucha y prevención una cantidad semejante. Aun, sin embargo, no es un desastre a nivel mundial.
 - Los esquemas de política socio-económica según los países son:
 - a) producción y comercio ilícitos, tolerancia con el productor, persecución del traficante.
 - b) producción lícita, control por el Estado o monopolio.
 - c) sustitución de cultivos ilícitos tolerados hoy día por necesidad.
 - En determinadas geografías de América, Asia y África es un problema tradicional, ligado comúnmente al subdesarrollo, que no ha cambiado. Su volumen sigue siendo el mismo. En algunos forma parte de sus culturas.
 - En Canadá, Norteamérica y Europa es una polución, un problema actual importante, quizá, producido y mantenido por factores sociopolíticos, sobre todo en relación con el cannabis.
 - La dependencia no puede ser clasificada por clases sociales ni atribuido a grupos culturales o situaciones sociales determinadas. Apareció como fenómeno propio de las clases medias y altas y actualmente se extiende a las clases menos dotadas. Estas clases caen más fácilmente en prisión y encajan menos correctamente en los programas preventivos y de tratamiento que se crean.
 - El fenómeno se presenta como dependiente de factores socio-políticos.
 - Si el "efecto droga" es secundario al sistema de trabajo, industrialización y competición actual, la Sociedad puede establecer otras opciones, que faciliten su desaparición sin que suponga la total destrucción de la misma.
 - El modelo de vida creado por la Sociedad actual ha convertido en menos operativos los ideales de la institución familiar, pero esta sigue siendo la 1.ª célula de integración social.
 - La escuela y el sistema educativo actual deben volver, mediante leyes justas, a ser elementos transmisores del mensaje generacional y facilitar al joven su verdadera identificación y no ser solo productores de técnicos.
 - Es un concepto esclavista creer que sólo las posiciones extremistas ético-sociales, políticas y sexuales son válidas.
 - Los grupos juveniles, cualquiera que sea su capacidad de presión y su organización, aun comunal, deben ser aceptados y de hecho los son, por cualquier sociedad. Por sí solos no son un sistema político, con capacidad de gobierno.
 - La libertad sexual puede ser un derecho del individuo, pero no un elemento de socialización ni de superación de conflictos entre los sexos. Jurídica y aun biológicamente la fidelidad de la pareja sigue siendo uno de los pilares de la Sociedad actual.
 - Hoy día los Estados con mayor dinámica económico-social y vital están superando el concepto de que esta Sociedad está enferma, porque su tecnología y consumismo ha desbordado los valores, conceptos e ideas para los que estábamos preparados.
 - Sociedades, Estados y Sistemas políticos deben perfeccionarse pero no volver a sistemas de vida primitivos ya superados, y para los cuales el hombre actual no está preparado.
 - Debe investigarse si los inadaptados de siempre, los no realizados de siempre, la droga les ha proporcionado un modo de racionalización.
 - No parece que las subculturas o contraculturas de drogas, o las filosofías mantenidas, posean virtualidad suficiente para desterrar los sistemas filosóficos y culturas sobre los cuales se basa la Sociedad actual.

- Si bien es cierto que gran número de jóvenes rechazan las normas socioculturales de la Sociedad actual, no existe una relación de causa a efecto con el uso de drogas.
- El "alienante" sistema de trabajo de las Sociedades actuales, no está demostrado sea peor que el de siglos anteriores ni dé menos ocasión para el ocio. De cualquier modo uno y otro pueden estructurarse mejor.
- Los factores puramente políticos no justifican la drogadicción, aunque si existe radicalización política.
- La influencia nociva de las drogas fuertes, sobre la salud y la vida es evidente. La de las drogas débiles también, aunque no es tan evidente, pero si el deterioro social.
- No está demostrado que las tóxicomanías actuales favorezcan la delincuencia.
- El sistema socioeconómico actual favorece los intereses de traficantes y vendedores y el comercio clandestino.
- El tráfico clandestino si causa desviaciones delictivas entre dependientes de drogas duras. Se realiza por bandas internacionales con riqueza de medios y poder.
- La corrupción y el soborno administrativos, consecuencia del tráfico ilegal, no parecen muy graves.
- Los Estados tienen poderes que no emplean en la represión del tráfico internacional y nacional. Cuando estos poderes se usan el resultado es visible.
- Si la contracultura significa liberarse de la Sociedad de consumo, la drogadicción, cualquier tipo de dependencia, no hace otra cosa que afirmar el "status" del consumo.
- Existen una serie de desajustes en las estructuras sociopolíticas de la Sociedad actual que suponen un aumento de los conflictos y problemas que enfrentan al individuo con su integración social y de los cuales depende la gravedad de la extensión actual del abuso de drogas.
- La modificación de estas estructuras exige tiempo. Ni la drogomanía ni los drogados parecen capaces de realizar estas modificaciones, ni son por sí mismas una solución a los males de la Sociedad. No parece razonable promocionarlos, sino facilitar su integración en aquellas zonas de la Sociedad que estén más de acuerdo con sus intereses que parecen ser sociales.
- No es posible, ni fácil aun, la respuesta a la pregunta de si puede permitirse el uso moderado y social de las drogas, ni de qué drogas.
- La descriminalización del uso de todas las drogas parece razonable y útil en variados aspectos, no así su legalización.
- No es cierto que el cannabis sea una droga inocente. Es más nocivo que el tabaco y además tiene efectos psicótrpos. Su nocividad ha sido reconocida científicamente por los expertos de la ONU.
- La legalización de la cannabis crearía un nuevo vicio, una nueva carga social, sin realizar ninguna justicia socioestructural ni modificar nada. En ningun sentido sería un progreso social. Aun las mismas revoluciones, si hay que hacerlas, se hacen mejor sin drogados.
- La opinión de los científicos, farmacólogos, toxicólogos, etc. no es favorable a la legalización. La opinión pública y los gobernantes tampoco.
- Respecto a los estimulantes, tranquilizantes y afines la adquisición por recetas falsas ó robos y la producción clandestina de anfetaminas y otros psicótrpos, exige mejor control médico y ratificación por todos los países del convenio sobre psicofármacos de 1971.
- Las leyes restrictivas bien planificadas si obtienen resultados.
- La descriminalización ha resuelto ya el problema de la estigmatización del usuario.
- Los servicios preventivos y de tratamiento antidroga, deben ser un problema de Sanidad y protección social.

- El control y la colaboración internacional o interregional debe incrementarse a todos los niveles: legales, científicos, tráfico, información, etc. Deben ser a la vez interdisciplinarios. Esta colaboración debe empezar por la adhesión y cumplimiento adecuado de los Convenios únicos sobre estupefacientes y psicótopos de 1961 y 1971; la cooperación estrecha con la ONU y sus agencias y la aportación de fondos.
- El ideal de la creación de un Organismo supranacional, de producción, comercialización, venta y control de tráfico, de ámbito mundial no parece posible actualmente.
- La opinión de los toxicólogos es contraria al tratamiento impuesto pero si es cierto que, si no cura, no crea nuevos tóxicomanos.
- La tendencia en la legislación a liberar al consumidor y penar severamente al traficante, es universal. Se conservan las penas al consumidor-traficante cuando lo es por beneficio o proselitismo.
- Son pocas las legislaciones que penan más gravemente el tráfico en drogas duras que blandas.
- La liberalización de las leyes nacionales va más deprisa que la realización de los programas de prevención y tratamiento, necesarios para ello y por supuesto que las transformaciones estructurales que exige la Sociedad.
- Si el "simbolismo de la droga" ha desaparecido, no hay tampoco porque considerar al drogadicto una víctima inocente de su personalidad y ambiente, necesitada de privilegios, sino como ser responsable, capaz de comprender y aceptar las leyes.
- Las naciones de una misma área con fronteras y problemas comunes debieran uniformar sus legislaciones, con el fin de evitar discrepancias exageradas en la concepción de los delitos y gravedad ó lenidad de las penas.
- La debilidad de los Convenios únicos internacionales de 1961 y 1971, radica en la falta de capacidad operativa de los Organos del Control creados para ella, el CND y la INCB. El control no es directo y el sistema de extradición no es bueno. Contienen, además, cláusulas de reserva a favor de los Estados.
- Debe lucharse por encontrar un sistema de valores y de factores sociopolíticos comunes a todas las Naciones, que permita una legislación y control internacional más uniformes y efectivos, al menos para dotar de más autoridad a los órganos ejecutivos de la ONU.
- No sabemos aún lo que el uso de las drogas y concretamente el cannabis tiene de efímero. Antes de crear una nueva industria, con su cortejo de consumismo, conflictividad y competencia para promocionar un psicótopo innecesario, con un hipotético beneficio inmediato sobre menos del 1% de la población mundial, parece correcto esperar.

BIBLIOGRAFIA

1) Actas de la Organización Mundial de la Salud:

1949, n.º 19

1963, n.º 205

1973, n.º 209

Organización Mundial de la Salud. Servicio de Información Técnica:

1949, n.º 9

1950, n.ºs 21 y 42

1951, n.º 42

1952, n.ºs 57 y 48

1954, n.ºs 76 y 84

1955, n.ºs 94 y 95

- 1956, n.º 102
- 1957, n.ºs 116 y 131
- 1958, n.º 142
- 1960, n.ºs 160 y 188
- 1961, n.º 211
- 1962, n.º 229
- 1964, n.ºs 273 y 287
- 1965, n.º 312
- 1966, n.º 343
- 1967, n.º 363
- 1969, n.º 407
- 1970, n.ºs 437 y 460
- 1971, n.º 478
- 1972, n.º 495
- 1973, n.ºs 516 y 526
- 1971, Oficina Regional de la OMS para Europa. "Medidas para la prevención y control del abuso y dependencia de la droga". Copenhague (EURO 5412 IV, informe de un grupo de trabajo).
- 1972, Oficina Regional de la OMS para Europa. "Health education programmes concerning drug abuse in young people". Copenhague. EURO 5418 IV, informe de un grupo de trabajo.
- 1972, División de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas (1972). Expert Group on drugs in modern society; community to drug use by young people, Ginebra (documento SOA/ESOR/1972/7).
- 1973, Organización Mundial de la Salud. "Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo". Vol. I, 1948-1972.
- 1973, Grupo de trabajo sobre pautas para la colaboración en la notificación de casos de uso extramédico de drogas causantes de dependencia (Ginebra, 13 a 18 de agosto). Grupo de trabajo sobre Centros de la OMS para la enseñanza e investigación en relación con la farmacodependencia (Ginebra, 20 a 24 de agosto).
- 1973, Documentos oficiales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes (documento E/5248, pag. 143. Resolución 10 XXV).
- 1973, Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 3014 (XXVII). En: Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo séptimo período de sesiones, suplemento n.º 30 (A/8730), pags. 74 y 75.
- 1973, Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Documentos oficiales, 54.º período de sesiones, Resoluciones, Suplemento n.º 1, Documentos E/5367, pags. 21 y 22 (resoluciones 1776 y 1780); pag. 21, Resolución 1777 (LIV) y pag. 22, Resolución 1781 (LIV). También del mismo documento, pag. 20 Resolución 1773 (LIV).
- 1973, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: UNESCO. "Educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes especialmente en los países desarrollados". París (Documento ED/MD/26). "Métodos para evaluar la acción de los grandes medios de información contra el uso indebido de estupefacientes". París (Documento COM/MD/25).
- 1973, Asamblea General de las Naciones Unidas: Resolución 2719 (XV). Resolución 2859 (XXVI). Documentos oficiales de la Asamblea General, vigésimo quinto período de sesiones, Suplemento n.º 28 (A/8028), pág.

93. Vigésimo séptimo período de sesiones, suplemento n.º 29 (A/8429), pág. 100.
- 1974, Oficina Regional de la OMS para Europa. "Comparación y evaluación de métodos de tratamiento y rehabilitación para la droga, dependencia y abuso". Copenhague (EURO 5423, informe sobre una conferencia).
- 2) 1958, AUSUBEL, D.P. Drug Addiction: Physiological, psychological and sociological aspects. Random House. New York.
- 1969, MAURER, D.W. y V. H. VOGEL. Narcotics and Narcotic addiction, Springfield. Charles C. Thomas, 3.ª ed., Illinois, año citado.
- 1970, OPIEVENSTEIN, C. "La Droque". Editions Universitaires, París, año citado.
- 1972, BASELGA, E. Los Drogadictos. Guadarrama, Madrid.
- 1972, GOLDSTEIN, A. Comments on the drug abuse problem, In the challenge of life. Birkhäuser, Basek, Stuttgart.
- 1972, REMMER, H. In Drug Addiction. Vol. I: Experimental Pharmacology. Futura Publishing Co., New York.
- 1973, BAYER, I. "El abuso de las drogas psicótropas". Bulletin on Narcotics, Naciones Unidas, Vol. XXV, n.º 3.
- 1973, J.A.M.A., 224/1481. Young Addicts now Tend to Start With "Hard Drugs".
- 1973, FANUEL, J.L. "La cannabis" ¿mal o peligro social? Boletín del Centro de Estudios y Documentación social. Liège, n.º 9, pp. 235-241 y siguientes.
- 1973, HARMAS, E. Drugs and youth: the challenge of today. Oxford, Pergamon Press, pág. 137.
- 1973, HENDIN, H. College students and LSD: Who and Why? Journal Of Nervous and Mental disease, N. York, Vol. 156, n.º 4, pp. 149-258.
- 1973, WILLIS, J. Addicts: Drugs and alcohol re-examined. London, Pitman Publishing, p. 199.
- 3) 1974, PARIZEAU, Alice. Université de Montral, CICC, 4em Sèminaire regional de Criminologie Comparée du Moyen Orient, p. 60.
- 4) 1970, BALL, J.C. y C.D. CHAMBERS. The epidemiology of opiate addiction in the United States. Thomas Springfield, USA.
- 5) 1972, MARIHUANA. The official report of de National Commission on marihuana and drug abuse. Edt. The New American Library. 1301 air of the americas, New York 10019.
- 6) 1974, RICO, José María. El problema de la Cannabis en Canadá y Estados Unidos. Conferencia pronunciada en la Escuela de Estudios Penitenciarios. Madrid.
- 7) 1957, Descubrimiento del primer psicótropo. El LSD por Hoffman.
- 8) 1967, OMS, Informe técnico n.º 363.
- 9) 1972, Le Cannabis. Informe de la Comisión de encuesta (LE DAIN). Información Canadá, Ottawa.
- 10) 1974, The Swedish board of health and welfare, narcotic section, committee on health education. Summary of the Report entitled "The Treatment of drug addicts". Stockholm, pág. 22.
- 11) 1972, Informe de la Comisión DAAN (La Haya). Citado en el trabajo "Para una política liberal en un programa de drogas de la oficina central para la salud mental".
- 12) 1976, Estudios sociológicos sobre la situación social de España, p. 457, Edit. Euramérica, Madrid.
- 13) 1969, OMS, Informe técnico n.º 407 y
1966, Informe técnico 347.
- 14) 1975, LÓPEZ REY, M. Revista Internacional de Criminología y Policía técnica XXVIII, n.º 3, Julio-Set.
- 1975, KITTRIE, Nicholas N. The John Marshall Journal of Practic an Procedure. Vol. IX, p. 46, n.º 1.

- 15) 1972, ALARCÓN, R. de. Tribuna Médica 11, mayo, pág. 18.
- 16) 1975, KITTRIE, N.N. The History of Drug control Laws: American aspects.
- 17) 1974, OMS, MOSER, Joy. Problemas y programas relativos a la dependencia y peligro del alcohol y las drogas en treintaytres países, pág. 47 y siguientes.
- 18) 1972, NIXON. Discurso pronunciado en Reunión Internacional Control de Narcóticos. Profesion Medica, 12-X-72, texto íntegro.
- 19) 1975, SMART, R. y FEJER, D. Bull des Stup, vol. XXVII, n.º 2, p. 11.
- 20) 1971, Comisión de Estupefacientes de la ONU. Reunión de noviembre citado año.
- 21) 1976, Interpol, OIPC. Reunión de Jefes Nacionales o de Servicios Nacionales contra el tráfico ilícito. Febrero, París.
- 22) 1974, FNUFU, ID. Informe técnico 551, OMS.
- 23) 1976, NEPOTE, J. Bull des Stup, 28, 1, pág. 1.
- 24) 1976, GOBAR, Asad Hassan. Bull des Stup, XXVIII, n.º 2, pág. 1.
- 25) 1975, 24 de agosto. Personas, pág. 8, Madrid. Chauvel S. Leroux. El opio kilómetro cero.
- 26) 1975, CHERIF, Bassioun M. The John Marshall, Journal of Practice and Procedure. Vol. 9, n.º 1, pág. 3.
- 27) 1974, Tercera sesión extraordinaria de la Comisión de estupefacientes de la ONU el 1.º de marzo año citado. Bull des Stup, 2, pág. 61.
- 28) SMART, R.G.; FEJER, D.; WHITE, W.J. Trends in drug use among metropolitan Toronto high school students, 1968-1972. Addictions Toronto, Ont., 1973, Vol. 20, n.º 1, pp. 62-72.
- 29) 1976, FERAUD, H. "El criminal internacional". Conferencia pronunciada en la Escuela de Estudios Penitenciarios de Madrid.
- 30) 1972, "Pueblo" de Madrid, 4-XII-72, pág. 13.
- 31) 1975, MAZOCHI. Tribuna Médica, 23-mayo-75, pág. 8. Congreso sobre "Drogas y Sociedad Italiana". Milan, abril.
- 32) 1973, U.N. Doc. E/CN. 7/L352 Add. 15 (1971).
- 33) 1974, SHOUTEN, J.A.M. Revista Internacional del niño, pág. 53 hasta el final. Reunión del grupo consultivo de la UIPE. Amersfoort (Países Bajos), el 22 de abril de 1974.
- 34) 1975, UIPE. Reunión de un grupo de expertos del 22 al 26 de abril de 1974 en Amersfoort. Informe en Revista del niño, edición española, nº 24, febrero de 1975, pág. 23.
- 36) 1976, Precio de las drogas. Datos suministrados por el Dr. MUSONGINESTA, interventor del Servicio de Control de estupefacientes de la Dirección General de Sanidad.
- 37) 1975, SEGOND, P. Revista internacional del niño, nº 24, pág. 83.
- 38) 1972, ROBERT, C.N. Tratamiento social. La repulsa de una especialización. Médecine et Hygiène, edit. espagnole, nº 250, pág. 6.
- 39) 1972, HERSCH, J. La droga contra lo humano. Médecine et Hygiène, ed. española, nº 250, pág. 1.
- 40) 1972, HICTER, M. Consejo de Europa. Strasburgo, abril año citado. Informe de la reunión del Consejo sobre Farmacodependencia. Tribuna Médica del 28 de abril 1972, pág. 13.
- 41) 1972, LEJEUNE, R.F. La droga signo de un mal profundo. Médecine et Hygiène, ed. española, nº 250, pág. 4.
- 42) 1972, JOUNG, J. The drugs tabers. Editorial Paladín, London.
- 43) 1973, Consejo de Europa. Hay que cambiar el sistema de vida de la sociedad actual.
- 44) 1972, J.M. Tribuna Médica, 26 de mayo de 1972, puede verse una correcta biografía de Timothy Leary.

- 45) 1971, DAVIS, F. Hight Asbury's J. M. Hippies and the future society. G. Gavigli y D. Raye, editores de Mac Millan Company, N. York.
- 47) 1976, GARRY, J.M. Premio Goncourt 1956. Les nouvelles litteraires Romaines. Entrevista en abril de 1970.
- 48) 1970, PATTON. Director del Instituto de Farmacología de la Universidad de Oxford. Entrevista en Tribuna Médica del 24 abril de 1970, pág. 29.
1975, HOOFT, C. van Der. Revista Internacional del Niño, nº 24, pág. 83.
- 49) 1976, BERSTEIN, Karen. Bull des Stup, 38, 1, pág. 9.
- 50) 1972, BASELGA, E. "Young Drug Users: Sociological Study of one Sample". Boletín de Narcóticos. Nueva York, Naciones Unidas, Vol. XXIV, nº 3, julio-setiembre año citado.
- 51) 1974, Comisión Española Interministerial presidida por el Dr. Santo Domingo. Ministerio de la Gobernación, Madrid.
- 52) 1975, HINDMARCH, Ian; Ian HUGUES y Rosemarie EINSTEN. Vol. XXVII, nº 1, pág. 27. Actitudes hacia los consumidores de alcohol, tabaco y cannabis en una población de estudiantes.
- 53) 1976, DORN, N.; THONSON, A. Bull des Stup, XXVIII, pág. 19.
- 54) 1975, MOTT, Joy. Bull des Stup, XXVII, pág. 45.
- 55) 1975, XXVI Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de la ONU. El 28-II-75, Bull des Stup, 27. 3. 31.
- 56) 1974, Reunión Grupo de Trabajo en Amersfoort. Conclusión del grupo de trabajo de M. Bissogner. Aceptado en el resumen de la asamblea.
- 57) 1972, Informe del Instituto "Allembach" de la República Federal Alemana, pág. 405, ver su contenido en Tribuna Médica.
- 58) 1974, BERISTAIN, A. y Colaboradores. Las Drogas, Ediciones Mensajero. Bilbao, pág. 83 y siguientes.
- 59) 1972, Citado en 5, pág. 68 y siguientes.
1972, Citado en 9, pág. 40 y siguientes.
- 60) 1974, STENCHEVER, Morton A.-D. y Colaboradores. "Destrucción de cromosomas en fumadores de marihuana". "American Journal de Obstetricia y Ginecología". Testimonio ante el Senado, USA, mayo, del año citado.
- 61) 1974, DUPONT, Robert, Dr. — Testimonio ante el subcomité de alcoholismo y narcóticos del Senado, USA, 19 noviembre.
- 62) 1973, Cannabis. Naciones Unidas, División Estupefacientes. Carta de Información nº 10, octubre 1974 y Revista Internacional de Policía Criminal, agosto mismo año.
- 63) 1972, NAHAS, Gabriel G.M.D. "Toxicología y Farmacología de la cannabis sativa con referencia especial al Delta 9THC. Boll. de Estup., abril-junio, año citado, pág. 2.
- 64) 1976, MATO REBOREDO, J.M. La Cannabis, pág. 23. Edición de la Dirección General de Seguridad, Madrid, Brigada Especial de Estupefacientes.
- 65) 1970, CAMPBELL, A.M.; EVANS, M. THOMPSON J.L.G. y WILLIANS, M.J. Ver Tribuna Médica.
- 66) 1972, KOLANSKY, Harold. Chaiman child analysis curriculum Committee Institut of the Philadelphia Association for Psychoanalysis del International Journal of Psychiatry.
1974, Subcommittee to investigate the Administration of the International security act and other Internal security law. Washington.
- 67) 1976, SOUEIF, M.I. Bull des Stup, 28, 1, pág. 25.
- 68) 1975, Citado en el nº 48 de este trabajo.
- 69) 1975, COOPER, H.H.A. The John Marshall Journal of Practice and Procedures, Vol. IX, nº 1, pág. 134.
- 70) 1976, MATO REBOREDO, J.M. Revista Policía Española nº 171, Abril. "El consumo de drogas y su protagonismo".
- 71) 1971, Oficina Central para la Salud Mental. "Para una liberación política en materia de drogas". La Haya.

- 72) 1975, Sesión plenaria LVIII del Consejo Económico y Social de la ONU en mayo de 1975 en N. York. Bull des Stup, 27. 3. 42.
- 73) 1975, NOLL, Alfons. Bull des Stup, XXVII, n° 1, pág. 39.
- 74) 1971, BROTMAN, de la División de Salud Mental del Médical College Comisión de la Academia de Ciencias. Junio año citado. Ver Tribuna Médica del 2 de julio de 1971, pág. 15.
- 75) 1975, JOHNSON, Bruce D. Bull des Stup, 27, vol. 1, pág. 51.
- 76) 1975, Ley Belga sobre tráfico de Substancias venenosas soporíferas estupefacientes, etc. Bureau National des Drogues, Rue Fritz Tonssasaint, 47, 1050, Bruxelles.
- 77) 1975, Ley Italiana. Gazzetta Ufficiale della República Italiana n° 342. 30 Diciembre.

**ALCOHOL, DROGAS Y CRIMINALIDAD EN CHILE:
EPIDEMIOLOGIA, ACTITUD COMUNITARIA, POLITICAS DE CONTROL**

MARCO A. GONZALEZ-BERENDIQUE
Profesor de Criminología,
Universidad de Chile.

I) INTRODUCCION

El tema cardinal de este Symposium incluye el alcohol en la voz "drogas": razones conceptuales y metodológicas — atingentes en especial al contexto chileno — nos fuerzan, pese a ello, a considerar separadamente en este ensayo las relaciones "alcohol-delito" y "otras drogas-delito". En nuestra realidad nacional, ambas poseen muy distinta magnitud, sus distribuciones son muy diversas en cuanto a estratos afectados, sus significaciones en el quantum general de la criminalidad son, asimismo, de entidad muy diferente. Puede válidamente postularse, por lo demás, que la etiología del alcoholismo y la etiología del uso abusivo de otras drogas son muy diversas y que en los dos fenómenos inciden factores psicológicos, sociológicos, biológicos y antropológico-culturales "relativamente" diferentes.

El análisis de los dos fenómenos presenta, por otra parte, peculiares dificultades metodológicas, especialmente visibles en los aspectos de incidencia en el delito y de evaluación de políticas de control. El alcoholismo, dadas la antigüedad del problema y la fuerte tolerancia social ante él existente, ha posibilitado múltiples estudios y programas de acción: su enorme prevalencia conspira contra el éxito de los planes y dificulta la evaluación de las políticas. El problema de los estupefacientes y psicotrópicos, de menor entidad al parecer, se torna extremadamente complejo por la fuerte reacción social, por su menor visibilidad, por su cambiante naturaleza e, incluso, por los componentes transnacionales que en él participan.

II) ALCOHOLISMO

A) EPIDEMIOLOGIA Y COSTO ECONOMICO-SOCIAL

Para el Profesor Hernán Alessandri, la mortalidad infantil y el alcoholismo constituían, hace algunos años, los dos primeros problemas de salubridad del país. La mortalidad infantil se ha reducido apreciablemente: de un 196 por mil en 1940 descendiendo hasta un 79 por mil en 1970. El alcoholismo, sin duda no estrictamente mensurable en términos que permitan detectar cabales prevalencia e incidencia, pareciera no obstante, en base a estimaciones, muestras e indicadores de carácter indirecto, no haber perdido entidad como terrible problema social. Ello explica se hayan realizado sobre el tema estudios e investigaciones en gran número, muchas de perceptible calidad, que cubren muy diversos aspectos del fenómeno. Destacan, entre estos trabajos, los realizados por los Drs. Luis Custodio Muñoz, José Horwitz, Juan Marconi, Hernán Alessandri, Eduardo Medina, Hernán Romero, Benjamin Viel, Aníbal Varela, Francisco Mardones Restat, Enrique Rosenblatt, Honorato, Moya, Stegen, Tapia, Ugarte, Chuaqui (aspectos epidemiológicos, etiológicos, médicos, psiquiátricos, etc.); los Drs. Hernán Fuentes, Jacobo Pasmanik, Alfredo Vargas, Tomás Tobar (aspectos médico-legales); L. Lomnitz, Carlos Mariani, Juan Marconi, Oreste Plath (aspectos antropológicos); Carlos Descouvieres (incidencia en la integración familiar); Manuel Zamorano y Carlos Munizaga (aspectos criminológicos), etc., etc.

Diversos indicadores dan fe del enorme costo económico-social del alcoholismo. Cabe mencionar algunos de ellos.

1) Prevalencia

En el país se han realizado numerosos estudios de prevalencia del alcoholismo: las definiciones operacionales (Horwitz, Marconi) y los modelos epidemiológicos de los investigadores chilenos han sido aplicados, incluso, en estudios realizados en otros países de América Latina.

Los estudios directos se inician en 1952, con el Prof. Luis Custodio Muñoz y colaboradores; se mencionan posteriormente los realizados por los equipos de investigación de Marconi (1954), Honorato (1956-1957), Horwitz (1958), L. Moya (1965-1966).

La investigación de Horwitz, en muestra representativa del Gran Santiago, detecta un 5.1% de alcohólicos y un 7.7% de bebedores excesivos en población mayor de 15 años (1). La investigación de la Dra. Laura Moya, en tres sectores del área norte de Santiago, revela 1.9% de alcohólicos en la clase media baja, 3.9% en la clase obrera organizada, 7.6% en poblaciones marginales (2). Investigación de los Drs. Eduardo Medina y Juan Marconi, en una población aborigen de Cautín, detecta 13.1% de alcohólicos, igual porcentaje de bebedores excesivos y 64.8% de bebedores moderados (3).

En concepto de Hernán Romero, sobre el análisis de varias de las encuestas realizadas, "se puede calcular, prescindiendo de todo detalle, que en los mayores de 15 años existen entre 4.5 y 5% de alcohólicos y cerca de 11% de bebedores excesivos" (4) Ello arrojaría, de acuerdo al censo de 1970, sobre un total de 8.885.000 de habitantes y un total de mayores de 15 años de 5.361.000, un 15% de alcohólicos y bebedores excesivos de 804.150...

El consumo de alcohol per cápita se ha calculado en 70 litros, cantidad que sube a 112, si se considera sólo a los mayores de 15 años y a 153 si se prescinde además de los abstemios (H. Romero). Tales cálculos operan sobre la base de la producción declarada para fines tributarios, a la cual es menester agregar un porcentaje importante de producción de bebidas alcohólicas no registrada. Debe agregarse que de la enorme producción se exporta sólo una pequeña cantidad y que la distribución efectiva del consumo nacional es muy diversa a la que arroja la razón estadística.

A la venta de alcohol se dedica un tercio de los negocios que pagan patente municipal: a su volumen de ventas cabría sumar, según fuentes informales, un 20% de expendio clandestino. Existiría así una patente para expendio de alcohol por cada 97 habitantes, frente a un negocio de esta clase por cada 430 en Gran Bretaña, uno por cada 770 en Suiza, uno por cada 3.000 en Suecia y uno por cada 5.400 en Finlandia (5) Agregado el expendio clandestino, tendríamos un local por cada 80 habitantes...

Ello explica que el alcoholismo, de acuerdo a la definición formulada por la Organización Mundial de la Salud (6), posea una terrible importancia epidemiológica en el país.

-
- (1) J. Horwitz et al. — "Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile". Revista del Servicio Nac. de Salud, 1958, N.º 3.277.
 - (2) L. Moya et al. — "Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1969, N.º 15, p. 137.
 - (3) Eduardo Medina C., Juan Marconi — "Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural de Cautín". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1970, N.º 16, p. 273.
 - (4) Hernán Romero — "El alcoholismo en Chile", Instituto de Chile, Academia de Medicina, Santiago, 1969, p. 4.
 - (5) Hermes Ahumada — "Plan Nacional de Defensa de la Salud Mental", Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1954, pág. 60.
 - (6) "Cualquier forma de ingestión que, en cantidad, va más allá del uso alimenticio corriente o del cumplimiento adecuado de los hábitos de ingestión de toda la comunidad, sin atender a los factores causales que llevan a tal conducta y sin atender también a la extensión de que tales factores dependan de la herencia, la constitución física o influencias metabólicas y fisiológicas adquiridas", O.M.S. "Alcohol y alcoholismo", Informe Comité de Expertos, Serv. Inf. Técnico, 1955 N.º 94.

2) Patología conexas a alcoholismo

Amplia patología somática y psicológica aparece conexas, en Chile, al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Procede mencionar, brevemente, algunos índices al respecto.

Tras estudio de varios años, Hernán Alessandri y colaboradores concluyen que cerca del 30% de los ingresos a un servicio de medicina interna es provocado por el alcoholismo agudo y por las complicaciones de la forma crónica, con franco predominio de las perturbaciones de la nutrición. Los establecimientos hospitalarios reciben más o menos "6.000 casos anuales, lo que representa más de 120.000 días de estada y el tercer rubro de patología (38%) para varones adultos... después de la tuberculosis pulmonar y la neumonía que suelen estar ligadas con ese mal" (7) Los ingresos por cirrosis hepática asociada a alcohol constituyen, por lo demás, la primera causa de hospitalización de los varones adultos.

Los ingresos por psicosis alcohólica y alcoholismo propiamente tal tienen, también, magnitud considerable: corresponden a un 64% del total y suponen un 7 por 100.000, tasa seguida a fuerte distancia por la oligofrenia, que no excede de un 2.8 por 100.000. (8)

3) Mortalidad conexas a alcoholismo

Gran número de fallecimientos, conexos a patología o a circunstancia de relieve médico-legal o criminológico, aparecen en Chile conexos a alcoholismo.

Las defunciones ocasionadas por cirrosis hepática, así, son extremadamente altas; en los últimos años, incluso, han aumentado notoriamente. Para el Servicio Nacional de Salud la cirrosis originada por consumo inmoderado de alcohol es la primera causa de muerte, en hombres mayores de 15 años y significa un 9% del total de mortalidad en este grupo.

Las defunciones provocadas por psicosis y alcoholismo propiamente tal (21.6 por 100.000) corresponden a una frecuencia 100 veces superior a la de Bristol.

El elemento alcohol se detecta de alguna significación en el suicidio: Jacobo Pasmanik, en revisión de 211 protocolos de autopsia (7.3% de un total de 3.500) de suicidas, encuentra en 70 casos (33%) alcoholemias superiores a 0.30 gramos por mil, de las cuales 45 son superiores a un gramo (9).

Hernán Fuentes, en revisión de 8.306 protocolos de autopsia del Instituto Médico-Legal de Santiago (años 1949-1953) practicada por causa médico-legal (accidente, suicidio, homicidio, enfermedad (muerte súbita o sospechosa), detecta 1.403 casos (16.90%) de sujetos que se encontraban, al morir, bajo la influencia del alcohol. La distribución da 288 casos de homicidio, 189 de suicidios, 695 de accidentes y 108 de enfermedades. Se incluyen 43 casos de toxemias agudas (10).

Los accidentes del tránsito revelan, específicamente, fuerte presencia del factor alcohol. El cuadro siguiente es bien explícito al respecto:

ACCIDENTES DEL TRANSITO CON RESULTADO MUERTE: ALCOHOLEMIAS + 1974 SANTIAGO

De	0.51-1 gr	1.01-1.50	1.51-2	2.01 o más	Total
Pestones	28	31	48	78	191
Conductores	12	6	18	17	53
Acompañantes	1	1	2	2	6

DE total de 871 autopsias de fallecidos en acc. tr. 29% = 250

(7) (8) Romero — op. cit. p. 5.

(9) Jacobo Pasmanik — "Aspectos médico-legales y neuropsiquiátricos del suicidio", Archivos Chilenos de Medicina Legal, Vol. I, 1959, p. 138. Trátase de autopsias realizadas entre los años 1950 y 1958, primer sem.

(10) Hernán Fuentes F. — "Aspecto médico-social y médico-legal del problema del alcoholismo", Archivos Chilenos de Medicina Legal, I, 1959, p. 111.

**ACCIDENTES DEL TRANSITO CON RESULTADO MUERTE:
ALCOHOLEMIAS — 1976
(SANTIAGO: 1° Enero — 30 SEPTIEMBRE)**

0.51-1 gr	1.01-1.50	1.51 o más	Total
24	17	75	116

De total de 330 autopsias pr. por muerte en acc. del tr. 35.1% (11)

4) Impacto en la vida laboral

Una muestra de Juan Marconi en Quinta Normal señala ausentismo en el trabajo de dos o más días por semana, por causa de alcohol, en un 7.7% de los hombres y un 0.6% de las mujeres. Si bien señalan los efectos positivos de la ley de semana corrida (1946), que hace forzoso el pago de siete días en caso de trabajo semanal efectivo de seis días, se estima, por la Dirección del Trabajo, que faltan diariamente a sus labores, por causa conexas a alcohol, más de 30.000 obreros.

5) Impacto en la vida familiar

Carlos Descouvières, en investigación comparada que realiza en 1966 en familias de enfermos alcohólicos en tratamiento en las capitales de Francia y Chile, detecta grave lesión en las funciones familiares de los grupos de las dos naciones. El impacto del alcoholismo en las funciones familiares del grupo chileno es impresionante en frecuencias relativas: funciones disciplinarias, de productividad de los miembros de la familia y ético religiosas, 92.3%; ideológicas, económicas, de estabilidad emocional, 84.6%; de cohesión del grupo familiar, 76.5%; sexuales y de reproducción, 69.2%; educativas, 61.5%; de protección de la salud de la familia, 46.1%. La investigación revela, incluso, que "las funciones sexuales, ideológicas y ético religiosas aparecen más conservadas en las familias francesas; mientras que en las chilenas acusan un serio impacto" (12).

Tan grave lesión en la familia, por obra del alcoholismo, há de producir, sin duda, un muy apreciable efecto en la adecuada formación del individuo: diversos estudios sincrónicos en delincuentes juveniles y adultos que mencionamos más adelante revelan en los padres de éstos condición de alcohólicos crónicos o de bebedores excesivos regulares en porcentajes que oscilan desde un 20 hasta un 60% (13).

El alcoholismo, como factor desintegrador, posee por lo demás un claro efecto expansivo; estudio que realizáramos en 1970 en reclusos de la Penitenciaría postulantes a la libertad condicional nos reveló que los del tipo "por reactividad primitiva", casi en su totalidad ebrios al delito (adaptación relativa de la tipología de Seelig), provenían de una familia de orientación "desintegrada" (Gluecks) en un 30.77% y formaron una familia de procreación que se desintegró en un 50% (14).

B) ALCOHOL Y DELITO

Los datos anteriores son sin duda de un fuerte dramatismo y, sin necesidad de apelar a otros, ilustran sobre el enorme impacto económico-social del alcoholismo en Chile: no extrañará así que, a la luz de estas y otras cifras, el Banco Central estime que, si se recuperara la mitad de los bebedores anormales, el Producto Nacional Bruto crecería en un 1% anual. Resta ponderar, no obstante, la relación alcohol-delito.

(11) Información proporcionada por el Dr. Alfredo Vargas Baeza, Director del Servicio Médico-Legal.

(12) Carlos Descouvières — "Alcoholismo y Familia", Centro de Estudios Socio-Económicos (CESO), Fac. de Ciencias Económicas, U. de Chile, Santiago, 1968, págs. 74 y 77.

(13) Véase estudios citados en notas (20), (21), (22), (23), (24), (26).

(14) Estudio sobre dinámica familiar en postulantes a la libertad condicional, Instituto de Criminología, Chile, 1970. Transcrito parcialmente en Marco A. González — "Familia, Delito y Reintegro", Comunicación al V Congreso Penitenciario Latinoamericano, Maracaibo, 1970.

Razones conceptuales y metodológicas hacen necesario diferenciar con claridad en esta materia:

- 1) aquellas situaciones en que — en base a una prohibición legal sancionada con una pena — la **elaboración** y el **suministro** llegan a constituirse figuras penales en sí mismas;
- 2) aquellas situaciones en que, por la misma razón, el **consumo** se constituye en sí un hecho penal;
- 3) aquellas situaciones en que es penado el **consumo excesivo**;
- 4) aquellas situaciones en que el factor alcohol aparece asociado, de manera significativa, a **delitos comunes**.

Las cuatro situaciones merecen, sin duda, comentarios separados: obviamente, desde un punto de vista epidemiológico, las tres primeras son mucho más afectas a mensura.

1) **Elaboración y suministro ilícitos**

Nuestra Ley de Alcoholes pena, en términos generales: 1) la fabricación de bebidas alcohólicas que empleen alcohol no potable; 2) la adulteración de bebidas alcohólicas; 3) el expendio de bebidas alcohólicas que contengan sustancias de uso prohibido e no se ajusten a control de calidad; 4) la venta clandestina de alcohol; 5) la venta de alcohol en lugares públicos (plazas, parques, etc.); 6) el suministro de bebidas alcohólicas a policías en servicio; 7) el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 21 años.

De todas estas figuras, posee mayor importancia cuantitativa la venta clandestina de alcohol. Razones obvias han conducido a una prolija reglamentación del expendio: éste supone posesión de patentes; el número de éstas está limitado en razón del número de habitantes de cada localidad; está prohibida la instalación de locales de expendio en la vecindad de establecimientos educacionales, industriales, penales o de asistencia social, etc.; está prohibido el suministro asimismo, según se ha dicho, a menores de edad; existen, asimismo, horarios de expendio lícito.

Nuestras Estadísticas Judiciales registran, a este respecto:

Causas ingresadas por infracción a la Ley de Alcoholes — Año 1971

Juzgados de Mayor Cuantía	18.815	
Juzgados de Menor Cuantía	1.648	20.463

Causas ingresadas por infracción a la Ley de Alcoholes — Año 1974

Juzgados de Mayor Cuantía	11.214	
Juzgados de Menor Cuantía	4.112	15.326 (15)

Por cierto el descenso en los guarismos no puede atribuirse — en puridad — a un efectivo descenso en el expendio ilícito de alcohol.

Escapan sin duda a los márgenes del presente ensayo el análisis dinámico-delictivo de estas conductas criminales peculiares y la consideración de la personalidad de estos infractores “de cuello blanco”. Cabe sí al menos subrayar: a) que estas conductas favorecen notoriamente el consumo excesivo y “peligroso” (hora, día, lugar); b) que estas conductas son favorecidas notoriamente por la fuerte tolerancia social ante el consumo de alcohol; c) que posee gran importancia el acento victimológico, ya que gran número de infracciones es provocado por el imperioso requerimiento del consumidor; d) que las penas — pecuniarias o de clausura — no obstan a una alta reincidencia.

(15) Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Volúmenes de “Justicia y Policía”, años 1971 y 1974.

2) Consumo como hecho penal

El consumo, en términos también generales, sólo es penado cuando se efectúa en lugares de uso público (parques, plazas, teatros, etc.).

La infracción, de escasa entidad penal, sancionada en escasas oportunidades y con fuerte benevolencia, no merece mayor comentario.

3) Consumo excesivo como hecho ilícito

El consumo excesivo es sancionado, en Chile, cuando se realiza **por adultos y en lugares públicos**. La primera condena da lugar a multa, convertible en uno a cuatro días de trabajo sin remuneración; dos condenas en el año dan origen a pena de 10 a 15 días de trabajo sin remuneración; tres condenas en el año determinan internación forzosa en un Centro de Reeducación para Alcohólicos. El menor sorprendido en estado de embriaguez es sometido a medidas de carácter proteccional impuestas por el Juez de Menores: existe, entre ellas, la libertad vigilada.

El consumo excesivo es también penado **cuando se conduce vehículo "bajo influencia del alcohol"**. La sanción es mayor cuando se **conduce vehículo "en estado de ebriedad"**. La pena en este último caso se agrava si se provocan lesiones; es aún mayor si se provoca muerte.

Nuestras Estadísticas Criminales consignan, a este respecto:

Causas ingresadas a los tribunales, por ebriedad — Año 1971

Juzgados de Mayor Cuantía	18.934	
Juzgados de Menor Cuantía	2.259	21.193

Causas ingresadas a los tribunales, por ebriedad — Año 1974

Juzgados de Mayor Cuantía	31.056	
Juzgados de Menor Cuantía	8.531	39.587 (16)

Frente a estos números relativamente discretos de la Estadística Judicial, la Policía informa:

Detenidos por ebriedad por carabineros — 1971	152.713
Detenidos por ebriedad por carabineros — 1974	187.334 (17)

En cuanto atañe a conducciones de vehículo bajo influencia del alcohol y en estado de ebriedad, los guarismos son los siguientes:

Detenidos por carabineros por conducir b. influencia alcohol — 1971	2.601
Detenidos por carabineros por conducir b. influencia alcohol — 1974	2.279
Detenidos por carabineros por manejo en estado de ebriedad — 1971	1.193
Detenidos por carabineros por manejo en estado de ebriedad — 1974	1.957 (18)

Estas cifras merecen sólo breves comentarios:

- los datos referentes a "ebriedades" poseen confiabilidad muy relativa como indicadores de "sujetos" que incurren en consumo excesivo en lugares públicos dadas: 1) la confusión, al nivel de cifras, entre "aprehensiones" y "personas" que pueden haber sido detenidas varias veces el mismo año; 2) la tolerancia social ante el fenómeno, que induce a "perdonar" al ebrio; 3) los cambios operacionales en la actitud de la policía. Comparación en lapso prolongado tampoco permite detectar cambios en la prevalencia: en 1972, con población de 4.000.000 de habitantes, se practican 93.592 aprehensiones, con tasa de 2.34%; en 1971, con población total de 9.090.000, se practican 152.713 aprehensiones, es decir 1.68%;

(16) (17) (18) Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas: volúmenes de "Justicia y Policía", años 1971 y 1974.

- b) los datos referentes a conducción bajo influencia del alcohol y a manejo en estado de ebriedad poseen mucho mayor confiabilidad: 1) la aprehensión se produce efectivamente cada vez que se sorprende la infracción; 2) es mucho más difícil que en el caso anterior la confusión entre "aprehensiones" y "personas" (mayor gravedad del hecho, intervención forzosa del tribunal, etc.);
- c) la "ebriedad" en la vía pública parece asociada, en múltiples casos — en especial cuando no se produce aprehensión policial — a delitos comunes, cual se expresará más adelante;
- d) la conducción de vehículo en estado de ebriedad o bajo influencia del alcohol posee una enorme importancia penal y médico-legal, cual se advierte de las cifras que hemos consignado más arriba sobre mortalidad por accidentes del tránsito de conductores, peatones y acompañantes: aproximadamente un 30% de los fallecidos en accidentes del tránsito acusan alcoholemias positivas, superiores a 0.51 gr. por mil.

4) Alcohol y delitos comunes

Diversos estudios de terreno dan cuenta, en Chile, de una relación significativa entre alcohol y delitos comunes. Procede mencionar los datos principales con miras a fundamentar algunos comentarios.

1.º) Manuel Zamorano y Carlos Munizaga estiman en 1963, sobre la base de datos secundarios — Estadísticas de Carabineros de 1959 — que el delito alcohólico representa la mitad o más de la mitad de la criminalidad global: las tasas más altas se dan en las provincias de Antofagasta (68.77%), Valdivia (65.92%), Concepción (62.65%), Maule y O'Higgins. La tasa más alta corresponde a una provincia en que no se produce licores, en el Norte Grande del país (19);

2.º) Los mismos autores, en revisión de 114 fichas del Instituto de Criminología, Penitenciaría de Santiago (lugar de cumplimiento de penas superiores a 5 años de presidio o reclusión), detectan 47 casos de alcoholismo paterno, 4 de alcoholismo materno. 72 sujetos (63.1%) eran bebedores. En 40 casos el delito se cometió en estado de ebriedad: de los 40,24 son homicidios; 11, robos con violencia en las personas o fuerza en las cosas; 3, hurtos; uno, estafa; uno, incendio (20);

3.º) Los mismos autores, en entrevistas practicadas a 30 mujeres internas en la Casa Correccional de Santiago, detectan 7 con padres bebedores, 2 con madres bebedoras. 5 de estas mujeres son bebedoras excesivas regulares (21);

4.º) Estudio criminológico de las características psico-sociales y jurídicas de los menores de la Sección Menores de la Penitenciaría de Santiago (imputados de delito, detenidos y condenados), realizado en 1960, detecta alcoholismo paterno en un 38% de los casos (22);

5.º) Estudio sincrónico realizado en 1970 en el Centro de Readaptación de Menores de Santiago, detecta, en 130 casos, un 45.2%, de padres bebedores. En un 47.2%, de los casos, el delito fue cometido en estado de ebriedad. Los menores reconocen en un 35.7% de los casos ser bebedores moderados, en un 22.6% reconocen fuerte afición etílica (23);

6.º) Estudio sincrónico realizado en 1972 en el mismo Centro de Readaptación de Menores de Santiago, detecta, en 135 casos, un 60% de padres alcohólicos o

(19) (20) Manuel Zamorano y Carlos Munizaga — "Crimen y Alcohol", Escuela de Sociología, Universidad de Chile, Editorial del Pacífico, Santiago, 1963, págs. 113 y 121.

(21) Zamorano y Munizaga — op. cit., págs. 121-122.

(22) Salvador Cifuentes y col. — "Estudio criminológico de las características psico-sociales y jurídicas de los menores reclusos en la Penitenciaría de Santiago". Revista Chilena de Ciencia Penitenciaria y de Derecho Penal, 2.ª época, tomo X, N.º 4, Septiembre-Diciembre 1960.

(23) Susana Viaux, Hernán Concha, Patricio Martínez — "Estudio sobre la situación socio-jurídica de los menores del C. de Readaptación", T. 1970.

bebedores excesivos regulares. En un 32% de los casos, el delito fue cometido en estado de ebriedad. Un 32% de los menores reconoce afición etílica: 2 declaran que empezaron a beber entre los seis y los siete años de edad (24);

7.º) Jacobo Pasmanik, en estudio sobre epilepsia y criminalidad (1965), que supuso revisión de 1.460 informes psiquiátrico-forenses emitidos por el Instituto Médico Legal desde el 1.º de Julio de 1961 al 31 de Diciembre de 1964, detecta 87 casos, correspondientes a un 5.9%, con diagnóstico clínico que corresponde a alguna forma de epilepsia. Entre estos casos 44 corresponden a sujetos con antecedentes alcohólicos (alcoholismo ocasional, 13 casos; embriaguez agresiva, 16 casos; bebedores excesivos regulares, 11 casos; embriaguez patológica, 4 casos). Destaca el autor el rol "que el alcohol juega en los mecanismos desencadenantes de la sintomatología epiléptica", que para Weygandt son síntomas frecuentes de la disposición epiléptica la intolerancia al alcohol y las borracheras atípicas, que Bumke destaca la imperiosa necesidad de beber en las distimias y la alta incidencia de embriaguez patológica en estos enfermos y agrega que "es un hecho establecido que la ingestión del alcohol en el epiléptico determina la acentuación y liberación de los rasgos de irritabilidad e impulsividad agresiva, elementos centrales de la personalidad de estos enfermos" (25);

8.º) Investigación de quien escribe estas líneas y colaboradores en 512 internos de la Penitenciaría de Santiago (1971) revela antecedentes alcohólicos en la familia de orientación en 121 casos (23.63%). Los sujetos confesaron antecedentes alcohólicos personales en 222 casos, correspondientes a un 43.35%. Todos los sujetos estudiados habían cometido delitos graves: destacan, contra la vida, 161; contra las personas y la propiedad, 135; contra la propiedad, 126; sexuales, 39; contra la integridad corporal, 20 (26);

9.º) Investigación de quien escribe y colaboradores en el total de procesos por homicidio de la provincia de Santiago, años 1970, 1971 y 1972 (más o menos el 50% del universo total de homicidios del país), hoy en etapa de procesamiento de datos, revela que los delincuentes en un 42.83% (221 de 516) se encontraban bajo la influencia del alcohol al momento de cometer el delito, tratárase de bebedores habituales (66), de bebedores esporádicos (36), no bebedores (2) o de sujetos sin información sobre consumo anterior (177); que las víctimas en un 63.76% (329 de 516) se encontraban bajo la influencia del alcohol al delito; que en un 25.84% de los casos (124 de 480) el delito se cometió dentro de un bar, restaurant o cantina (45) o en sus inmediaciones (79); que motivos "fútiles" (discusiones por hechos nimios, gestos, ofensas leves) dieron base al homicidio en un 31.46% de los casos (151 de 480) (27);

10.º) Investigación de quien escribe y colaboradores sobre "el delito psicopatológico en el Gran Santiago, años 1970, 1971 y 1972", en etapa de procesamiento de datos, otorga también datos significativos. El universo aparece constituido por el total de procesos en que incidió informe positivo (presencia de anormalidad psíquica, Clasificación de la OMS) de los Institutos Médico-Legal o de Criminología, incoados por delitos cometidos en los años citados. Entre los 152 sujetos examinados se encontró 29 bebedores habituales ebrios al delito, 9 bebedores habituales sobrios al delito, 7 no bebedores habituales ebrios al delito, 4 ebrios al delito sin historia alcohólica anterior, 6 ebrios al delito sin información sobre historia etílica anterior. Total de ebrios al delito, 46 (30.26%). Total de bebedores habituales: 9. El alcohol incide en la conducta delictual de estos sujetos, de alguna manera, en un 36.1% (28).

(24) Alejandro Zalaquett, Juan Pedro Santa María — "Criminología del menor delincuente", Tesis, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1972, p. 104-108.

(25) Jacobo Pasmanik — "Epilepsia y conducta criminal", en Revista Chilena de Medicina Legal, año I, n.º 1, 1965, págs. 47 y siguientes.

(26) Marco A. González y colaboradores-Investigación en 512 internos de la Penitenciaría de Santiago. Instituto de Criminología, 1971. Inédita.

(27) Marco A. González, Eduardo Muñoz y col. — "El delito de homicidio en la provincia de Santiago, años 1970-1971-1972", de próxima publicación.

(28) Marco A. González, Eduardo Muñoz y col. — "El delito psicopatológico en el Gran Santiago, años 1970-1971-1972". Departamento de Ciencias Penales, Escuela de Derecho, Universidad de Chile. De próxima publicación.

Las investigaciones anteriores, dada la relativa concordancia de sus hallazgos, otorgan relaciones estadísticamente significativas en varios órdenes de cosas:

- a) condición de bebedores excesivos de numerosos padres de delincuentes juveniles y adultos;
- b) condición de bebedores excesivos de numerosos delincuentes juveniles y adultos;
- c) relaciones anormalidad psíquica-alcoholismo y anormalidad psíquica-ebriedad en conductas delictivas;
- d) comisión de múltiples delitos en estado de ebriedad del delincuente;
- e) victimización frecuente de sujetos ebrios.

La **influencia del alcoholismo paterno o materno en la trayectoria vital de futuros delincuentes** no requiere, en nuestro caso, de mayores comentarios: puede postularse válidamente, con acuerdo a numerosos estudios, que el "modelling" del niño es inadecuado ante patrones de alcoholismo familiar. Caben, por cierto, hipótesis diferenciales que tiendan a precisar por qué sólo ciertos hijos de alcohólicos son alcohólicos (Mc. Cord, v. gr.) o por qué sólo ciertos hijos de alcohólicos llegan a ser delincuentes.

La **frecuente victimización del ebrio** debe dar origen, por cierto, a estudios empíricos específicos. En nuestras investigaciones hemos detectado numerosos casos de "uxoricidio" cometidos por mujeres: tratábase del episodio criminal único que ponía término — "reacción en espejo" — al comportamiento intolerable de un cónyuge o conviviente alcohólico.

Las relaciones "**anormalidad psíquica-alcoholismo-delito**" y "**anormalidad psíquica-ebriedad-delito**" escapan, sin duda, a nuestra competencia. Múltiples hipótesis se abren, aquí, al juicio de expertos: cabe tan sólo, dentro de nuestras limitaciones, ponderar la heterogeneidad del universo "anormalidades psíquicas", subrayar el difícil acceso a la "comprensión" o "explicación" de los procesos patológicos e insinuar, a lo más, que la condición de alcohólico o la circunstancia de la embriaguez "potenciarían" la base anormal: mayor reducción en el control cortical, acentuación de la instintividad, la impulsividad o la agresividad, etc.

Nos restan para el análisis las relaciones **alcoholismo-delito y ebriedad-delito en delincuentes "normales"** que, según ya temos expresado, se advierten significativas en los estudios de terreno.

Ambas situaciones pueden estimarse relativamente diversas — puede darse también el tipo complejo — y requieren de estudios y sistematizaciones tanto en lo descriptivo como en lo explicativo.

En lo **descriptivo** podemos sólo apuntar aquí:

- a) que ciertos bebedores excesivos — y en especial los alcohólicos crónicos — se observan muchas veces cometiendo, de manera crónica, por obra de perceptible deterioro psico-social, múltiples pequeñas infracciones: vagancia, mendicidad, ebriedad en la vía pública, desórdenes, riñas, etc.;
- b) que los alcohólicos en general muy rara vez cometen delitos para procurarse medios económicos que les permitan adquirir licor: la tolerancia social y el bajo costo de la bebida juegan como factores impeditivos. Trátase, en todo caso, por lo general, de pequeñas raterías;
- c) que los alcohólicos, en general, cometen muchas veces delitos graves (robo con homicidio, v. gr.) cuando, durante el episodio de consumo excesivo, requieren de medios económicos para continuar bebiendo; trátase, por lo general, de actuación en grupo;
- d) que alcohólicos y no alcohólicos en situación de ebriedad aparecen cometiendo variada gama de delitos graves: parricidios, uxoricidios, homicidios, violaciones, robos con homicidio, lesiones graves, etc. Los móviles o motivos aparecen, en gran número de casos, extremadamente nimios. Motivos "fútiles", en nuestra investigación sobre homicidio, se conectan en porcentaje muy significativo al delito alcohólico. Cuota muy amplia de éste, por lo demás, se cometió dentro de lugares en que se expende bebidas alcohólicas o en sus inmediaciones;

- e) que algunos delincuentes consumen dosis perceptible de alcohol antes del delito común como un **medio de proporcionarse valor**: trátase por lo general de delitos contra la propiedad; hemos detectado también esta modalidad en el caso de homicidio "altruista", con y sin tentativa posterior de suicidio;
- f) que el factor alcohol (embriaguez plena o semi-plena) es extraordinariamente relevante en la **criminalidad del tránsito**: está abierto el campo, por supuesto, a la discusión teórica sobre naturaleza penal y criminológica del hecho (tolerancia al injusto: cuasi-delito, delito, caso fortuito; dolo eventual, dolo directo, culpa con previsión, etc.) y sobre personalidad del hechor ("prone-homicide", "prone-suicide", criminal por falta de disciplina social, de situación, etc.).

En cuanto atañe a lo **explicativo**, procede sólo expresar:

- a) que en nuestro contexto se han insinuado modelos etiológicos que, con o sin relación a hipótesis extranjeras, ven tanto el alcoholismo como el delito conexos al mismo complejo causal;
- b) que otros han procurado aislar las causas del alcoholismo diferenciándolas de las causas específicas del comportamiento criminal;
- c) que la investigación criminológica moderna se observa reticente ante el modelo explicativo-causal y ha procurado, en general, sólo un acceso descriptivo-sistemático;
- d) que la entidad del problema alcoholismo, per se, ha inducido a la elaboración de numerosas hipótesis etiológicas adecuadas al contexto nacional y que sirvan de base para las políticas de control.

Entre las hipótesis de trabajo surgidas con relación al fenómeno del **alcoholismo en Chile** cabe mencionar:

- a) las que, sobre parámetros antropológico-culturales, relacionan la forma de beber del chileno criollo y su significado social con la forma de beber de nuestros aborígenes (escaso alimento, fuera del hogar, en grupo, hasta la intoxicación, tolerancia social) (Juan Marconi);
- b) las que señalan, en el alcoholismo, la búsqueda de un factor energético, de un verdadero metabolito, que llevaría a ciertos sujetos al hallazgo de una fuente energética (Francisco Mardones Restat);
- c) las que, en base a las experiencias de Oltman y Friedman, señalan aspectos genotróficos, haciendo jugar factores nutritivos y genéticos;
- d) las que subrayan el aporte de la constitución y advierten el predominio, en alcohólicos, de los somatotipos endomesomorfos (Oyarzún, Matte);
- e) las que acentúan aspectos genéticos, llegando a postular una herencia recesiva ligada al sexo (Cruz Coke);
- f) las que acentúan aspectos psicológicos (ansiedad-desconexión parcial con la realidad; francos mecanismos psiconeuróticos; conflicto de dependencia de Mc Cord (Matte);
- g) las que, en forma predominante, culpan a la "subcultura de ingestión excesiva de alcohol, que presiona y obliga a los adultos masculinos a sobrepasar límites peligrosos para la salud" (29). Se expresa, a este respecto, que Chile posee una "cultura (o subcultura) del vino", que el patrón de beber extra-hogar desempeña una función de sociabilidad y de amistad que facilita el hallazgo de nuevas relaciones, atenúa desniveles socio-económicos y permite la integración de los migrantes rurales;
- h) las que subrayan el aporte de los factores posibilitantes, entre ellos el bajo costo de la bebida y la proliferación de lugares de expendio.

Estas y otras aproximaciones teóricas deben por cierto conjugar-se en un esquema dinámico que pondere el diverso relieve de los factores predisponentes y desencade-

(29) Juan Marconi — "Alcoholismo: nociones básicas para médicos generales", Cuadernos médico-sociales", Vol. XIV, N.º 3, 1973, pág. 23.

nantes y que permita atacar con éxito — como problemas sociales en sí sin perjuicio de su conexión con delitos — a través de un amplio espectro de medidas preventivas y terapéuticas, el alcoholismo y el consumo excesivo de alcohol.

Similar raciocinio puede formularse en torno a proposiciones explicativas de la relación alcohol-delito, que lógicamente merecen la reserva formulada más arriba.

Si tal relación se precisa en términos **indirectos**, alcohólicos que al cabo de cierto tiempo de consumo experimentan maleamiento psico-social que los transforma en francos desviados, puede formularse suficiente evidencia empírica; valgan, como ilustración, algunas de las investigaciones de terreno precedentemente mencionadas.

Más discutible es, sin duda, la **relación directa**, que postula un efecto causal específico del alcohol en la conducta delictiva en términos de precisar que, de no estar presente la ingestión excesiva, el delito no se habría producido. Puede hablarse, a este respecto, de pérdida de control cortical, de aumento y liberación de la instintividad, de potenciación de la agresividad, al igual que de peculiares y perceptibles efectos tóxicos del etanol en la fisiología del sujeto.

Cabe tener presente, incluso en tal hipótesis, la presencia de factores antropológico-culturales, que sin duda, sumados a la reducción del control voluntario, contribuyen al actuar delictivo.

No puede olvidarse, a este respecto, que hay formas diferenciales de socialización y que, al nivel de ciertos estratos sociales, la conducta violenta no sólo es tolerada, sino incluso estimulada. Mal puede extrañar que sujetos de bajo nivel socio-económico cometan delitos de lesiones u homicidio si han sido educados en un medio en que la fuerza integra el patrón de conducta viril, al igual que el consumo excesivo de alcohol.

Podemos citar, como ilustración empírica de tal postulado, investigación de orientación fenomenológica del Profesor Eduardo Muñoz sobre "Norma, Familia y Sociedad", que implicó múltiples entrevistas no estructuradas, en profundidad, a más de 100 sujetos pertenecientes a la clase baja. Datos preliminares que surgen de esta investigación revelan una realidad social que habitualmente se soslaya: la violencia que se ejerce en contra de los niños en los hogares en que imperan malas condiciones socio-económicas. Tal violencia es llamativa por su rudeza, por los medios empleados y por la frecuencia de su aparición, por lo general conexas a alcohol, en el adulto que agrede. Si a ello se agrega la violencia de que es también víctima la cónyuge o conviviente, puede concluirse que el niño, en estos estratos, es testigo permanente de violencia física y verbal e incluso es objeto de ella. Si su socialización diferencial tiene lugar de tal manera, "tenderá a desarrollar menos controles respecto de la expresión de conductas agresivas", los que sin duda estarán posibilitando un delito al concurrir estímulos que sujetos ubicados en otros estratos estimarían carentes de significación (30).

C) ACTITUD COMUNITARIA

La detección de la actitud comunitaria es sin duda indispensable para un acertado diseño de las políticas de control, para la incorporación de determinados grupos a las actividades de prevención y tratamiento que se programen y, asimismo, para la evaluación de eficacia de los planes que se realicen.

La actitud comunitaria ha de ser captada especialmente en dos dimensiones: a) en el nivel de las definiciones culturales del alcoholismo, el consumo excesivo y la mayor o menor tolerancia ante estos fenómenos; b) en el nivel de "respuesta apoyo y participación" a los programas de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Según ya se ha expresado, precedentemente, se ha postulado la existencia en Chile de una "sub-cultura del vino", existe fuerte tolerancia social ante la ingestión excesiva e incluso varios poetas—"malditos" y conformistas — han dedicado encendidos elogios a nuestros buenos "monstruos".

(30) Eduardo Muñoz — Investigación sobre "Norma, Familia y Sociedad", Facultad de Derecho, Universidad de Chile.

Varios estudios — académicos o emanados de agencias de control — han pretendido sistematizar estas actitudes.

Zamorano y Munizaga dan cuenta, en 1963, parcialmente, de algunos resultados de estudio sobre “costumbres alcohólicas en Chile”. Destacan, entre sus hallazgos: 1.º patrón de beber preferentemente en locales comerciales y no en el hogar (78% y 76% para las clases obrera y media, respectivamente) como expresión de sociabilidad y de amistad; 2.º actitudes ambivalentes y de censura inconsistente de la conducta alcohólica en padres y madres entrevistados; 3.º pese a lo anterior, concepción general sombría sobre los peligros del alcohol (31).

El Servicio Nacional de Salud, como base para un programa de prevención primaria del alcoholismo, realiza en 1957 una encuesta nacional sobre hábitos de beber: el estudio revela que la ingestión inmoderada es resultado, en gran parte, de actitudes culturales favorables (32).

La Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud realiza en 1966 un “survey descriptivo” en una muestra representativa de posibles “líderes” de un programa de prevención primaria a través de la educación. La muestra recolecta información de 737 personas que se pretendía emplear para “modificar el sistema de normas culturales que asignan al alcohol propiedades positivas”. Los resultados del estudio fueron sólo parcialmente “satisfactorios”: si bien sólo el 0,8% de los entrevistados acepta la ingestión excesiva “en situaciones de la vida diaria”, el 40,3% la acepta “en situaciones de fiesta”; en cuanto atañe a normas culturales, un 43% “acepta las propiedades positivas que se asignan al alcohol en cuanto valor cultural” (33).

Tales exploraciones precisan, sin duda, la esterilidad de toda política de control que, en el ámbito preventivo, no asigne especial énfasis a los aspectos educacionales: modificación de las actitudes de tolerancia, asignación de las propiedades positivas que se atribuyen al alcohol a instrumentos más científica y socialmente deseables.

En que pueda sostenerse que las actitudes generales de la población no han variado grandemente pese a los esfuerzos estatales no impide advertir que en la segunda dimensión que hemos apuntado — respuesta a programas preventivos o terapéuticos — la actitud de diversos grupos comunitarios se observa, cualitativa y cuantitativamente, cada día más positiva.

El estudio mencionado del Servicio Nacional de Salud revela, ya en 1966, en grupo profesional de “no voluntarios”, un 60,9% de disposición para participar en programas educacionales de prevención del alcoholismo (34).

A la acción efectivamente prestada en esta materia por grupos profesionales, deportivos, religiosos, Juntas de Vecinos, etc., en los últimos años, deben sumarse la de numerosos Clubs de ex-alcohólicos que, en proporción creciente, contribuyen al mayor éxito de los programas estatales.

Mencionaremos esta participación comunitaria, en mayor detalle, en el cuadro general de las políticas de control.

D) POLÍTICAS DE CONTROL

Las políticas y planes deben apuntar, cual prescribe Leslie Wilkins, a la reducción de los “males sociales en sí”, independientemente de sus posibles conexiones con delito. El alcoholismo, principal problema de salud pública en Chile, merece — y ha merecido — por tal razón, el diseño de múltiples estrategias de prevención y

(31) Zamorano y Munizaga — op. cit., págs. 56 y 58.

(32) Luis Custodio Muñoz — “Bases para un programa de educación sobre los problemas del alcohol”. Symposium sobre Alcoholismo y Problemas del Alcohol, Servicio Nacional de Salud, Santiago, 1957.

(33) Luis Custodio Muñoz y colaboradores — “Información y actitudes del profesional docente en materias de alcohol y alcoholismo”. Servicio Nacional de Salud, Santiago, 1967, mimeo, págs. 25-26.

(34) Luis Custodio Muñoz — obra de nota anterior, pág. 28.

tratamiento. Sólo algunos programas específicos han apuntado, propiamente, a la recuperación del **delincuente como alcohólico**.

El Instituto de Investigaciones en Defensa Social de Naciones Unidas (UNSDRI) ha sistematizado los instrumentos de control frente al problema de drogas distinguiendo: a) **controles legales** (penales, administrativos, fiscales) en relación con la producción, venta, posesión, distribución, uso, propaganda, etc.; **controles médicos**; **sistemas de "mantenimiento"**; **acción comunitaria**; **sistemas educacionales**; acción de los **medios de comunicación social**; acción de **otros medios de control social** (familia, empleadores, grupos religiosos, empleo del tiempo libre, acción de otros grupos comunitarios, etc.); **programas de plantaciones substitutivas** (35). En los programas anti-alcohólicos se distingue, habitualmente: a) **prevención primaria** (modificación de los hábitos, valores y actitudes que conducen al beber anormal, con miras a reducir la incidencia o número de casos nuevos por año); b) **prevención secundaria** (diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad alcohólica, con miras a reducir la prevalencia); c) **prevención terciaria** (reducción de los riesgos de muerte o invalidez física, laboral o social de los alcohólicos). Combinaremos ambos esquemas para una exposición sistemática del actuar chileno en esta materia.

1) **Prevención primaria**

En el campo de la prevención primaria, que tiende a reducir la incidencia, dificultando el acceso al consumo "peligroso" y modificando valores, actitudes y hábitos, advertimos: a) instrumentos legales; b) instrumentos educacionales, formales e informales.

a) **Instrumentos legales**

Nuestra antigua ley de alcoholes, periódicamente modificada, prevé, cual ya se ha dicho, una serie de figuras penales consistentes, en esencia, en la fabricación y suministro de bebidas alcohólicas que empleen alcohol no potable, en la venta clandestina, en el suministro de bebidas alcohólicas a policías y a menores, en la embriaguez en público, en la conducción de vehículo bajo influencia del alcohol o en estado de ebriedad. La ley, además, reglamenta prolijamente el expendio, limita el número de patentes, prohíbe la instalación de locales de suministro en ciertos sitios, establece horarios de venta, prohíbe ésta a menores, etc. El extensísimo cuerpo legal establece además numerosos controles sobre la producción, importación y exportación y dispone que en todas las escuelas se brindará educación "sobre las consecuencias del abuso de las bebidas embriagantes", que el Estado proporcionará gratuitamente, al efecto, manuales y material de enseñanza y que los cinematógrafos que funcionen en los barrios populares, en las aldeas y en los campos proyectarán avisos de enseñanza anti-alcohólica.

Cabe decir, sobre este particular:

- a) que las figuras penales se han mostrado sólo relativamente eficaces, dados el creciente número de infracciones (prevención general) y la fuerte recidiva (prevención especial);
- b) que los controles administrativos no han suprimido el suministro de bebidas alcohólicas adulteradas o de baja calidad, de efecto tóxico mayor a las que poseen control de calidad;
- c) que el número de patentes es sin duda excesivo y el número de locales de expendio ilícito abrumador;
- d) que no han prosperado sugerencias del Servicio Nacional de Salud para reducir la graduación alcohólica de los vinos y cervezas;
- e) que no se han cumplido las normas sobre educación anti-alcohólica en las escuelas;
- f) que no se han cumplido las normas sobre propaganda anti-alcohólica en los cines;
- g) que el modelo médico del "Centro de Reeducción para alcohólicos" previsto en la ley aparece terapéuticamente obsoleto.

(35) UNSDRI — "Country Studies on Drug Abuse and Controls. Outline and Preliminary Survey Guide", Rome, February 1972.

El instrumento legal refleja, así, las deficiencias de un actuar meramente sectorial, que no considera el aporte de las disciplinas no jurídicas.

b) Instrumentos educacionales

El análisis de múltiples documentos del Servicio Nacional de Salud y en especial de los Programas Nacionales de Control del Alcoholismo de los años 1957, 1965, 1971, 1973 y de los documentos referentes a las acciones actualmente en desarrollo, revela un progresivo perfeccionamiento en objetivos y programas en esta materia.

Una educación eficaz en esta materia requiere en forma perentoria: a) una sistematización conceptual del problema en términos de magnitud, formas, impacto y actitudes preventiva y terapéutica; b) la capacitación especializada de los profesionales médicos que han de orientar las acciones; c) la capacitación de los elementos humanos no médicos que han de desarrollar acción docente en la materia; d) la preparación de material docente; e) el acceso al público general mediante apropiado material de divulgación; f) la utilización de los medios de comunicación social (reducción de propaganda de bebidas alcohólicas; difusión de los problemas del alcoholismo) mediante apropiados instrumentos jurídicos, si no existiese sensibilidad especial ante el problema o interfirieren la acción intereses económicos.

a) Sistematización conceptual

Para uno de los más destacados expertos nacionales, el Dr. Eduardo Medina, a cargo hoy del Programa de Control del Alcoholismo de la Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, los conocimientos en la materia se consolidan en el período 1960-1966 (36). Contribuyen especialmente a la formación de este núcleo conceptual estudios e investigaciones de la Universidad de Chile y del Servicio Nacional de Salud. Destacan especialmente, hasta dicha fecha, estudios de los Drs. Honorato, Horwitz, Marconi, Muñoz y Stegen, la asesoría del Prof. Jellinek (1956), un Symposium sobre Alcoholismo (1957), un Seminario Latinoamericano (1960) y un Symposium Internacional (1966), trabajos de enfoque antropológico de Luis C. Muñoz, Aida Parada, Oreste Plath, I. Tapia, J. Gaete, la elaboración de dos Programas Nacionales de Control del Alcoholismo conocidos como "Programa 1957 y Programa 1965" y la elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental (1966) que en lugar de los conceptos tradicionales de Fomento (Alimentación; Educación), Protección y Reparación de la Salud, introduce los parámetros de prevención primaria, secundaria y terciaria. Este enfoque ha de ser utilizado en los Programas posteriores (1971, 1973) y en las actuales orientaciones del Servicio Nacional de Salud. Todo este acervo conceptual, referido tanto a los problemas generales del alcoholismo como a las peculiaridades del fenómeno en Chile, ha de posibilitar una prevención primaria sin duda más eficaz.

b) Capacitación especializada del personal médico orientador

A brindar capacitación especializada sobre problemas del alcoholismo a los profesionales de la salud han tendido las iniciativas de incluir este tipo de enseñanza en los estudios de pre-grado de medicina, enfermería, servicio social, educación sanitaria, formulada y parcialmente en aplicación desde 1965; la realización de diversas Jornadas sobre Alcoholismo, 1966, 1967, 1968; la publicación de varios textos ("La labor de los profesionales en la Prevención del alcoholismo". Información básica sobre Alcoholismo y Problemas del alcohol", 1967; "Manual sobre alcoholismo para médicos generales", en preparación) y las proposiciones de creación de un Instituto Nacional del Alcoholismo y de una Escuela Especial de Capacitación.

c) Capacitación de otros recursos humanos

A capacitar profesionales de la educación y otros líderes de la comunidad ha tendido la publicación de varios textos: "Antecedentes para la elaboración de un Programa de Educación sobre los problemas del alcohol, 1959; "Enseñanza sobre alcohol en las Escuelas", 1966; "Introducción a la Higiene Mental", 1962; "Ayudando

(36) Dr. Eduardo Medina — "Análisis y perspectivas de las actividades sobre alcoholismo del Servicio Nacional de Salud". Documento presentado al Consejo Técnico de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, junio 1974, mimeo. Agradecemos altamente a este profesional el acceso a numerosos documentos inéditos del S.N.S. sobre la materia.

a prevenir el alcoholismo", 1969; "Aprendamos sobre alcoholismo. Documento elaborado para personas que tienen responsabilidades, educativas y sociales con la comunidad", 1974.

d) Preparación de material docente

Hasta hoy no se realiza, de manera sistemática, la prescripción de la ley de alcoholes sobre enseñanza anti-alcohólica en las escuelas. Ha contribuido a ello la carencia de material ad hoc suficiente, que hoy procura preparar la Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud.

e) Acceso al público general mediante material ad hoc

A este objetivo ha tendido la publicación de diversos folletos: es el más reciente "Alcoholismo, enfermedad recuperable", 1975, con diversos gráficos. Al mismo, también, la realización de charlas, conferencias, etc.

f) Medios de comunicación social. Control de la propaganda. Difusión de problemas

Pese a las aspiraciones contenidas en los diversos programas, no se ha obtenido que los medios de comunicación social otorguen información seria, sistemática y a nivel de comprensión general sobre los problemas del alcoholismo. Han predominado la información sensacionalista sobre delitos conexos al alcohol y la persistente propaganda sobre ciertas bebidas alcohólicas, algunas veces fuertemente sugestiva. Como honrosa excepción puede mencionarse la campaña del Comité de Seguridad en el Tránsito que se ha traducido en inserciones — pagadas — en la prensa y en "cuñas" televisivas y cinematográficas.

Puede concluirse de todo lo dicho en esta materia que la acción educacional no ha sido grandemente sistemática o general, pese a contarse con un valioso acervo científico y con adecuados instrumentos legales. Han lesionado un actuar más fructífero prioridades atribuidas a otros problemas, limitación en los recursos económicos y un escaso acento pragmático en los Programas Nacionales que hoy, en cambio, se pretende fuertemente enfatizar.

2) Prevención secundaria

Permiten diagnóstico y tratamiento precoces del alcoholismo: a) la acción de los equipos de salud; b) la acción de otros miembros de la comunidad que contribuya a la detección de los casos y colabore en la realización de los programas; c) la acción de los grupos de ex-alcohólicos, que apoye el tratamiento y facilite la reinserción positiva del adicto.

En cuanto atañe a **tratamiento** del alcohólico, cabe decir que "los enfoques locales han sido principalmente realizados a nivel de médico general o internista, como integrantes de un equipo médico de salud, y en menor escala por algunos recursos psiquiátricos" y que ellos han sido "centrados en el equipo de salud, quien trata al paciente conectándose en la rehabilitación posterior con alguna organización ad hoc" o "centrados en aprovechar los recursos humanos espontáneos de la comunidad, que puedan ser entrenados a través de un sistema pautado de conocimientos que aprender y funciones que resolver" (37). Ha primado el primero de estos puntos de vista; corresponde al segundo el "Programa Intracomunitario del Área Sur de Santiago", iniciado en 1968, que pretendió multiplicar la cobertura de las acciones y que, pese a carecer de evaluaciones directas, se mostró efectivo en la creación de numerosos clubs de ex-alcohólicos, en el adiestramiento de líderes y en la promoción del interés por el problema (38). Se propugna hoy, a este respecto, "enfocar decididamente el problema en el equipo de salud a nivel de médico general o internista, en los diversos Consultorios Externos u Hospitales tipo C y D... Las complicaciones deberían tratarse en Servicios de Medicina Interna o Psiquiatría... El equipo de salud debería tender hacia lo multiprofesional, de manera similar a lo propuesto en el Modelo de Programación 1974 (médico, enfermera universitaria, asistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, auxiliar, monitor, etc.). Teórica-

(37) Dr. Eduardo Medina — "El alcoholismo como objetivo asistencial del Servicio Nacional de Salud", Cuardenos Médico-Sociales, Vol. V, n° 2, junio de 1974, pág. 21.

(38) Dr. Eduardo Medina — Ensayo de nota anterior, págs. 21 y 22.

mente la norma sería que cualquier interesado, dentro de los recursos humanos institucionales, tiene lugar en los programas" (39).

Innecesario parece mencionar que los equipos de salud brindan atención adecuada tanto en el tratamiento del síndrome de privación como en el tratamiento del hábito de ingerir alcohol (conciencia de enfermedad, terapias físicas coadyuvantes (sustancias químicas o estímulos eléctricos). La mantención definitiva de la abstinencia requiere del apoyo social del grupo, labor en que desempeñan gran labor múltiples Clubs de Alcohólicos Recuperados.

Más de 120 Clubs de Alcohólicos Recuperados contribuyen a la acción de más de 50 Centros de Tratamiento: desde 1969 se agrupan en la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH). Ley 16.744, de 1968, crea un fondo especial destinado a impulsar este tipo de organizaciones, a dotarlas de locales, etc.

3) **Prevención terciaria**

La prevención destinada a evitar los riesgos de muerte e invalidez física, laboral y social requiere, sin duda: a) sensibilización de la comunidad (participación en programas, facilitación de reintegro al medio laboral); b) actuación del Estado y de organismos comunitarios; c) enfoque inter-sectorial.

El Programa de Control del Alcoholismo de 1971 incluyó entre los objetivos de la prevención terciaria "apoyar la creación de talleres artesanales adscritos a los Clubs de Abstemios", "promover en los lugares de trabajo (industrias, talleres, etc.), la reincorporación de los pacientes alcohólicos mejorados", "capacitar a la comunidad para que comprenda y apoye la abstinencia definitiva del alcohólico".

Circunstancias económicas y el no cumplimiento de los tres parámetros iniciales de este párrafo redujeron tales objetivos a una mera declaración. Resta aún, por ello, una gran actividad que realizar en este ámbito.

4) **Comentario final**

Las políticas de control ante el problema del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol — exista o no relación con delito — deben fundamentarse en diversos aspectos del conocimiento — Antropología, Psicología, Sociología, Medicina, Psiquiatría, Derecho, etc. — y suponen acción en campos muy diversos: sistema médico-asistencial, sistema penal, fuentes laborales, sistema educacional, familia, institutos de investigación científica, etc., etc.

Pareciera que el éxito sólo relativo de los programas ensayados ha dependido, en gran medida, de la carencia de un enfoque efectivamente inter-sectorial. No obstante a tal afirmación las declaraciones de los Programas en torno a "enfoque integrado", "aproximación multi-disciplinaria", "visión inter-sectorial" ni la creación de diversos organismos tales como la Comisión Interministerial de Alcohol y Alcoholismo, de 1966 o la Comisión Nacional de Control del Alcoholismo y Problemas del Alcohol, de 1972, de actividad poco fértil. La coordinación y la inter-sectorialidad no se han alcanzado efectivamente y ello explica las deficiencias o escasa aplicación de los instrumentos jurídicos y la reducción a lo declarativo de muchos programas de acción concreta: valgan, como ejemplo elocuente, las expresiones de la ley de alcoholes sobre educación en las escuelas y sobre propaganda anti-alcohólica.

Cabe insistir, por ello, en la adopción de un criterio efectivamente inter-sectorial, que apele para la solución del problema a todos los sectores interesados, que consulte todos los recursos disponibles en la administración y en la comunidad y que logre conjugar, en planes armónicos, los dictados de la teoría y de la investigación con los requerimientos de la experiencia y de la realidad.

III) **ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS**

A) **EPIDEMIOLOGIA Y COSTO ECONOMICO-SOCIAL**

A diferencia del problema del alcohol, que prácticamente se conecta a los orígenes de nuestra nacionalidad, el problema de los estupefacientes y psicotrópicos es relativamente nuevo en el país y sólo se percibe cualitativa y cuantitativamente grave desde el año 1968. A diferencia, asimismo, del consumo excesivo de alcohol, que en entidad mayor o menor afecta a todas las clases y grupos sociales

y a sujetos jóvenes, adultos y maduros, pareciera gravitar especialmente en los estratos juveniles y en ciertos sectores especialmente vulnerables.

Su menor magnitud epidemiológica, por lo demás -en comparación al problema del alcohol -en caso alguno puede conducir a una infra-estimación de su importancia: el hecho de afectar principalmente a las valiosas reservas humanas del país debe conducir, sin duda, a la adopción de las políticas de control que se estimen más válidamente promisorias.

Recurriremos, al igual que en el análisis del alcoholismo a diversas exploraciones y estimaciones que muestran la gravedad del problema.

1) Prevalencia

La magnitud del consumo es sin duda muy diversa, en el país, según los diversos tipos de droga, circunstancia que fuerza a una consideración separada. El uso de cualquier esquema clasificatorio, a este respecto, merece y ha merecido objeciones: se ha expresado que las voces "narcóticos" (opiáceos, cocaína, cannabis, hoja de coca, etc.) y "psicotrópicos" (poseen fundamento jurídico y no farmacológico; se ha argüido que otras taxonomías incluyen, dentro de un mismo grupo, fenomenologías muy diversas: puede parecer útil, así, aludir simplemente, siguiendo a la OMS a "tipos" de droga o a drogas específicas.

a) Drogas de tipo opiáceo

Se concuerda a este respecto, entre expertos y organismos de control, que el consumo del opio, en cualquiera de sus formas naturales, de sus alcaloides (morfina, heroína, codeína, tebaína, papaverina, laudanina) y de productos sintéticos tales como la metadona y la petidina no alcanza sino magnitud muy discreta.

Muy conocida es la gran dependencia física que produce este tipo de drogas, en general: la adopción de sistema de administración libre de drogas para este tipo de adictos (receta cheque especial para toxicómanos) para permitido se ejerza control sobre el escaso número de morfinómanos u otros usuarios de este tipo de drogas. La Sección Farmacia del Servicio Nacional de Salud registra hoy 24 de estos casos: en 1975 se solicitó del Hospital Psiquiátrico una revisión de casos y prescripciones en relación a 17 adictos (morfina, metadona, etc.) con 15 o más años de uso: algunos mejoraron, otros admitieron reducción de dosis, otros no toleraron el control, restando hoy afectados a él sólo 10. Con este método -expresan dos expertos - "se ha obtenido por lo menos un objetivo vicariante: mantener la cuota de morfinómanos existentes. No se puede decir que se haya evitado la aparición de nuevos casos, porque en la práctica se han ido cambiando los opiáceos naturales por sintéticos y por drogas más potentes en su efecto analgésico periférico" (36).

Procede sólo agregar a lo anterior que se ha observado, desde hace algún tiempo, el consumo (por vía oral o endovenosa, con o sin alcohol) por parte de jóvenes, de fármacos tales como el "Sosegón", que contiene pentazocina, y el anti-tusígeno llamado "Romilar", que contiene codeína: la codeína es alcaloide natural del opio; la pentazocina, al igual que la petidina o meperidina (Demerol) y la metadona, es alcaloide sintético.

b) Drogas de tipo cocaína: cocaína y hojas de coca

En el caso de la cocaína y de otras drogas aparecen muy difíciles los estudios de prevalencia: no existe el control señalado para el caso de los opiáceos y la producción distribución y consumo aparecen fuera del campo de la legalidad en que se halla, por ejemplo, el alcohol. El arbusto de la coca, que por lo demás no se cultiva en el país, merece expresa prohibición reglamentaria, al igual que la adormidera (*papaver somniferum L.*), en DS n.º 459, de 1969.

Exploraciones y estimaciones coinciden en no asignar gran prevalencia al consumo de cocaína en el país. El Servicio de Investigaciones Psiquiátricas del

(36) Drs. Augusto Torrico y Manuel González Stuardo - "Consideraciones clínicas y Médico-legales del consumo de drogas", en Revista de Ciencias Penales, tomo XXXI, n.º 2, Mayo-Diciembre de 1972, pág. 233.

Hospital Psiquiátrico -encargado de tratar a los "adictos necesitados de tratamiento médico — detecta sólo 11 casos de cocainómanos en un total de 341 sujetos remitidos por los Tribunales en los años 1973-1974. (40). Investigación sobre la drogadicción escolar realizada por el Ministerio de Educación en 1974 detecta, en un total de usuarios de drogas de 4.686 (5.57% de 84.103 alumnos), sólo 5 usuarios de cocaína en polvo. (41)

El alto precio de la droga pareciera defender a nuestra juventud de este estimulante, de uso frecuente limitado sólo a ciertos grupos del hampa o la baja bohemia.

Se coincide en estimar, por el contrario, de fuerte entidad penal la introducción clandestina a Chile, desde Perú o Bolivia, de hojas de coca o de sulfato de cocaína, la obtención en laboratorios clandestinos de Arica, Iquique, Antofagasta y Santiago de clorhidrato de cocaína sobre la base del sulfato, el tráfico ilícito de la droga en el sub-mundo de las grandes ciudades y su exportación clandestina en especial a los Estados Unidos.

Se expresa, a este respecto, que Chile exhibe en 1970, en comiso de 84.979 grs., que representa el 54.8% del total, que en cuanto al número de detenciones, Chile detenta el 33.3% del total, que entre 1964 y 1970 se descubren 23 laboratorios clandestinos y que el volumen del tráfico interceptado hasta 1971, según fuentes policiales, no excedería "de un 10% del real" (42). En el lapso posterior, en especial desde Mayo de 1973 (nueva ley más drástica y eficaz, intervención del Consejo de Defensa del Estado como querellante, creación de la Brigada de Estupefacientes de la Dirección General de Investigaciones (Santiago) en 1970, creación del Departamento de Narcóticos y Drogas Peligrosas del mismo cuerpo policial en 1976 (Arica, Iquique, Antofagasta, Valparaíso, además de Santiago), mayor coordinación con la policía norteamericana, creación del Departamento de Prevención Delictual de Carabineros, OS 7, mayor severidad de la Justicia), la situación sería más positiva: el mayor rigor policial y judicial determina la aprehensión, procesamiento y castigo de buen número de traficantes; la elaboración (medida por los comisos y el descubrimiento de laboratorios), intensa en 1973 y 1974 (Investigaciones: 14.561,5 gramos y 29.802,5 grs.) se reduce notoriamente en 1975 y 1976.

c) Drogas de tipo alucinógeno: ácido lisérgico, mescalina, psilocibina, etc.

Existe concordancia, en las fuentes consultadas, sobre escasa prevalencia en el uso de estas drogas.

El LSD se utilizó en alguna época, en el país, en forma controlada, a un nivel científico-experimental. Terminadas estas experiencias, reducidas por lo general al ámbito universitario, muy ocasionalmente han surgido noticias sobre consumo de estas drogas por algunos adolescentes.

La no producción de estas drogas en el país y su alto costo han defendido manifiestamente a nuestra juventud a este respecto. Su esporádica introducción al país aparece conexas, por lo general, a centro de turismo de altos precios.

No extrañará, así, que el Consejo de Defensa del Estado se haya hecho parte los últimos años sólo en tres causas por tráfico de LSD, que nuestra policía civil no haya detectado ningún usuario de LSD en el presente año y que la investigación de la Dirección General de Educación Secundaria mencionada precedentemente sólo haya revelado 20 (?) casos (0.02%) en un total de 4.686. Los años anteriores tampoco son grandemente significativos: en el lapso 1973-1974 la Dirección General de Investigaciones se incauta sólo de un total de 96 dosis.

(40) Servicio Nacional de Salud: Eduardo Medina, María Teresa Dobert — "Aprendamos sobre Drogas", Santiago, 1976, mimeo, pág. 47.

(41) Irma Saavedra, Josefina Olivares, Dagoberto Gallardo, Héctor Durán, Carlos Aguilera — "Drogadicción escolar. Una visión general al mundo escolar adolescente diurno en la provincia de Santiago", Santiago, mimeo, 1974-1975, pág. 43.

(42) Manuel Guzmán Vial — "La elaboración y tráfico de estupefacientes en la realidad nacional", en Revista de Ciencias Penales, tomo XXXI n.º 2, Mayo-Diciembre 1972, pág. 146.

Deseable aparece, sin duda, no se extienda la exploración en algunos vegetales existentes en el país cuya maceración podría permitir la elaboración de drogas de potencialidad alucinógena.

d) Drogas de tipo cannabis

Muy diversa a la anterior, sin duda, es la entidad epidemiológica, en el país, de las drogas de tipo cannabis.

El arbusto denominado "cannabis sativa", de menor riqueza en tetraacannabinol que la "cannabis indica", se cultiva desde hace muchos años en varias zonas del país y constituiría, en alguna medida, una fuente económica útil o necesaria.

De acuerdo a estudio del Departamento de Investigaciones Criminológicas de la Dirección General de Investigaciones, la preocupación policial por el uso de la marihuana contenida en la "cannabis" comienza sólo a fines de 1964, dado su muy reducido consumo anterior (43).

El fácil acceso a las fuentes (grandes cantidades del arbusto en la zona central del país, en especial San Felipe y Los Andes), la negligencia en que incurren los agricultores al abandonar florecencias y rastrojos y la técnica elemental de elaboración han contribuido notoriamente, como factores posibilitantes, al creciente uso de la droga por nuestra juventud.

La menor tolerancia social ante el uso de drogas no alcohólicas, que estigmatiza y abulta la "cifra negra", al igual que el sistema de control legal, que sanciona sólo el tráfico, hacen sin duda muy discutibles los indicadores policiales y judiciales como fundamentos de prevalencia. Baste decir, en este ámbito, que la Brigada de Estupefacientes de Investigaciones (sólo Santiago) decomisa, en 1970, 26.479 grs. y con posterioridad 14.494 grs. (1971), 38.317 grs. (1972), 74.262 grs. (1973) y 148.689 (1974). El decomiso practicado en el presente año por el Departamento de Narcóticos y Drogas Peligrosas (Arica, Iquique, Antofagasta, Valparaíso, Santiago) asciende ya a 182.799 grs. A estas cantidades es menester agregar, incluso, las que decomisa O.S. 7 de Carabineros de Chile... El número de detenidos por consumo o porte para uso personal (fines de tratamiento) o presunto tráfico (figura penal) por el citado Departamento de Narcóticos en el presente año, en relación a marihuana, asciende hasta Septiembre del presente año a 268, en un total de 432...

Diversas investigaciones de terreno han pretendido cuantificar el fenómeno.

Puede mencionarse, entre ellas, el estudio realizado en 1970-1971 por Patricia Richard, Ana María Viveros y Liana Ortiz. La metodología supuso aplicación de un cuestionario a una muestra de 1.302 jóvenes estudiantes de la enseñanza media de cuatro colegios de Santiago. Si bien circunstancias económicas impidieron obtener una muestra estadísticamente significativa de la población estudiantil, se estima que "la recurrencia de ciertas opiniones y características en los diversos contextos nos proporcionan cierta base para afirmar su existencia". Se recurrió a colegios clasificados por estratos socio-económico, de varones y mujeres y se procuró obtener datos en tres ámbitos: comprobación del consumo, percepción de peligrosidad en éste y necesidad de soluciones. Entre los hallazgos pueden mencionarse: declara fumar un 34.7%, la magnitud mayor aparece en el grupo de 16 años (40.3%), el consumo se limita a una vez en un 12.6% el consumo, de los que lo confiesan, se limita sólo a marihuana en un 77%, el consumo es mucho mayor en hombres que en mujeres, en mujeres es mayor en la clase alta que en la clase media baja (23.9% y 17.3%), en los varones de clase alta y de clase media baja las tasas son muy similares (47% y 48.5%, respectivamente). Entre los que declaran haber fumado, las tasas de frecuencia en el consumo son: una vez o alguna vez 51.8%; una vez al mes, 25.4%; una vez a la semana, 18%; todos los días, 4.7%. Aparecería así, en la población general encuestada, una taxa del 15.5% de fumadores habituales (44).

Otra valiosa exploración aparece constituida por el estudio que patrocinara la Dirección de Educación Secundaria del Ministerio de Educación en 1974, que hemos

(43) Hernán Tuane — "El problema de la marihuana en Chile", inédito.

(44) Patricia Richard, Ana María Viveros, Liana Ortiz — "¿Fuma marihuana el estudiante chileno?", Ed. Nuevas Universidad, Universidad Católica, Santiago, 1972, págs. 29 a 41.

ya mencionado. La metodología consistió, en este caso, en la realización de un Seminario de Drogadicción escolar en que participaron 2.400 profesores-jefes de colegios secundarios del área metropolitana de Santiago, el estudio del problema, la elaboración de un cuestionario sobre siete tópicos (causas de la drogadicción, métodos para detectarla, métodos de tratamiento, terapia pedagógica de los adictos, posibilidades de incorporar el problema a los programas de estudios, estimación cualitativa y cuantitativa del fenómeno) que debió ser contestado, por dichos profesores-jefes, sobre la base de consulta a todos los profesores de cada curso por ellos dirigido. Sobre la base de 65 liceos, más de 2.000 cursos y cobertura de alumnos superior a 80.000, se obtiene entre otros datos atinentes a prevalencia, un total de casos de posibles usuarios de drogas de 4.686 (5.57% de un total de 84.103). Entre éstos, como hallazgos sorprendentes, se detectan usuarios de **alcohol 2.538 (3.017 y sólo 1.429 (1.699%) fumadores de marihuana.** Si a éstos se agregan los casos "presumibles", se obtiene una tasa de 5.395% (45).

El Servicio de Investigaciones Psiquiátricas del Hospital Psiquiátrico, a quien se remiten para tratamiento los casos detectados por la Policía, informa en 1974 (Julio) que de 341 casos recibidos los años 1973-1974, se descartó a 32 no drogadictos y que, de los restantes 146 corresponden a fumadores de marihuana, siguiendo a éstos 139 casos de "drogadictos múltiples" (46). Según información proporcionada a quien escribe por el Dr. Rafael Torres Orrego, Director de este Servicio, de los 3.283 casos estudiados hasta Septiembre de 1976 (de los cuales cabe descartar a quienes no eran realmente usuarios de droga alguna) surgió una distribución muy similar entre fumadores de marihuana y "poli-adictos", pudiendo fundadamente presumirse que éstos se iniciaron como consumidores de "cannabis".

e) Fármacos

El fenómeno visible de la "poli-adicción", la dificultad de aislar consumo específico de ciertas drogas y la identidad del tratamiento jurídico actual nos inducen a considerar en un mismo grupo los **hipnóticos (barbitúricos** tales como el amobarbital, el pentobarbital, el secobarbital y **no barbitúricos** como el hidrato de cloral paraldehído), **tranquilizantes menores** (meprobamato) Ecuamil, Miltown, Mel-Val), benzodiazepinas (Valium, Librium) y clordiazepóxidos) y **estimulantes** como las **anfetaminas y derivados** (Sicodrol, Desbutal, Dizem, Dexamyl, etc.). Cabe la inclusión, aún, de fármacos de otro carácter a que los adolescentes atribuyen propiedades psicotrópicas, con o sin combinación de etanol: es el caso de **anti-parkinsonianos** como el Artane (clorhidrato de trihexisénidil), de **anti-tusígenos** como el Romilar (dextrometorfano, codeína), **anorexígenos** como el Sosegón (pentazocina). Los **tranquilizantes mayores** (clorpromazina, reserpina, haloperidol) parecen despertar escaso interés a este respecto, dados sus molestos efectos laterales (hipotensión, desórdenes motrices, sequedad bucal, etc.).

La prevalencia en el uso indebido de estos fármacos parece en este momento tan alta como la del uso de marihuana. Hemos ya mencionado a este respecto datos y estimaciones del Servicio de Investigación Psiquiátricas del Hospital Psiquiátrico, que otorgan tasas parecidas de usuarios de marihuana y de "poli-adictos" (marihuana y fármacos diversos con y sin alcohol étílico). La investigación del Ministerio de Educación de 1974 señala los siguientes casos: Desbutal, 78; Romilar, 86; Valium, 307; Librium-Libraxin, 36; Alipid, 13; Sacin, 18; Optalidón, 31; Serepax, 11. La frecuencia relativa del total de casos de 4.686 es de **0,686%**, a que habría aún que agregar los casos de adolescentes que se inyectan algunos de estos fármacos, con o sin alcohol. Según las estimaciones de la policía (Departamento de Narcóticos y Drogas Peligrosas), el uso indebido habría experimentado claro aumento: entre los años 1970 y 1974 la Brigada de Estupeficientes (Santiago) se incautó de 4.337 dosis; en el primer semestre de 1976 el Departamento de Narcóticos (varias Brigadas a lo largo del país). se ha incautado de 16.225 unidades (tabletas).

(45) Véase referencia en nuestra nota (41)

(46) Rafael Torres, Gabriel Orszag, Gaspar Mistretta — "Drogas usadas por la Juventud en Chile", en I Jornada sobre Juventud ("Juventud y Drogas" Secretaría Nacional de la Juventud, Secretaría General de Gobierno, Santiago, mimeo, 1974, p. 77-78.

Existe, sin duda, cierto tráfico ilícito de estos fármacos, hacia y dentro del país, que fomenta el consumo indebido como factor posibilitante.

La ley, obviamente, atendidas las propiedades benéficas para la salud de múltiples fármacos, mal puede prohibir importación, elaboración y suministro en beneficio de quienes los requieren. Procede, en rigor lógico, procurar que el suministro — mediante diversas medidas de control — se canalice hacia el uso “lícito” o “debido” sin crear, asimismo, las bases de un tráfico mediante exigencias inmoderadas para el consumo.

Ciertos datos, por la razón dada, pueden estimarse equívocos, esto es indicadores tanto de uso debido como indebido. La Sección Farmacia del Servicio Nacional de Salud registra, en 1967, una venta de 22.000.000 de unidades (cápsulas, comprimidos, ampolletas), de anfetaminas, tranquilizantes y barbitúricos, cantidad que en 1968 asciende a 30.611.800 de unidades, en 1969 se estimó de 49.032.000 y en 1970 habría alcanzado a 87.027.093 (47). Implantado el mecanismo de la receta-cheque para barbitúricos, amfetaminas y meprobamato en Mayo de 1970, la venta lícita de estos productos, según información de este organismo a quien escribe, baja radicalmente desde 1970 a 1976. La misma Sección enfatiza el muy fuerte control existente sobre importadores, laboratorios y farmacias, que harían imposible, en su concepto, un suministro indebido.

La realidad, no obstante, nos habla de un consumo impropio. Según las fuentes policiales consultadas e incluso informaciones de prensa sobre el particular, cabría conectar el uso indebido: a) con otorgamiento indebido de recetas-cheque por facultativos a quienes se engañó respecto a sintomatología, profesión, etc.; b) con otorgamiento indebido de recetas-cheque por algunos facultativos inescrupulosos; c) con hurto de talonarios de recetas-cheque; d) con adulteración de recetas-cheque tendiente a aumentar la posología; e) con sustracción de drogas en laboratorios, hospitales o farmacias; f) con expendio indebido, por comerciantes deshonestos dueños de farmacias o droguerías, de unidades en lugar de frascos, con miras a multiplicar las ganancias; g) con introducción clandestina de anfetaminas desde Perú, país en que serían vendidas libremente (bajo el nombre Dexamil N.º 2, v. gr.); h) con violación, en el caso de otro tipo de fármacos controlados, de los mecanismos legales de “receta archivada” y de “receta médica simple”; i) con uso impropio de fármacos de expendio libre, que el Servicio Nacional de Salud ha estimado inapto para producir dependencia y no merecedores de control especial.

f) Volátiles. solventes, otros

Nuestra policía — al igual que nuestras autoridades educacionales — ha logrado detectar búsqueda de efectos psicotrópicos, por nuestra juventud, a través de sustancias y mecanismos sin duda “no tradicionales”: puede mencionarse a este respecto, sólo por vía de ejemplo, la inhalación de bencina, parafina, petróleo, cloroformo, cloruro de etilo, alcohol metílico, éter, tetracloruro de carbono, amoníaco; la aspiración de solventes contenidos en productos de uso doméstico o industrial (lacas, esmaltes, barnices, pinturas, adhesivos: acetona, tolueno, aguarrás mineral o vegetal, tetracloruro de carbono); la inyección endovenosa de alcohol con o sin fármacos (Sosegón, v. gr.): la infusión de yerbas diversas, etc., etc.

Cual expresa a este respecto el Dr. Rafael Torres Orrego, Director del Servicio de Investigaciones Psiquiátricas, “existe una permanente búsqueda, por parte de nuestra juventud de drogas y productos capaces de intoxicarla: semillas de chamico, semillas de suspiros azules, bencina, cloroformo, tetracloruro de carbono, morfina, heroína, procaína, floripondio, TAC, sosegón, mescalina, pisco endovenoso, etc” (48).

Obviamente mal puede reducirse a cifras tan complejo y autodestructivo fenómeno: procede sólo ponderar su enorme gravedad en un contexto globalizador.

(47) Dr. Iván Videla — “Algunos aspectos de la adicción a drogas”, en Cuadernos Médico-Sociales, Vol. X N.º 4, Diciembre de 1969, pág. 7. Manuel Guzmán, en ensayo de nuestra nota (42), pág. 143.

(48) Rafael Torres Orrego y colaboradores. Véase nuestra nota (46).

2) Consecuencias sociales

Según hemos expresado, el problema del uso indebido de drogas afecta especialmente a nuestra juventud: sus consecuencias económico-sociales no pueden, por tal razón, como en el caso del alcoholismo, ser apreciadas a la luz de indicadores tales como impacto en la vida laboral, incidencia en los accidentes del tránsito, mortalidad general, etc.

Sólo un escaso conjunto de cifras ilustra, efectivamente, sobre el impacto **actual** del fenómeno. Es el caso, por ejemplo, de algunos datos relacionados con morbilidad.

Dada la multiplicidad de sustancias incluídas en el concepto de "droga peligrosa" o simplemente en la voz "drogas", mal puede hablarse, sin duda, en términos amplios, de daño asociado a **dependencia física**, a "**tolerancia**" o incluso a "**dependencia psíquica**". Tampoco puede hablarse, en términos absolutos, del concepto de "**escalada de las drogas**", a afecto a amplia controversia, ni de daño físico o psíquico provocado "**siempre**" por "**todo tipo de drogas**".

Sí puede afirmarse con certeza, en cambio, en base a amplia investigación nacional y extranjera, que el uso excesivo de ciertas drogas provoca dependencia física y síndrome de privación (opiáceos, v. gr. igual que el meprobamato, de los tranquilizantes menores); que el uso de otras provoca dependencia psíquica (cannabis, v. gr.); que en el uso de otras es perceptible la tolerancia (anfetaminas); que el uso de la marihuana, de efectos muy controvertidos, "puede" deteriorar el juicio y la memoria, "causar ansiedad, confusión o desorientación..." "inducir temporariamente episodios psicóticos en personas predispuestas" y, en personas predispuestas a la marihuana, dar base para asociaciones personales que posteriormente los exponen a otras drogas (Comisión Johnson) (49). Sí puede afirmarse, conforme a iguales evidencias, asimismo, que dosis excesivas de barbitúricos pueden implicar deterioro del juicio, pérdida de control emocional, delirios, episodios psicóticos, coma, muerte o suicidio; que dosis excesivas de estimulantes pueden producir ilusiones, alucinaciones y trastornos psiquiátricos graves, etc., etc.

Algunas cifras chilenas ilustran sobre esta morbilidad. El Hospital Psiquiátrico, donde se hospitaliza la mayoría de los pacientes que consultan por adicción a drogas — casos graves con psicosis o desajuste conductual fuerte — en los establecimientos y consultorios del país, informa que estos casos correspondieron, en 1970, al 1% del total de egresos, en 1971 al 2.1%, en 1972, al 3.5% y en 1973 al 2.6% (50), tasas que sin duda, poseen un trágico relieve. Lo posee, también, la tasa de atenciones en el Servicio de Investigaciones Psiquiátricas (tratamiento de drogadictos) en relación al total de las consultas realizadas en el Consultorio Externo y Servicio de Urgencia: las atenciones en Junio de 1974 correspondieron al 1.3% del total. (51)

En otros aspectos, aún cuando no existía — o pueda existir información estadística confiable sobre prevalencia — indicadores cualitativos contribuyen a señalar la entidad del problema.

Pueden mencionarse, así: a) informes policiales sobre muerte de algunos jóvenes (embolia gaseosa) que se inyectaran alcohol o droga; b) informes policiales sobre algunos casos de suicidio y tentativas de suicidio en jóvenes drogados; c) múltiples casos de abandono de hogar, vagancia y desórdenes conductuales de usuarios de drogas de que toman conocimiento los Juzgados Especiales de Menores; d) la gravedad del llamado "síndrome amotivacional", conexo a deserción escolar, pereza, falta de asunción de roles e incorporación tardía al proceso productivo por un grupo etario (10-19 años) que constituye (2.027.000, en total de 8.885.000, según Censo de 1970) el 22.79% de la población; e) la escasa percepción del peligro, por los grupos más afectados.

(49) "The President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice": "The Challenge of Crime in a Free Society", U.S. Government Printing Office, Washington, 1967, págs. 224-225.

(50) (51) Dr. Claudio Molina — "Enfoque psiquiátrico social del problema del consumo de drogas en Chile", en volumen sobre "Juventud y Drogas", nuestra nota (46), págs. 137 y 136.

Ilustran sobre los últimos dos puntos (motivaciones "diversas", escasa percepción de peligro), varios estudios de terreno.

El estudio de Patricia Richard, Ana María Viveros y Liana Ortiz más arriba citado otorga, así, resultados muy elocuentes. Entre ellos cabe citar que los fumadores de marihuana la estiman beneficiosa en un 6.9% e inofensiva en un 28%, pese a lo cual se estima que se "pierde el interés en las cosas reales" y que "baja el rendimiento", a nivel de consecuencias temidas, en un 56.3% y un 51.4%. Como posible índice de "brecha generacional" cabe advertir que un 79.1% de los fumadores piensa que los padres exageran el peligro (52).

La escasa percepción de peligro, por lo demás, contribuye a la expansión epidemiológica: estudio de M. Gomberoff, R. Florenzano y J. Thomas en un grupo de adolescentes de 13 a 18 años, en 1969, revela que los no fumadores de marihuana tenían la intención de hacerlo en el futuro en un 17.33%; en 1970 los fumadores activos constituían un 27.8% y los potenciales un 29% (53).

Los efectos nocivos ya detectados, los posibles efectos dañosos futuros y el valor enorme del potencial humano del país comprometido en el problema aconsejan, así, por cierto, tanto una mayor investigación científica sobre sus alcances como la adopción de las estrategias de control que se advierten más ampliamente eficaces.

B) DROGAS Y DELITO

Al igual que en nuestro análisis de la relación alcohol-delito procede distinguir, con las variaciones del caso:

- a) aquellas situaciones en que — en base a prohibición legal sancionada con una pena — la **importación**, la **elaboración**, la **prescripción**, la **promoción del uso**, el **suministro** y figuras analogas, llegan a constituir figuras penales en sí mismas;
- b) aquellas situaciones en que la **posesión** o el **consumo** se constituyen en hechos penales;
- c) las situaciones en que es penado el **consumo excesivo**, de existir tal figura penal en la legislación del ramo;
- d) aquellas situaciones en que el factor drogas aparece asociado, significativamente, a **delitos comunes**.

Las cuatro situaciones merecen, por cierto, comentarios separados. En todas ellas, dado el fuerte reproche social de apreciable sector de la comunidad, la intensidad del actuar represivo y la magnitud de los intereses comprometidos, incluso transnacionales, el problema escapa a una cabal percepción epidemiológica.

1) **Importación, elaboración, suministro, etc.**

Hasta 1969, nuestro Código Penal no contiene otras figuras relativamente aplicables a la elaboración o tráfico de estupefacientes o **substancias psicotrópicas** que las muy genéricas de elaboración o tráfico en "productos nocivos a la salud" (Arts. 313 y 314) y la fabricación o suministro en contravención a los reglamentos, en el caso de existir autorización para tal actividad. Los Códigos Sanitarios de 1931 y 1968 disponen que por Decreto se reglamentará la importación, fabricación, transferencia, posesión, etc., "en general de todo producto narcótico o estupefaciente y otras substancias que produzcan efectos análogos (1931) o de "narcóticos, esuopefacientes, alucinógenos y demás substancias que produzcan efectos análogos" (1968). Un Decreto de 1960 (N.º 137), hasta hoy vigente, adopta las definiciones de los Convenios internacionales de los años 1925, 1931 y Protocolo de 1948, enumera las substancias que se designan con el nombre de estupefacientes (incluidos el cañamo índico, la cocaína, etc.), dispone que sólo se permitirá la producción, importación, expendio de los estupefacientes destinados a satisfacer necesidades médicas o cien-

(52) Patricia Richard, Ana Viveros, Liana Ortiz — op. cit. (nota 44) p. 47, 56.

(53) M. Gomberoff, R. Florenzano, J. Thomas — "A study on the conscious motivations and the effects of marihuana smoking on a group of adolescents in Chile". En Bulletin on Narcotics, Vol. XXIV, N.º 3, July-September.

tíficas, reglamenta tales actividades e introduce, como mecanismo de control en las prescripciones, la llamada "receta-cheque".

La ausencia de tipos penales más específicos que los referidos a la expresión "substancias o productos nocivos", permitió un tenso comercio ilícito con drogas peligrosas: si bien se ha expresado que el número de adictos a opiáceos ha sido siempre reducido, no es menos cierto que buen número de traficantes en cocaína ha realizado actividad en Chile, que el consumo de marihuana es importante desde 1968 y que, desde 1965 hasta 1970 hubo algún consumo de LSD.

Tales circunstancias condujeron a que, en 1969 (ley 17155) se buscara una mejor tutela penal. Las figuras, en el ámbito que nos preocupa, fueron: a) elaboración, fabricación, extracción o preparación de **estupefacientes** o de **drogas que produzcan efectos de dependencia**; b) el tráfico con ellas; c) el suministro, en caso de autorización previa, en contravención a las normas legales o reglamentarias; d) la prescripción médica sin necesidad terapéutica; e) la facilitación de local para el consumo. Se confía a un Reglamento determinar cuáles substancias son estupefacientes y cuáles son las capaces de producir dependencia: el tráfico con las primeras implica un aumento de penalidad.

El citado Reglamento es el fijado por Decreto N.º 459, de 1969. En su Art. 1.º califica como **estupefacientes** una serie de substancias entre las que menciona la cannabis, la cocaína, el ácido lisérgico, la mescalina, etc. En su Art. 2.º incluye, entre las drogas capaces de producir dependencia, los **barbitúricos**, las **amfetaminas** y el **meprobamato**. El tráfico con todas estas substancias, por ello, da origen a **sanciones de carácter penal**.

Como medida de control adicional aparece, en 1970, un Reglamento sobre Productos Farmacéuticos que causan dependencia (D.4, aún vigente), que introduce el sistema de "receta archivada" para la prescripción de "hipnóticos, amfetaminas y demás estimulantes del sistema nervioso central y meprobamato y de todo otro producto farmacéutico que cause dependencia". El control se hace más rígido por D. 301, de 1970, D. 65, de 1971 y Resolución de Salud N.º 422, de 1971, que introducen el sistema de la **receta cheque** oficial de estupefacientes para el expendio de psicotrópicos de esta clase.

Pese al perfeccionamiento de los tipos penales se observa hasta fines de 1972 una criminalidad conexas a tráfico muy perceptible; las aprehensiones y comisos no obstan a la persistencia en la elaboración o refinación, venta y exportación de cocaína; existe algún tráfico con LSD; el aumento en el uso de marihuana, pese al bajo precio del cannabis, favorece suministro ilícito; la venta lícita de fármacos (barbitúricos, amfetaminas, meprobamato) si bien baja y es mejor controlada con la receta-cheque, empieza a ser compensada con suministro ilegal.

La elaboración y tráfico son especialmente notorios, en este lapso, en relación a cocaína. Ya hemos indicado que en 1970 se decomisan 84.079 grs., que representa el 54.8% del total, que Chile exhibe un 33.3% del total de detenciones por tráfico en el mundo, que en el lapso 1964-1970 se descubren 23 laboratorios.

La impunidad final de los traficantes es también importante. Revisión de 60 causas criminales por los delitos previstos en los Arts. 313 y 314 del Código Penal, únicos aplicables hasta la reforma de 1969, detecta condena sólo en un 13.3% de los casos; revisión de 22 procesos del segundo semestre de 1969 y del año 1970, con figuras penales más específicamente aplicables, revela sólo 4 sentencias condenatorias, 9 sobreseimientos temporales, 24 absoluciones (54).

La criminalidad conexas a elaboración o suministro ha cambiado claramente, en extensión y características, desde la dictación de la **Ley 17934, de mayo de 1973**, hasta hoy vigente. Los tipos básicos que el describe son elaboración, fabricación, preparación o extracción; tráfico o suministro; inducción, promoción o facilitación del

(54) Manuel Gusmán et al. — Escuela de Derecho, Universidad Católica. Investigación en 82 expedientes por tráfico de cocaína, aproximadamente 70% del total de procesos incoados en todo el país. V. Manuel Gusmán — "La elaboración y tráfico de estupefacientes en la realidad nacional", Rev. Ciencias Penales, tomo XXXI, n.º 2, 1972.

consumo; suministro en caso de autorización, fuera de los márgenes legales o reglamentarios; prescripción médica sin necesidad terapéutica; facilitación de local para elaboración, expendio o consumo; asociación u organización para elaboración o tráfico. Se presume traficantes, entre otros casos, a quienes transporten, posean, guarden o porten sustancias estimadas nocivas, a menos que justifiquen o sea notorio que se destinan a un tratamiento médico o al uso personal exclusivo. La ley alude genéricamente a sustancias **estupefacientes** y las clasifica entre “**productoras de graves efectos tóxicos o de daños considerables a la salud pública**” y “**otras sustancias estupefacientes... que no produzcan los efectos indicados**”. Las que no producen “graves efectos tóxicos” dan origen, en caso de tráfico, a pena inferior hasta en tres grados. Se confía a un Reglamento — ley penal en blanco — diferenciar entre unas y otras.

Tal Reglamento es el D.S. n° 535, de Julio de 1973. Una lectura atenta de éste — y su comparación con el D. 459, de 1969 — permite advertir más **restringida aplicación del concepto de “estupefaciente”**: si bien se mantienen alucinógenos como el LSD, **han sido eliminados totalmente** de los dos listados **los barbitúricos, las amfetaminas y el meprobamato**. El tráfico con éstos, **consecuencialmente, no cae dentro de los márgenes del Código Penal** y se estima suficiente para su control en cuanto importaciones, elaboración o fabricación, la tutela del Servicio Nacional de Salud sobre los laboratorios y, en cuanto a prescripción médica y uso adecuado, la receta-cheque oficial en aplicación desde 1971 para “productos que causan dependencia”.

La acción de esta Ley 17934 (tipos mejor definidos, sanciones más drásticas, intervención del Consejo de Defensa del Estado como parte), la creación de cuerpos especializados en la policía, la denuncia a los organismos de control tributario, mayor severidad judicial y mejor coordinación con la policía norteamericana permiten descubrir y sancionar más efectivamente el tráfico de cocaína y reducirlo progresivamente en magnitud.

La criminalidad en este aspecto, en consecuencia, posee hoy como características: a) muy escasa magnitud en alucinógenos fuertes, como el LSD; b) decreciente criminalidad en refinamiento y tráfico de cocaína; c) tráfico que podríamos calificar de “miserable” en relación a marihuana (para-sociales que transportan flores, hojas, rastrojos y florescencias de cannabis y las venden a bajo precio); d) tráfico, conexas a otras formas de criminalidad, en relación a fármacos (hurto de fármacos de laboratorios, hospitales o farmacias; hurto de talonarios de recetas-cheque; adulteración de recetas-cheque para posterior suministro de las drogas). Ya hemos dicho que, desde 1973, el suministro indebido de barbitúricos, amfetaminas y meprobamato, si bien da origen a medidas de carácter administrativo, no da origen a sanciones penales, esto es a criminalidad propiamente tal.

2) Posesión o consumo como hechos penales

La ley de 1969 presume que realizan tráfico quienes “transporten o guarden” sustancias estupefacientes o que produzcan efectos y dependencia, a menos que sea notorio que lo hacen exclusivamente para su uso personal. La ley de 1973 presume que realizan tráfico quienes transporten, **posean, guarden o porten consigo** sustancias estupefacientes a menos que justifiquen o sea notorio que están destinadas a la atención de un **tratamiento médico** o al **uso personal exclusivamente**. En cuanto atañe a quien simplemente es consumidor, o porta caridad que puede lógicamente conectarse a consumo personal, se prevé sólo un tratamiento médico con o sin internación o un tratamiento de carácter social, traducido en la medida de “colaboración con la autoridad”.

Podemos concluir en este aspecto, en consecuencia: a) que el consumo no es un hecho penal; b) que la posesión que excede la posibilidad de un tratamiento médico o de un uso personal es penada como tráfico.

No ha sido difícil descubrir, en nuestras investigaciones, sentencias condenatorias manifiestamente severas impuestas al que calificáramos precedentemente como “traficante miserable”: el sujeto que, con miras a la venta o trueque, portaba algunas pequeñas cantidades de marihuana de escasa significación económica. Nuestra Policía civil informa de la detención, por presunto tráfico de marihuana, de 388 personas en 1973, de 71 personas en 1974, de 268 personas el presente año hasta el 30 de septiembre. No todas ellas, sin duda, eran auténticas “traficantes”.

Según ya hemos dicho, desde 1971 no constituye hecho penal el porte o posesión — aunque fuere en cantidad que excede el uso personal — de sustancias que no aparezcan en las dos listas de estupefacientes del Decreto 535: incluyen éstas los opiáceos y sintéticos, la cannabis, algunos alucinógenos fuertes y no consideran los barbitúricos amfetaminas y meprobamato.

3) Consumo excesivo como hecho penal

Ya hemos dicho que el consumo no implica, en Chile, un tipo penal y que se tiende solamente al tratamiento del adicto, fuere o no en el ámbito médico. Tampoco posee relieve penal el consumo excesivo. Obviamente se considerará esta circunstancia en la decisión judicial sobre el tipo de tratamiento (con o sin internación) de acuerdo a informe médico que la ley hace imperativo y que debe emitir el Servicio de Investigaciones Psiquiátricas del Hospital Psiquiátrico.

4) Drogas y delitos comunes

Desde hace mucho se controvierte ampliamente la relación entre drogas y delito. Algunos, en términos generales, aluden a una progresión cualitativa en el uso de drogas (“escalada”) y llegan a ver una relación causal clara entre uso de estupefacientes o psicotrópicos y delito común. Otros, en el extremo opuesto, niegan tal relación y concluyen que los sujetos utilizados por vía de ejemplo habrían llegado a delito con o sin consumo de drogas.

Una aproximación más fina supone, por cierto, análisis más detenido del problema. Suministra una pauta, a este respecto, un conocido documento de Naciones Unidas sobre “Abuso de drogas y criminalidad” que induce a considerar: 1.º) que tanto “criminalidad” como “abuso de drogas” implican preferentemente definiciones sociales y evaluaciones y reacciones subjetivas más que realidad absoluta; 2.º) que pueden existir relaciones directas e indirectas (55).

El área de la relación “indirecta” es sin duda la más fácil de abordar. Se la centra en varias proposiciones: a) los adictos hurtan drogas en farmacias u hospitales; b) los adictos cometen delitos (hurtos, robos, homicidios, etc.) como un medio para obtener dinero que financie su adicción, en especial en el caso de drogas caras (heroína, v. gr.); c) la necesidad de obtención ilícita de las drogas sitúa al adicto en permanente contacto con criminales, lo que facilita maleamiento; d) la necesidad de financiar la adicción transforma al usuario en un promotor (“pusher”): desaparece así la línea entre adicto y traficante; e) el uso de drogas y la conducta delincuente son a menudo manifestaciones de desajuste social: “entre adictos con un estilo de vida criminal, el uso de drogas parece ser parte y parcela de otras actividades incluido el delito” (56).

La relación más directa pretende centrarse en otro género de raciocinios, que apelan en general al **daño intrínseco** producido por las drogas en la personalidad o la estructura psico-fisiológica del sujeto o a la “potenciación”, por las drogas, de elementos patológicos de base o de una defectuosa socialización.

El citado documento de Naciones Unidas, con el fin de descartar algunas hipótesis, expresa que el opio y sus alcaloides, per-se, no impulsarían al delito, dados sus efectos depresores, que el consumo de alucinógenos (LSD, STP, etc.) o de cannabis conduce a una conducta más asocial que criminal, que “hay evidencia, en cambio, de una directa relación entre abuso de anfetaminas y conducta agresiva, violencia y delito” y que la cocaína “parece tener un efecto similar, aunque de menor duración que las amfetaminas, pese a que el mecanismo pueda diferir” (57). Se hace notar, asimismo, que los efectos de las drogas en la coordinación motriz y la atención pueden reducir, notoriamente, el rendimiento

(55) (56) United Nations, Committee on Crime Prevention and Control — “Drug Abuse and Criminality”, Note by the Secretary-General, E/AC.57/April 1972, págs. 4-8.

(57) United Nations — “Drug Abuse and Criminality” cit., pág. 5.

que exige el manejo de máquinas y vehículos (negligencia, cuasi delitos). Otros estudios, v. gr. los de la Comisión Johnson, en la bibliografía extranjera y los del Dr. Rafael Torres, en nuestro país, subrayan los nexos barbitúricos-delito y barbitúricos-alcohol-sintomatología neuro-psíquica: "se ha informado, como en el caso de las amfetaminas, que aparecen relacionados con asaltos y accidentes automovilísticos" (58); "en la experiencia en la cual se asoció el alcohol con este barbitúrico (luminal), las alcoholemias fueron más altas y la sintomatología neuro-psíquica de mayor intensidad que en la experiencia control" (59).

La relación directa, en último término, puede centrarse en dos proposiciones teóricas: a) el uso excesivo o prolongado de ciertas drogas produce un deterioro (físico, psíquico, social o mixto) o bien potencia una anormalidad de base, conduciendo al delito **al cabo de cierto lapso**; b) la ingestión, inhalación o inyección de cierta droga, en cantidad mayor o menor, conduce al sujeto, **durante el episodio de consumo**, a actuar delictivo. En ambos casos debería añadirse que la droga provocó el delito en el sentido de que **éste no habría tenido lugar si la droga no estuviera presente**.

Poseemos muy escaso material empírico, en esta materia, para pronunciarnos de manera categórica sobre estas posibles relaciones directas o indirectas. La escasez de material deriva tanto del **reducido número de casos en que se ha advertido presencia de drogas al delito o condición de usuario habitual del delincuente**, como de la **reducida investigación de terreno** y de las **peculiares dificultades** que ésta presenta en el aspecto que nos preocupa.

Nuestras investigaciones sobre homicidio y delito psicopatológico de que damos cuenta más arriba (60), que cubren gran número de casos, un sector apreciable del territorio y tres años (1970-1971-1972), han detectado sólo 3 casos en 512 y ninguno en 152, con posibles nexos "drogas diversas del alcohol-delito". La consulta a fuentes policiales y judiciales, la revisión de algunos procesos y el análisis de fichas del Instituto de Criminología han permitido, por otra parte, la detección sólo de un escaso número de acciones delictivas en que, de alguna manera, parecen haber incidido las drogas. La prensa, carente de orientación científica en esta materia, frecuentemente magnifica el problema y establece conexiones muy caprichosas, que un análisis sereno fácilmente destruye.

Por tal circunstancia — y en espera de investigaciones de mayor finura — procede sólo una sistematización preferentemente descriptiva y no explicativo-causal. En esta línea podemos expresar:

- a) que se han detectado escasos episodios delictivos en los cuales aparezcan presentes las relaciones "consumo habitual de drogas-delito" o "delito-ingestión presente de drogas", por lo cual, dentro de las obvias limitaciones de acceso al fenómeno, pareciera tener actualmente y en el quantum general de la criminalidad, **muy escaso relieve**;
- b) que en el ámbito de la **relación indirecta** se observa en el número no significativo de casos detectados y en acuerdo a la pauta de Naciones Unidas:
 - 1.º algunos hurtos de fármacos en laboratorios, hospitales y farmacias;
 - 2.º algunas falsificaciones de "recetas-cheque" y hurtos de "talonarios de recetas-cheque" para provisión de fármacos;
 - 3.º hurtos de escasa cuantía como medio de financiar el consumo, dado el bajo precio de las drogas empleadas preferentemente o el escaso potencial adictivo (en términos de dependencia física) de las drogas de mayor valor;

(58) "The Challenge of Crime in a Free Society" cit., pág. 214.

(59) Dr. Rafael Torres Orrego — "Fisiopatología de la intoxicación alcohólica aguda", en Archivos Chilenos de Medicina Legal, Vol. I, 1959, p. 12.

(60) Véase nuestras notas (27) y (28).

- 4.º algunos casos de maleamiento social derivados de contacto de usuarios de drogas con sujetos más que criminales "para-sociales" (vagos, prostitutas, etc.);
 - 5.º algunos casos de desaparición de la línea adicto traficante, en especial en los casos de marihuana y fármacos: las aprehensiones policiales recaen tanto en usuarios como en pequeños traficantes o "pushers";
 - 6.º algunos casos en que tanto el uso de drogas como la conducta delincuente aparecen como signos expresivos de desajuste social.
- c) que en el ámbito de una **posible relación directa** se observa en el número no significativo de casos detectados:
- 1.º algunos casos de delitos graves (homicidio, robo con homicidio) cometidos por sujetos que reconocieron ser usuarios habituales de **alcohol y drogas** (marihuana, amfetaminas, fármacos varios) y negaron estar drogados al momento del delito;
 - 2.º algunos casos de delitos graves (homicidio, robo con homicidio) cometidos por sujetos que reconocieron ser usuarios habituales de **alcohol y drogas** (marihuana, amfetaminas, fármacos varios) y haber cometido el delito bajo ingestión de drogas;
 - 3.º un número menor de casos de delitos graves en que, **ausente el factor alcohol**, los agentes reconocieron ser usuarios habituales de drogas o haber cometido el delito bajo influencia de éstas, por lo general amfetaminas (Desbutal) o hipnóticos (Seclar);
 - 4.º apreciable número de casos de delitos de menor gravedad (ultrajes al pudor, abusos deshonestos, ofensas a la moral, lesiones, desacato, corrupción de menores) asociados a ingestión de drogas o a consumo habitual.

La escasa evidencia empírica, la dificultad de aislar factores (alcohol-drogas), la frecuente imposibilidad de probar la "confesión" de uso de drogas, el difícil empleo de técnicas objetivas de análisis en muchos casos (marihuana, v. gr.) y los problemas éticos de la experimentación pueden conducirnos así — mientras no se produzca demostración más concluyente — a subscribir en términos más o menos generales los conceptos que la Comisión Johnson formula en torno a la relación "marihuana, delito y violencia": "el efecto de la droga dependerá del individuo y de las circunstancias. Podría — pero ciertamente no necesaria o inevitablemente — conducir a conducta agresiva o a delito. La respuesta dependerá más del individuo que de la droga" (61). E "individuo", obviamente, supone tanto elementos bio-psicológicos de base como elementos potenciadores de naturaleza social.

C) ACTITUD COMUNITARIA

Cual dijimos al tratar del alcoholismo, es por cierto necesario conocer — y si es necesario cambiar — la actitud comunitaria ante múltiples problemas sociales. Toda estrategia de control — si no busca apoyo en las mayorías y en los sectores más vitales — ha de verse seriamente limitada en sus alcances.

La actitud comunitaria interesa, en especial, en dos dimensiones: a) en la de las definiciones culturales existentes sobre adicción a drogas y el nivel de tolerancia ante el fenómeno; b) en la de participación en los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Si en el caso del alcoholismo puédesse postular una relativa tolerancia general ante el fenómeno y una definición más o menos global del alcohol como elemento favorecedor del contacto y la integración sociales, no ocurre lo mismo, por cierto, en el caso de las drogas. Podriase fácilmente proponer, en este ámbito, que las definiciones culturales cambian ampliamente según grupos etarios y que lo que los adultos estigmatizan como "vicio" merece una reacción permisiva o relativamente neutra entre los jóvenes. Si se considera que es éste, precisamente, el grupo más afectado por lo que los adultos califican de "problema", se advierte la fuerte limi-

(61) "The Challenge of Crime in a Free Society" cit., pág. 224.

tación de todo plan que no movi­lice, precisamente, el sector que hoy revela la mayor prevalencia.

La actitud de los jóvenes ha sido escrutada en diversos estudios, algunos de los cuales hemos ya mencionado. Así el estudio de Patricia Richard, Ana María Viveros y Liana Ortiz, que detecta, entre fumadores y no fumadores de marihuana, percepción muy diferente de peligro (muy peligroso: 24.3% y 61.6%), enjuiciamiento moral muy dispar (malo: 25.6% y 64.8%) y "brecha generacional" de muy diverso nivel (piensan que los padres no exageran: 20.8% y 63.2%) (62). Por muy "exploratorio" que se estime por sus autoras este estudio, es sin duda un muy valioso antecedente para investigaciones de mayor significación estadística.

El estudio del Ministerio de Educación, de 1974, que también hemos mencionado no es, sin duda, una encuesta general de población, que detecte actitudes en estratos y grupos diversos. Sin embargo, atendida la cantidad de docentes consultados (2.400 profesores jefes, que a su vez auscultaron el sentir de muchos otros maestros), el valiosísimo rol social del maestro y la propia calidad de padres que un gran porcentaje poseía, algunos de los hallazgos, en el ámbito que nos preocupa, tienen sin duda un gran relieve. Subrayamos entre ellos, solamente, que apenas un 5.82% del total cree en la eficacia de las medidas represivas; que un 26.88% atribuye el problema al medio familiar; que un 89.70% de las respuestas coincide en estimar que el fenómeno puede atacarse especialmente por el hogar y que se insiste en la necesidad de un mayor estudio y de mejores técnicas de control (63).

La gravedad del problema — conexas más a la juventud del grupo afectado que a prevalencia — ha dado origen, por lo demás, a la realización de diversas Jornadas de base académica que tanto han incitado a la elaboración de estudios — doctrinarios o de terreno — como han permitido detectar el espíritu de servicio, en este campo, de muy diversos sectores.

Podemos mencionar, así, Jornadas sobre Drogas organizadas por el Consejo de Defensa del Estado, por el Colegio de Abogados, por el Ministerio de Educación, por la Universidad Católica, por la propia Secretaría Nacional de la Juventud. En las Jornadas organizadas por la Secretaría Nacional de la Juventud, en 1974, participaron médicos psiquiatras, psicólogos, abogados, educadores, terapeutas educacionales, sacerdotes, como estudiosos individuales del problema o como representantes de varias Universidades del país, al igual que representantes de los Ministerios de Justicia, Educación y Salud, de la Asociación Nacional de Magistrados, del Consejo de Defensa del Estado, de Carabineros de Chile, de la Dirección General de Investigaciones y de la Secretaría Nacional de la Juventud organizadora del evento. Nos interesa destacar de esta y otras Jornadas — en este aspecto — más que el singular valor de muchos estudios epidemiológicos, etiológicos o profiláctico-terapéuticos presentados a ellas, la perceptible conciencia existente en diversos grupos ante la entidad del fenómeno y la necesidad de enfrentarlo desde una perspectiva científica y global.

Podría concluirse de este párrafo, en consecuencia:

- a) que de acuerdo a algunas exploraciones, un sector importante de nuestra juventud percibe la gravedad del problema, no acusa de incomprensión a los adultos y desea participar en las estrategias de control;
- b) que, de acuerdo también a algunas exploraciones, sectores importantes de la población rechazan una estrategia represiva o estigmatizante, prefieren el análisis y estudio del problema y están decididos a participar en los planes de prevención y tratamiento;
- c) que, sin perjuicio de lo anterior, procede la realización de nuevas investigaciones de campo que detecten, en términos más amplios, definiciones culturales y formas y magnitudes de actuación preventiva.

D) POLITICAS DE CONTROL

El análisis precedente nos permite dar por demostrada, en el contexto chileno, la gravedad del problema de dependencia a drogas, fueren cuales fueren su pre-

(62) Véase nuestra nota 44.

(63) Véase referencia en nuestra nota 41, págs. 10-14.

valencia e incidencia y existieren o no relaciones directas o indirectas con criminalidad. Ante un problema social grave — que constituye por lo demás un fenómeno “desviante” — procede tanto una descripción de las políticas de control ensayadas como una fría evaluación que señale, con crudeza, los errores cometidos en las estrategias o en los programas específicos.

Utilizaremos para nuestro análisis el mismo esquema empleado en el caso del alcoholismo — prevención primaria, secundaria y terciaria con elementos del diseño sugerido por el Instituto de Roma, de las Naciones Unidas, en Febrero de 1972.

1) Prevención primaria

La prevención primaria, cual se ha dicho, tiende a evitar la aparición de un fenómeno o a reducir a cero la tasa de “ataque”. Su éxito debe ser medido en razón inversa a la incidencia, esto es al número de casos nuevos que se detecten en un período determinado.

Son instrumentos de prevención primaria, en nuestro caso, al dificultar el consumo peligroso y tratar de modificar valores, actitudes y hábitos: a) los instrumentos legales; b) los instrumentos educacionales, formales e informales.

a) Instrumentos legales

Nuestro país ha pretendido dificultar el acceso al uso indebido de drogas mediante normas legales de carácter penal y de carácter sanitario-administrativo.

Las normas penales incriminan, en esencia, en la actualidad, la elaboración, fabricación, preparación y extracción de drogas estupefacientes (incluidos algunos alucinógenos) que se realicen en contravención a prohibiciones legales o reglamentarias; la inducción, promoción o facilitación del consumo de tales drogas; el tráfico o suministro de ellas; el suministro, en caso de autorización, fuera de los márgenes legales o reglamentarios; la prescripción médica, sin necesidad terapéutica, de tales sustancias; la facilitación de local para elaboración, expendio o consumo de estas sustancias; la asociación u organización para elaboración o tráfico de estas sustancias o sus materias primas.

La penalización de todas las conductas mencionadas se vincula, desde 1973, sólo con drogas calificadas de “estupefacientes” y que enumerará — ley penal en blanco — un reglamento especial. Este — D.535 de 1973 — en su Art. 1.º enumera las sustancias que producen “graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública”: son éstas, la cocaína y sus sales, las hojas de coca, el opio y sus derivados y los alucinógenos fuertes. El Art. 2.º enumera las sustancias, también estupefacientes, cuya elaboración o tráfico ilícitos dan origen a una penalidad menor: son estas, en general, las sustancias incluidas en la Lista I de la Convención Unica de Estupefacientes de Nueva York, 1961, con excepción del opio y sus derivados, las hojas de coca, la cocaína, que se incluyeron en el Art. 1.º (graves efectos tóxicos). La cannabis, así aparece específicamente considerada en el Art. 2.º.

En el ámbito penal aparecen, en consecuencia, la elaboración y tráfico ilegales con opiáceos, con cocaína, con alucinógenos fuertes y marihuana y con las demás sustancias propiamente “estupefacientes”. La elaboración y tráfico ilegales con **barbitúricos, amfetaminas y meprobamato** aparecen bajo la tutela penal sólo hasta el 10 de Julio de 1973: desde esa fecha tales figuras no constituyen delito y se estima que controles administrativos y el mecanismo de la **receta-cheque** bastan para su contención.

Otros mecanismos jurídicos han pretendido contener el uso indebido de sustancias de otra clase.

Así, por Resolución 7.565, de 1972, la Dirección General de Salud afecta al sistema de **receta archivada** las especialidades farmacéuticas constituídas por la droga activa “**pentazocina**”, conocida bajo el nombre de “**Sosegón**”, respecto a la cual se advierte la “posibilidad de constituir hábito y hasta hoy de amplio consumo.

Así, por Resolución 1.022, de 1975, ante el nuevo problema de “**inhalación de solventes orgánicos puros o productos de uso industrial o doméstico que contienen tales solventes: pinturas, adhesivos, etc.**”, la Dirección General de Salud prohíbe el expendio de sustancias cáusticas, tóxicas o venenosas, de uso doméstico o

industrial, en envases de bebidas o alimentos de uso habitual, dispone que estos productos deben ser distribuidos en **envases uniformes y rotulados y prohíbe la venta a menores** de edad de solventes orgánicos, sea al estado puro o como componentes de productos de uso industrial o doméstico.

Así, por Resolución 124, de 1976, la Dirección General de Salud afecta al sistema de la **receta médica archivada** a más o menos 15 drogas **anti-tusígenas y anti-inflamatorias** que contienen dextro metorfano (v. gr. Romilar) o dextropoxifeno (v. gr. Tegón) y que se estime capaces de producir dependencia.

Los instrumentos legales mencionados parecen haber alcanzado una eficacia sólo relativa, si se consideran las estimaciones y cifras existentes sobre incidencia, esto es sobre casos nuevos de dependencia a droga en el lapso 1973-1976.

Cual ya dijimos, la adicción a **opiáceos** ha sido siempre reducida, en nuestro país y la incidencia, en los últimos años, sería extremadamente baja: puede estimarse satisfactorio, a este respecto, el control ejercido mediante la "receta cheque oficial para estupefacientes" que se reserva a los toxicómanos.

En cuota importante, los instrumentos jurídicos y el actuar policial, judicial, administrativo y sanitario acorde a ellos, han tendido a reprimir el tráfico de **cocaína** y a prevenir un aumento en su consumo. A juzgar por el impresionante volumen de los comisos, por la apreciable cantidad de laboratorios clandestinos descubiertos y por la crecida cantidad de traficantes aprehendidos y juzgados, cabe estimar perceptiblemente exitosa la estrategia empleada en especial desde 1973: legislación más severa, actuar policial más eficaz (dos cuerpos especiales), intervención como parte en los procesos del Consejo de Defensa del Estado, mayor rigor judicial, intervención de organismos de control tributario, mejor coordinación con cuerpos policiales extranjeros. La intensidad de la represión-conjuntamente con otros factores-parece haber sido también eficaz en términos de incidencia: la dificultad en la obtención de la droga aumenta su precio, notoriamente, hasta extremos poco alcanzables por adolescentes. En opinión de las fuentes consultadas — en especial Servicio de Investigaciones Psiquiátricas, Primer Juzgado Correccional de Menores — la cocaína, consumida especialmente por sólo cierto sector de adultos (hampa, baja, bohemia), parece haber reclutado muy pocos nuevos adeptos.

El actuar policial, acorde a los instrumentos jurídicos, parece haber sido también eficaz en cuanto atañe a los **alucinógenos fuertes** en especial el LSD. La detección oportuna de extranjeros que procuraban su introducción al país y la captura, juzgamiento y comiso de la droga, en varios casos, han contenido el tráfico y alzado notoriamente el precio de las sustancias. Fuentes policiales, judiciales y de tratamiento coinciden, así, en estimar muy baja la incidencia.

Muy diverso es el caso, sin duda, en lo que se refiere a **marihuana** y a **fármacos, en especial estimulantes**, al igual que en cuanto atañe a las sustancias que hemos incluido en el rubro de "solventes, volátiles y otras".

Según ya hemos expresado, el tráfico con marihuana aparece bajo la tutela penal. No así, en cambio, ocurre con las otras sustancias incluidas en este rubro (fármacos; solventes y otros).

La sanción penal al tráfico de marihuana se ha demostrado claramente ineficaz desde el punto de vista de la incidencia. Pese a la diaria aprehensión de traficantes — desde el que porta dos maletas de cannabis hasta el que transita con una pequeña bolsa que da base a truques o ventas menudas — el número de consumidores aumenta notoriamente.

El problema de la cannabis debería enfrentarse, desde el ángulo preventivo, conjuntamente con el problema de la dependencia o consumo de amfetaminas y estimulantes de todo tipo. Si bien en un caso existe sanción penal y en el otro no, se observa hoy, en forma predominante, la "poli-adicción", cual la califica el Dr. Rafael Torres Orrego. En 1973 podía con relativa facilidad detectarse el caso del adolescente que sólo fumaba marihuana (146 casos de 309, esto es 47.25%) y los casos de drogadictos múltiples representaban un porcentaje inferior (139 casos, esto es el 44.98%); hoy domina, en el Servicio de Investigaciones Psiquiátricas, el cuadro de la dependencia (física o psíquica) a múltiples drogas y la marihuana parece sólo representar una especie de "rito de iniciación o de tránsito" en que la amenaza penal posee muy escaso relieve. La prevención primaria pare-

ciera, por ello, no poder centrarse en los instrumentos jurídicos, solamente, toda vez que si la penalización del tráfico de marihuana no ha reducido su consumo, es dable dudar que el retorno a la criminalización del tráfico de fármacos pueda reducir la incidencia en el consumo indebido de éstos.

b) Instrumentos educacionales

El problema del consumo indebido de drogas posee sin duda raíces muy profundas y complejas: toda política de prevención eficaz debe, por ello, centrarse en una política educacional de muy alto nivel y que apele fundamentalmente a valores.

La elaboración de esta política global mal puede eludir proposiciones etiológicas, por difíciles, diversos y complejos que puedan ser los modelos explicativo-causales. Procede en esta materia, al igual que en el análisis de la actitud comunitaria, que los adultos se planteen con serenidad, qué tipo de valores y qué tipo de oportunidades ofrecen, realmente, a una juventud que, en cuota importante, adopta mecanismos auto-destructivos.

No es ésta, sin duda, la oportunidad de avanzar proposiciones explicativas. Cabe sólo decir, ante estimaciones de prevalencia que desbordan — en términos empírico-estadísticos — distribuciones probables de patología personal, que el fenómeno posee, sin duda alguna, implicaciones de carácter psico-social. Y agregar, asimismo, que estas implicaciones requieren de investigación científica vasta y profunda.

Se ha insinuado, en nuestro medio, que el fenómeno de la dependencia a drogas aparece conexas:

- a) a problemas de la dinámica familiar (ausencia física o moral de figuras parentales, falta de comunicación, empleo de patrones erráticos o anticuados;
- b) a elusión de roles formativos por la escuela y por el hogar: éste transfiere su responsabilidad a la escuela; aquélla subraya la función del hogar (Calcagni);
- c) a problemas psicológicos de la adolescencia, "transición de la niñez dependiente a la adultez auto-suficiente" (Hernán Montenegro): el crecer hacia la madurez, la búsqueda de imágenes de identificación, la inexistencia de "rituales de iniciación y la escasa entrega efectiva de oportunidades favorecerían un comportamiento "irresponsable" (Montenegro);
- d) a educación defectuosa, que no prepara para enfrentar la realidad social y conduce al adolescente a la búsqueda de identidad, de auto-definición, de modelos, bajo los influjos de los amigos, del grupo y de la cultura" (Hernán Berwart);
- e) a una respuesta social equívoca frente a los problemas de la adolescencia: una sociedad inestable y en cambio, que no ofrece permanencia y consenso en el sistema de valores, que define y re-define los roles de hombre y mujer, que a través de conductas "de doble standard permite y prohíbe a la vez, que es inconsecuente en lo que pide a los jóvenes como actitud y rendimiento, entrega una imagen global ambigua y favorece, a través del "síndrome amotivacional", una agresión o una rebeldía (Mario Gomberoff);
- f) a una grave crisis de valores, en un mundo que enfatiza el "tener" por sobre el "ser";
- g) al fuerte imperio de factores posibilitantes, en especial los medios de comunicación social, que estimulan la curiosidad y la búsqueda de efectos "psicotomiméticos", importan hábitos foráneos, derraman a sectores rurales definiciones culturales urbanas y extienden peligrosamente ciertas "modas".

No procede, sin duda, en esta oportunidad, una revisión crítica de estas proposiciones. Todas contienen, por cierto, aspectos de la verdad y sólo cabe desear que la investigación científica considere todos estos aportes para la búsqueda de

una estrategia de control adecuada. Surge con claridad de estas proposiciones, en todo caso, la imposibilidad de encuentro a una solución clara en el ámbito exclusivamente jurídico o médico: el problema apunta a la concepción de una **sociedad** más sana, que posea, exhiba y otorgue una escala de valores positiva y una amplia gama de oportunidades, a una **estructura familiar** que aporte patrones formativos más sólidos y congruentes, a una **educación** que, más consciente de sus funciones, enfatice preferentemente la formación y no la mera entrega de conocimientos.

Sin duda tales ideales no se han alcanzado — a juzgar por los indicadores de prevalencia e incidencia — y, en espera de su consecución, cabe describir los instrumentos educacionales, formales e informales, a que se ha apelado en el contexto chileno para contener al menos este fenómeno.

a) **Sistematización conceptual**

Se ha pretendido alcanzar ésta, cual hemos expresado, a través de estudios doctrinarios y de terreno y la celebración de varias Jornadas académicas en que profesionales de diversos campos (psiquiatras, psicólogos, educadores, juristas, sacerdotes, etc.) han procurado una visión multi-dimensional del problema. Procede, sin duda, un estudio cada vez más amplio y profundo del problema, en las diversas áreas comprometidas: carecemos, por el, como en el caso del alcoholismo, de modelos epidemiológicos y el terreno de la relación drogas-delito requiere, sin duda, de investigaciones más finas; la posibilidad de empleo en el contexto nacional de investigaciones de carácter bio-fisiológico realizadas en el extranjero aconseja profundizar sólo en los aspectos psico-sociales.

b) **Capacitación de educadores**

A la capacitación de educadores en problemas de uso indebido de drogas por adolescentes han tendido diversas iniciativas. Podemos mencionar, entre ellas; 1.º) dos Jornadas organizadas por el Ministerio de Educación (Dirección de Educación Secundaria) en los años 1973 y 1974; 2.º) la realización, desde agosto de 1974, en base a un Convenio Ministerio de Educación-Carabineros de Chile (Departamento de Prevención Delictual, O.S.7) de cursos para formación de "monitores" en el profesorado de los niveles básico, medio y profesional. Un equipo multi-profesional (químicos, pedagogos, psicólogos, sociólogos, médicos, sexólogos, juristas, etc.) tiene a su cargo la dictación de estos cursos, destinados a una prevención primaria más efectiva por los profesores-monitores. Al 30 de septiembre del presente año se han realizado ya dos de estos cursos y se han graduado, como "monitores", 102 maestros.

El problema de drogas, según se ha expresado, debe enfrentarse en una perspectiva muy amplia, que considere globalmente los problemas de la sociedad, la familia y, específicamente, la adolescencia. Desde este punto de vista genérico, cabe mencionar, como tendientes a una mejor capacitación de los educadores, diversas iniciativas de la Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud y, en especial la que condujo, mediante actuar conjunto de Salud, el Ministerio de Educación y Unicef, a la implantación, en el plan de estudios de las Escuelas Normales, de la asignatura de "Higiene Mental" en que se consideran, especialmente, los problemas de higiene mental del desarrollo.

c) **Capacitación de personal médico especializado**

A la capacitación especializada de personal médico en los problemas de la drogadicción han tendido diversas iniciativas de la Sección Higiene Mental del Servicio Nacional de Salud, de la Sociedad Chilena de Salubridad, etc. Salud ha promovido estudios especiales sobre el tema; la Sociedad Chilena de Salubridad ha analizado el fenómeno, desde 1969, con una visión inter-disciplinaria.

d) **Capacitación de otros recursos humanos**

A la capacitación de otros recursos humanos que puedan contribuir a la prevención primaria han tendido diversas acciones. Procede mencionar, entre ellas: 1º) **Capacitación especializada de personal policial** (Carabineros de Chile, Departamento de Prevención Delictual, O.S.7): como existen en este Cuerpo Policía de Menores y Policía Feminina, de actuar básicamente preventivo, cabe esperar que

sus labores sean especialmente fértiles en este terreno; 2º) **Charlas y conferencias a profesores y a padres apoderados**, programa de realización permanente de acuerdo al Convenio Ministerio de Educación-Carabineros de Chile.

e) Preparación de material docente

Ha sido ampliamente controvertida la utilidad de acceder al público general mediante folletos de divulgación que advierten sobre el peligro de las drogas. Se afirma que tal material puede estimular la curiosidad y favorecer indirectamente el consumo, lo cual aconsejaría peculiar cautela a este respecto. Chile ha tenido presente esta reserva, no ha emitido folletos o cartillas y ha publicado, a través de la Sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud sólo dos extensos documentos: uno, de amplitud general, del Dr. Luis Custodio Muñoz, denominado "Introducción a la Higiene Mental"; el otro, específicamente destinado a drogas, elaborado por un médico psiquiatra y un psicólogo que se destina a "personas que tienen responsabilidades educativas y sociales con la comunidad" (64).

f) Orientación a la juventud sobre el problema

Nuestro país ha guardado también, en este ámbito, una actitud de clara prudencia: pareciera muy discutible — cual se concluye en encuesta de UNESCO de 1971-1972 — apelar a la técnica de análisis, en charlas o conferencias por personas extrañas a los establecimientos docentes, de los problemas de la drogadicción en la juventud: la dramatización del fenómeno, la exageración de los efectos por quienes nunca han consumido drogas, la propia ruptura de la rutina escolar, pueden poseer efecto expansivo, estimular curiosidades y familiarizar en técnicas. George Birdwood, al plantear "Ocho escollos que deben evitarse" en esta materia, llega (65) incluso a expresar que "sólo la educación goza del dudoso privilegio de poder empeorar las cosas". Procede sin duda, a este respecto, una extrema cautela: cabría desalentar algunas iniciativas individuales y prescribir por el contrario — tal vez — una información exenta de dramatismo que se otorgue dentro del curriculum normal, por los propios maestros, en las Cátedras atingentes. Estas, por cierto, no serán sólo las que se vinculen a Biología o Química: diversas otras otorgan la posibilidad de abrir los horizontes juveniles hacia valores sociales y perspectivas humanas de compromiso.

g) Medios de comunicación social. Control de la propaganda indirecta y de la apología

Se observa en nuestro contexto, sobre este particular, una acción escasamente positiva de los medios de comunicación social. Las informaciones sobre consumo de drogas o tráfico de ellas continúan siendo "noticia" y ocupan ubicación destacada en los periódicos y revistas. Es manifiesta, en la información, la carencia de base científica, se exageran los hechos y se incurre en propaganda indirecta al aludirse a fenómenos (v. gr. cuadros ilusorios o alucinatorios) que el lector puede, también, desear como experiencia; no siempre se respeta, por lo demás, la prohibición legal de informar en causas en que aparezcan menores. La televisión, por su parte, continúa informando sobre violencia, drogas y crimen organizado: muy largas secuencias de conducta desviada con modelos "cargados" altamente sugestivos anteceden a un "social and happy end" artificial o antipático. Se hace necesario en esta materia, sin duda, un mayor control estatal que subraye los peligros de cierto tipo de información, acentúe en los programas el contenido de valores y exija de los medios de comunicación social el cabal cumplimiento de su rol formativo.

Los instrumentos anteriormente mencionados corresponden, en términos generales, a las iniciativas realizadas en materia de prevención primaria. No cabe hablar de "una" "política" o de "una" estrategia, en sentido estricto: los instrumentos

(64) Dr. Luis Custodio Muñoz — "Introducción a la Higiene Mental", 1962. Dr. Eduardo Medina, Sra. María Teresa Dobert — "Aprendamos sobre Drogas", 1976. Ambas publicaciones del Servicio Nacional de Salud, Sección Salud Mental, Santiago.

(65) George Birdwood — "Ocho escollos que deben evitarse" en "El Correo", UNESCO, mayo 1973 (año XXVI), pág. 11.

descritos dan fe de actuaciones sectoriales (Salud, Educación, Policía, Organo Legislativo) y no se ha alcanzado, aún, por cierto, la perspectiva unitaria que a través de una política y una planificación inter-sectoriales pueda obtener éxitos significativos.

La adopción de la perspectiva unitaria que propugnamos, acorde por lo demás a los modernos requerimientos en Defensa Social, ha de plantearse por cierto, como una de las primeras fases del proceso planificador, una diagnosis menos impresionista y más científica. Si bien parece muy difícil aspirar en esta materia a estadísticas confiables, cabe al menos la esperanza de utilizar modelos epidemiológicos de mayor validez que nuestras actuales "exploraciones" o "aproximaciones". El conocimiento más preciso de la incidencia y de la prevalencia ha de orientar más técnicamente sobre los ámbitos de la prevención que deben enfatizarse: cual subrayan dos expertos chilenos, si las curvas de frecuencia acusan una tendencia bimodal (toxicómanos; consumidores "normales"), procede acentuar la prevención secundaria; si las curvas de frecuencia tienen en cambio un carácter logarítmico normal, con universo continuo de menos a más, "las políticas de prevención y control serían absolutamente diferentes y deberían dirigirse a modificar especialmente el consumo "per capita" de todo tipo de drogas, lo que parece mucho más efectivo y prometedor". Subrayan aún estos investigadores — en armonía con lo que hemos expuesto en este párrafo — que "si el acceso a las drogas determina el carácter y las condiciones de la toxicomanía y si las medidas de control y las prácticas legislativas fomentan en forma latente el tráfico ilícito, no se puede llegar a la conclusión de que la población expuesta a la toxicomanía podría modificarse con una nueva política reglamentaria independiente de factores culturales o de estructura social" (66).

2) Prevención secundaria

La prevención secundaria aspira a la detección y tratamiento precoces del sujeto "desviado": su éxito se mide en razón inversa a la prevalencia del fenómeno (total de casos existentes en un período dado) en el supuesto, por cierto, de que no cambie la incidencia (número de casos nuevos en el mismo período).

Nuestro país detecta el problema de la drogadicción como de real entidad en 1969, mas encara decididamente el ámbito de la prevención secundaria sólo desde 1973, con la dictación de la Ley 17934. Dispone esta ley, en su Art. 10, que el que sea sorprendido consumiendo estupefacientes, o en circunstancias que hagan presumir que acaba de hacerlo o portando estupefacientes para su exclusivo uso personal, será puesto a disposición de la justicia del crimen, quien ordenará un examen médico que determine si el sujeto es o no adicto y el grado de la adicción. Si se revelare habitualidad, se podrá afectar al sujeto a **tratamiento médico, ambulatorio o en recinto hospitalario**. Si no se requiriere tratamiento médico, dispone la ley que se aplicará la medida de **colaboración con la autoridad hasta por tres meses**.

La prescripción de la ley se cumple cabalmente, en cuanto atañe a **observación y tratamiento médico**, en caso necesario, en la ciudad de Santiago. El Servicio de Investigaciones Psiquiátricas informa oportunamente al respectivo tribunal, dispone la internación en algunos casos graves (13 en 1974, 30 en 1975) y brinda por lo general tratamiento ambulatorio (nociones sobre drogas y sus daños, relajación, técnicas murales, aplicación de desintoxicantes y reconstituyentes), psicoterapia individual y de grupo. No se brinda atención, en este sentido, al resto del país.

La prescripción legal se cumple escasamente en cuanto atañe a la medida recuperadora, de alta eficacia social, de **colaboración con la autoridad**. Dificultades de interpretación de la ley, conflictos de competencia entre los Tribunales del Crimen y el Primer Juzgado Correccional de Menores y la no dictación de un Decreto reglamentario han conducido a que sólo unos pocos juzgados del crimen impongan esta medida para su cumplimiento por Carabineros de Chile, Cuerpos de Bomberos, etc.

(66) Augusto Torrico, Manuel González Stuardo — "Consideraciones clínicas y médico-legales del consumo de drogas", Revista de Ciencias Penales, tomo XXXI, n.º 2, 1972.

Cabe añadir, además, que procedería re-estudiar la aplicación de estas medidas por la justicia en lo criminal: la comparecencia ante juzgados que sancionan delitos y la conducción del menor en muchos casos con custodia armada hasta un hospital, sin duda estigmatizan a quien será objeto de tratamiento recuperador. En la misma forma, la permanencia en un recinto carcelario (Centro de Readaptación de Menores o Cárcel Pública de Santiago, según el caso), a veces por lapso prolongado, en espera de un dictamen sobre discernimiento (improcedente, por lo demás, ya que no existe delito) o de un dictamen sobre condición de adicto o no adicto.

3) **Prevención terciaria**

Nuestro país no ha emprendido acciones que tiendan a evitar riesgos de muerte o invalidez física, laboral o social específicamente de drogadictos. Cabe tan sólo remitirse, en esta materia, al tratamiento médico recuperador y a programas que en el futuro se elaboren.

4) **Comentario final**

Cual ya hemos avanzado, el éxito de las políticas y planes en materia de prevención del uso indebido de drogas ha de asociarse, necesariamente, a un actuar coherente e inter-sectorial. El problema incluye muchos aspectos de Salud, Educación, Justicia, entre otros y requiere un esclarecimiento a la luz de la Psicología, la Sociología, la Criminología, la Antropología, la Medicina, entre muchas disciplinas. El problema, por cierto, es incluso mucho más complejo que el del alcoholismo y sus raíces — en lo antropológico-cultural — escapan al mero contexto chileno.

La enorme importancia social del problema — y los relativos fracasos de los programas sectoriales — justifican, sin duda, un nuevo enfoque, más profundo, menos sectorial y más globalizador.

El fenómeno — posea o no relación cierta con delito — interesa necesariamente a la defensa social: si la desviación es concebida como continuo secuencial o de gravedad, cabe impedir el avance hasta conductas más gravemente atentatorias contra los intereses y valores últimos del grupo social. En este territorio, por lo demás, la planificación relacionada con la salud mental, la planificación sanitaria y la planificación de la defensa social claramente se encuentran: para la Organización Mundial de la Salud ésta supone “estado de completo **bienestar físico, mental y social** y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades” y cada ciudadano — y en especial cada joven — tiene un claro derecho moral a que se le otorguen las bases psico-sociales para una situación de pleno rendimiento.

En este sentido, pues, cabe instar — cual se sugiere en reciente proyecto de nueva ley sobre drogas — por mayores recursos para la investigación científica, en especial por la orientada-al-problema, por la creación de nuevos centros de base y proyección comunitaria, por la realización de experiencias piloto y, sobre todo, por la creación de unidades técnicas y de un Consejo Inter-Sectorial que apruebe políticas y planes que se inserten en el gran contexto de la planificación socio-económica del país.

TÍTULO GERAL
**ATITUDES COMUNITÁRIAS E FARMACODEPENDÊNCIA
INFLUÊNCIA DOS CONTROLES LEGAIS SOBRE O
ABUSO DE FÁRMACOS**

**IMESC/CICRIB
(BRASIL)**

PRIMEIRA PARTE:
Atitudes comunitárias e Farmacodependência

SEGUNDA PARTE:
Influência dos controles legais sobre o abuso de fármacos

ATITUDES COMUNITÁRIAS E FARMACODEPENDENCIA: ESTUDO PILOTO

DR. SÉRGIO FRANÇA ADORNO DE
ABREU, da equipe técnica do
IMESC/CICRIB (*)

I — OS TEMAS E A PESQUISA

1. Objetivos da Pesquisa

A Organização Mundial de Saúde, em informe técnico (1), definiu a farmacodependência como o “estado psíquico e às vezes físico causado pela interação entre o organismo vivo e um fármaco; a farmacodependência se caracteriza pela modificação do comportamento e por outras reações que compreendem sempre um impulso irreprimível a tomar o fármaco de forma contínua ou periódica a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes evitar o mal-estar produzido pela privação”. Num outro informe (2), definiu, a sua vez, o fármaco ou droga como sendo “toda substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”.

Do ponto de vista da Saúde Pública, pode o uso de drogas provocar sérios problemas, “algo distinto ao provocado pelos efeitos farmacológicos de várias ou de uma droga em particular. Isto não quer dizer que todo e qualquer uso não médico de fármaco resulte em problema de Saúde Pública, senão que, algumas das formas de seu uso (geralmente uso forte e prolongado) podem produzi-lo sob condições tais como desnutrição, hepatite e outros danos. Esses efeitos (ou efeitos colaterais) podem requerer quantidade significativa de recursos públicos se o cuidado às vítimas é oferecido pela sociedade” (3). Tem-se observado, por outro lado, que algumas dessas formas de uso de fármacos com fins não medicamentosos estão estreitamente relacionadas com problemas de criminalidade. “O adicto de drogas, considerado em geral como um indivíduo débil de caráter que não pode abandonar os prazeres indecentes que lhes brindam os opiáceos, é tratado de forma repressiva. Proíbe-se-lhe o uso de drogas. Já que não se pode obter as drogas legalmente, deve obtê-las de forma ilegal. Isto faz com que se crie um mercado negro de drogas e que o preço das mesmas suba muito acima do preço habitual no mercado legítimo, até alcançar um nível a que muito poucos podem permitir-se com um salário comum” (4). ... “O adicto de drogas se encontra forçado a empreender outros tipos de atividade ilegítima, tais como roubos e furtos...” (5).

(*) Colaboraram no preparo do documento original: Myriam Mesquita Pugliese de Castro, Ricardo Gattai, Yole da Costa Pan Chacon, Mônica Pan Chacon, Maria José de Alcântara, Boris Nina Pan Chacon e Isis Margutti.

(1) Organização Mundial de Saúde. Serviço de Informações Técnicas, 1966, n.º 341, p. 7, seção 2.

(2) Organização Mundial de Saúde, Serviço de Informações Técnicas, 1969, n.º 407.

(3) “Contribuição do CICRIB. Projeto Narcotic-Drugs”. CICRIB, São Paulo, Ano I, n.º 9, junho de 1976, p. 1.

(4) BECKER, Howard. *Los Extraños. Sociología de la Desviación*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo, 1971, p. 41/42.

(5) BECKER, Howard. *Los Extraños. Sociología de la Desviación*. Citado, p. 41.

Inspirados pela difusão inusitada da situação problemática que se apresenta às mais diversas sociedades, têm-se realizado congressos, simpósios, conferências, investigações científicas. Crê-se que a solução do problema depende, necessariamente, do conhecimento que se possa obter do estudo do fenômeno, em seus mais variados aspectos, pois resultará inevitável aplicar as suas conclusões ao estabelecimento de metas e prioridades nos programas e políticas de controle.

Sobre esse particular, conviria reportar-se ao papel desempenhado pela UNITED NATIONS SOCIAL DEFENSE RESEARCH INSTITUTE (UNSDRI) no desenvolvimento de um conjunto de estudos sobre o fenômeno da farmacodependência, que vem se concretizando num considerável número de países, desde o início de 1972. A orientação que se fixou, para a elaboração de um plano de programas de investigação e de estudos, se consubstanciou nos seguintes termos:

"Experience with social science research programmes carried out simultaneously in a number of countries has amply demonstrated the difficulties and, often, dangers that arise from the use of a single research instrument. Cultural and linguistic differences make such an approach precarious at best. In an investigation of drug use, such an approach might well reduce the reliability of the findings to a level that would jeopardize their utility and their credibility. This is not to say that compatibility of approach is not essential. Obviously, unless the participating countries can agree on a number of common areas of investigation and common information goals, then no comparisons are possible. But the manner in which information can be collected and measured may well vary from the country and region to region for a variety of reasons. In summary, it was the intent of the proposed research programme to gather information in several countries to at least a commonly agreed level; the manner in which it was to be gathered would necessitate individual judgements in individual countries. The workshop, hopefully, provide the forum for discussion of possible research approaches and a setting for achieving some agreement about common goals" (6).

Partindo desse princípio, cuidou a UNSDRI de estabelecer três áreas prioritárias de investigação. A primeira refere-se ao estudo epidemiológico. Buscou-se estudar a incidência e características do uso e abuso de drogas no interior da população urbana. A segunda está relacionada ao estudo de atitudes comunitárias. Finalmente, a terceira abarca o estudo das políticas de controle, buscando preparar um inventário dos vários fatores, sobretudo de natureza legal, que intervêm na situação social problemática.

Relativamente ao estudo de atitudes, concluiu-se que:

"Information about attitudes towards drug use and drug users can provide a valuable guide in designing programmes of prevention, in identifying particular populations groups at risk to harmful drug use, or in determining the degree to which a particular programme has succeeded or failed in modifying attitudes. In the field of treatment, insights may be gained into why drug users reject or accept the programmes offered to them. And, finally, such studies can occasionally provide glimpses into the extremely complex world of motivations, revealing something of the dynamic underlying both drug use and the reactions of societies to this form of conduct" (7).

(6) U.N. Social Defense Research Institute. **A Programme of Drug Use Research.** Rome, 1973, p. 2. Reproduzido em UNSDRI, publicação n.º 16, junho de 1976.

(7) UNSDRI. Publicação n.º 16, junho de 1976, citado, p. 94.

Em suma, a pesquisa proposta e aprovada pelos observadores e "experts" presentes na Reunião de Frascati, na Itália, em dezembro de 1972, deveria ser realizada, visando fins eminentemente práticos. As áreas a serem investigadas — e nessas estava inserida aquela referente ao estudo de atitudes — reclamavam a elaboração de pesquisa aplicada. Relativamente ao estudo de atitudes, objeto deste trabalho, a investigação deveria contribuir para:

- a) sugerir possíveis estratégias de solução dos problemas;
- b) avaliar a possibilidade de introdução de programas de prevenção;
- c) determinar o grau de eficácia ou ineficácia dos controles sociais — de natureza legal ou não — capazes de provocar modificação de atitudes;
- d) conhecer o complexo "mundo" de motivações que induzem ao uso e abuso de drogas, com fins não terapêuticos;
- e) levantar dados que possibilitem reexaminar as formas existentes de tratamento e recuperação de farmacodependentes;
- f) e, sobretudo, levantar informações que possibilitassem a consecução de políticas de controle.

Com a finalidade de atender aos objetivos gerais e às recomendações estipuladas pela UNSDRI, tal como emanadas da Reunião de Frascati, buscamos pesquisar as atitudes de um grupo da população urbana, com referência à difusão de problemas de saúde pública, condicionada pelo uso de fármacos. Num sentido restrito, tratamos de conhecer a opinião pública acerca do uso e abuso de drogas com fins não medicamentosos ou terapêuticos, engendrando a dependência, quer seja física ou psíquica. Para tanto, partimos da perspectiva de que as atitudes e motivações dos agentes sociais, por estarem vinculadas a processos coletivos de percepção, explicação e intervenção na realidade social, podem resultar tanto favoráveis quanto desfavoráveis à introdução de políticas de controle e programas de prevenção. Conhecer que tipo e natureza de processos formadores de atitudes estejam melhores ajustados e compatíveis com a realidade dos problemas produzidos pela reintegração da sociedade, impôs-se como modalidade de investigação. De seu resultado, supõe-se a formulação de estratégia capaz de produzir modificações na situação social problemática.

O trabalho se circunscreveu à área da Grande São Paulo, geralmente considerada como laboratório excepcional de pesquisas, sobretudo no que concerne às ciências que estudam o comportamento do homem. Nessa área, a pesquisa levada a efeito teve por objetivos específicos:

- a) explorar cientificamente as relações possíveis de se estabelecer entre atitudes comunitárias e farmacodependência;
- b) conhecer a forma pela qual o uso e abuso de fármacos com fins não medicamentosos ou terapêuticos é percebido, formulado, equacionado e modificado ao nível da consciência expressa pela comunidade urbana;
- c) conhecer a eficácia ou ineficácia dos controles sociais que, relativamente à situação social problemática, se evidenciam no plano das condições externas de existência numa sociedade urbano-industrial.

Norteados pelo princípio de que os agentes sociais interagem segundo pautas racionais de motivação (8), nossa indagação científica consistiu em saber se a população urbana, em suas atitudes e motivações, é capaz ou não de perceber

(8) Os agentes sociais são capazes de: 1) formular qualquer fim que elegem, ao qual os outros entendem de forma clara; 2) uma vez dado o fim, há certos tipos de comportamento que podem ser compreendidos como meios necessários ao seu logro; 3) o ator hipotético tem conhecimento concreto da situação; 4) com esse tipo de conhecimento de meios e fins da situação, o ator emprega um raciocínio lógico, que é destinado à realização de uma ação. Ver, a esse respeito, REX, J. **Problemas Fundamentais de la Teoria Sociológica**. Buenos Aires, Amorrortu Editores S.C.A., 1971, p. 103.

as relações entre a introdução de políticas de controle e as razões de ordem social — e até mesmo de ordem individual — que acarretam problemas de saúde pública, em face da utilização de drogas. Numa linguagem explanativa, a indagação implica em saber se há convergência e coerência entre a racionalidade das medidas implantadas — planos de saúde e medidas legais de repressão ao uso de fármacos — e a racionalidade que se impõe na vida cotidiana dos agentes sociais. (9).

Assim pensada, a pesquisa foi norteadada por uma modesta pretensão. Busca, apenas, oferecer novos dados, informes e observações e, talvez, novas hipóteses para a análise científica da farmacodependência. Embora não se cogite de se haver realizado uma pesquisa eminentemente exploratória, deve ser entendida como um trabalho exploratório. Visou, tão-somente, levantar informações e dados que possam subsidiar futuras e mais complexas investigações nesse campo de conhecimento.

2. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação aqui empregada foi orientada por um princípio, segundo o qual teoria e prática se encontram entrelaçadas. Esse princípio significa que a prática científica aprofunda o conhecimento dos fenômenos observáveis. Assim sendo, nosso procedimento metodológico seguiu, como era de esperar, diretrizes estabelecidas previamente, tendentes a obter maior economia de recursos e eficiência na coleta e análise dos dados.

Isto posto, cuidamos de obedecer ao seguinte plano:

- a) conhecer a natureza dos problemas propostos pelas pesquisas de atitudes e opinião pública;
- b) levantar e avaliar os trabalhos existentes, especificamente sobre o problema estudado, a fim de ser possível a elaboração de categorias de análise;
- c) elaboradas as categorias de análise, procedeu-se ao levantamento e seleção das principais variáveis capazes de afetar as orientações e atitudes dos grupos urbanos, relativamente à farmacodependência;
- d) cuidou-se de traduzir a linguagem explanativa — própria do discurso científico — em linguagem de investigação, isto é, procurou-se operacionalizar os conceitos e hipóteses, constantes do quadro teórico (10);
- e) procedida a coleta e tabulação dos dados, efetuou-se sua análise, com base nos conceitos, categorias e instrumental teórico selecionado. Conviria registrar, também, que o procedimento analítico, obedeceu a um subplano, qual seja:
 - a) exame das atitudes e opinião pública com referência às variáveis enumeradas (11);
 - b) exame das atitudes e opinião pública, relativamente à situação social problemática, objeto do estudo (12);
 - c) comparação dos resultados parciais obtidos e seu exame em face da indagação científica, das hipóteses de investigação, dos objetivos e demais pressupostos da pesquisa;
 - d) retradução dos resultados alcançados em linguagem explanativa.

(9) Sobre o assunto, ver: WEBER, M. "Las categorías sociológicas fundamentales de la vida económica." *Economía y Sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica, vol. I, cap. II, pp. 47/83.

(10) Ver, a respeito, projeto original de pesquisa, denominado "Atitudes Comunitárias" — 2.^a Parte do Projeto Narcotic-Drugs.

(11) Ver, adiante, descrição sobre os procedimentos adotados, relativamente à coleta de dados.

(12) Idem.

Para que o leitor interessado em conhecer detalhes de natureza metodológica, possa se inteirar dos problemas enfrentados durante a concretização e andamento do projeto de pesquisa, entendemos oportuno e conveniente tecer considerações especiais sobre:

- a) perfil-padrão da população estudada;
- b) a coleta de dados; e
- c) o processo de tabulação.

2.1 Perfil-padrão da população estudada

A "amostra" que subsidiou esta pesquisa é constituída de pessoas da população urbana. Foram aplicados, individualmente, 450 questionários, em faixas etárias distintas e pré-estabelecidas. Obviamente, em nenhum momento, se pretendeu que a população pesquisada, ou seja, os componentes da "amostra" fossem representativos da totalidade ou universo das grandes cidades brasileiras e latino-americanas, ou, mesmo, da cidade de São Paulo, cujo processo de crescimento industrial acelerado vem absorvendo grupos de origens sociais diversas, inclusive, aqueles recém-chegados da agricultura ou provenientes das "áreas tradicionais". Essa circunstância, por si só, suscita a polêmica — ao que parece já solvida por outros trabalhos científicos (13) — pertinentes à convergência entre grupos estatísticos e unidades sociológicas. Pensamos, contudo, que algumas das conclusões obtidas e algumas das observações extraídas do estudo da população pesquisada, possam ser estendidas, no conjunto, aos grupos sociais em constituição ou de formação recente das grandes e modernas cidades.

Ao adotarmos o procedimento que, a seguir descrevemos, deparamos com problemas de natureza científica e extracientífica. Sobre esse último particular, alguns imperativos dificultam, sobretudo, em qualquer investigação científica, a adoção de alguns procedimentos metodológicos e, inclusive, a elaboração de amostra com sofisticado tratamento estatístico (14). Não obstante, sublinhamos, notadamente, a pequena possibilidade desde já, de criar uma infra-estrutura de investigação científica.

Outros problemas — de natureza científica, propriamente dita — também foram enfrentados. Referem-se às dificuldades encontradas para se estabelecerem critérios estatísticos de representatividade. No nosso entender, há que se ponderar que a natureza mesma da pesquisa — atitudes e opinião pública — põe em relevo essa dificuldade (15). É a opinião pública — enquanto dimensão coletiva das atitudes comunitárias — uma amálgama de opiniões de grupos sociais de origens distintas, os quais podem ter orientação, e comportamentos divergentes e antagônicos, relativamente ao problema em discussão. As-

(13) Ver MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática*. São Paulo, Editora Pioneira, 1971, pág. 195.

(14) Ver, a respeito, considerações sobre problemas metodológicos, publicadas no CICRIB, Ano I, n.º 9, junho de 1976, citado, p. 2. Recomendo ainda a leitura de "Guia Técnica para la Realización de Investigaciones Epidemiológicas y de Actitudes hacia los Fármacos en Población Escolar." México, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependência — CEMEF, 1976 — Série Folhetos Técnicos.

(15) "A opinião pública deveria ser encarada como um produto coletivo. Como tal, não constitui uma opinião unânime com a qual cada membro do público está de acordo, não sendo também forçosamente a opinião da maioria. Ao se constituir como opinião coletiva, pode (e em geral é isso que ocorre) ser diferente da opinião de qualquer dos grupos do público. Pode-se considerá-la como sendo talvez uma opinião combinada, formada de diversas opiniões sustentadas pelo público; ou melhor, como tendência central fixada através da competição entre opiniões antagônicas e, em consequência, ela é configurada pela força relativa e pela ação da oposição entre as demais opiniões." BLUMER, H. "O Público, a Massa, a Opinião Pública." In *Comunicação e Indústria Cultural*, Gabriel Cohn (org). São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1975, p. 184.

sim, entendemos que a opinião pública, longe de ser uma "mass media" das opiniões correntes na sociedade, é um ponto de vista dominante, que resulta de um complexo mecanismo de formação de atitudes, onde os meios de comunicação de massa — entre outros fatores — jogam um papel decisivo e fundamental. Além do mais, nessas condições e na forma pela qual se desenvolveu este trabalho, mensurar a frequência e relatividade, ou fixar escalas de atitudes poderia conduzir a resultados pouco convincentes (16). A seleção de quaisquer critérios estatísticos de representatividade sempre estará em confronto com o caráter combinatório-contraditório da opinião pública, bem assim com a natureza instável das atitudes comunitárias, conquanto produza efeitos estáveis na integração do comportamento coletivo. Caso se tratasse de uma pesquisa sobre recuperação ou tratamento, ou mesmo uma investigação de índole epidemiológica, essas dificuldades, certamente, poderiam ser enfrentadas de forma diferente e solvidas com maior eficácia operacional.

A solução que se nos apresentou para evitar suposta distorção na representatividade do grupo estudado, foi a de aplicar um "weighting factor" (17), cuja eficácia operacional consiste em delinear, com clareza, as principais características da população pesquisada. Refere-se o fator à adoção de critérios — indicadores sócio-econômicos — que qualificam a população estudada. Com esse procedimento não se espera extrair generalizações, contudo, tão-somente, levantar informações, com base no grupo estudado, que permitam sugerir a elaboração de outras investigações mais complexas sobre farmacodependência, do ponto de vista das ciências que estudam o comportamento do homem. Assim entenda-se que a opinião pública referida neste estudo corresponde, exclusivamente, à opinião das pessoas entrevistadas.

Para a seleção dos critérios ou indicadores sócio-econômicos considerados, atentou-se para a realidade social brasileira (18). No entanto, evitamos adotar, relativamente à população estudada, os conceitos de classe social e estrato sócio-econômico, em virtude dos óbices que apresentam (19). Preferimos, a fim de contornar os problemas decorrentes da utilização daqueles conceitos, tão-somente, apresentar a população estudada, segundo critérios selecionados, quais sejam: sexo, situação conjugal, procedência, situação e posição ocupacional; escolaridade; estratificação religiosa, renda mensal e renda familiar do entrevistado. Destinam-se, simplesmente, a caracterizar a população, ficando, por assim dizer, cingidos os resultados à população pesquisada. Nunca será demais repetir, portanto, que a opinião pública, a que aludiremos, neste trabalho, refletirá, sempre e unicamente, a opinião das pessoas entrevistadas.

Não obstante, o único critério selecionado que possibilitou realizar uma sumária estratificação da população estudada, foi o de **faixa etária**. Nesse particular, as pessoas entrevistadas foram encontradas no universo daquelas que compreendem os seguintes grupos etários:

-
- (16) "As atitudes e motivações que orientam as preferências dos indivíduos ... prendem-se a mecanismos coletivos de percepção, de explicação e de intervenção na realidade. Por isso, tais atitudes e motivações são altamente instáveis e móveis. Ainda que suas funções na integração do comportamento coletivo permaneçam constantes, as suas influências dinâmicas concretas são variáveis ...". FERNANDES, Florestan. **Mudanças Sociais no Brasil**. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1974, p. 337. "De acordo com MacIver, as atitudes são estados subjetivos de espírito que envolvem a tendência a agir, de forma característica, diante de determinado estímulo." MANNHEIM, K. **Sociologia Sistemática**, citado, p. 75.
- (17) "Since this resulted (o procedimento adotado) in some distortion of the representativeness of the sample, it was necessary, when compiling the data at a later stage, to apply a "weighting factor" in order to restore the representative character of the sample." **Attitudinal Studies**. UNSDRI, publicação n.º 16, junho de 1976, citado, p. 126.
- (18) Ver, a respeito, "Guia Técnica para la Realización de Investigaciones Epidemiológicas..." CEMEF, 1976, citado.
- (19) Ver, a respeito, anexo ao presente relatório.

- 1) Pessoas de ambos os sexos, em idade de 14-18 anos;
- 2) Pessoas de ambos os sexos, em idade de 19-25 anos;
- 3) Pessoas de ambos os sexos, em idade de 26 anos e mais.

Doravante, nomearemos o primeiro grupo etário de grupo A; o segundo grupo etário de grupo B e o último grupo etário de grupo C.

A esse respeito, oportuno registrar que a seleção desses critérios não se processou arbitrariamente, mas se orientou por observações empíricas (20), segundo as quais:

- a) o grupo etário que compreende pessoas de 14-18 anos é representativo da população urbana, da cidade de São Paulo, pois aquela está proporcionalmente concentrada na faixa dos 14-25 anos. É, também, representativo da população escolar que frequenta o segundo ciclo (antigo colegial), tratando-se, por conseguinte, de um grupo etário que presume apresentar predisposição favorável ao uso de drogas;
- b) o grupo etário que compreende pessoas de 19-25 anos, também representativo da população urbana, é, igualmente, representativo da população escolar que frequenta o curso universitário, sujeitando-se, outrossim, aos mesmos riscos apresentados pelo grupo etário de pessoas de 14-18 anos;
- c) o grupo etário que compreende pessoas de 26 anos e mais é, a sua vez, representativo da população de pais e chefes de família, vivenciando, portanto, à sua maneira, o problema da farmacodependência enquanto indivíduo e enquanto portador de papéis nomeadamente reconhecíveis como importantes na situação problemática considerada.

Por oportuno, aduzimos que, dentre as múltiplas variáveis capazes de afetar as orientações e atitudes dos grupos urbanos, relativamente à farmacodependência, deu-se ênfase especial à família, ao grupo de amigos, à escola, ao trabalho e ao reconhecimento da ordem e da autoridade, vez que são considerados parâmetros do problema. A esse respeito, costuma-se argumentar: "se a farmacodependência é uma manifestação de determinados fatores da personalidade, a personalidade é o resultado da interação do indivíduo com a sua dotação genética e o meio ambiente social. Esta interação se dá ao largo de toda a vida do indivíduo e recebe o nome de processo de socialização. Durante o processo de socialização, intervêm diferentes fatores, dos quais os mais importantes são: a família, a escola, os grupos de amigos e os meios de comunicação coletiva" (21).

Os quadros demonstrativos, em anexo, consubstanciam, sob a forma de porcentagens, — a qual nos afigurou mais adequada, de maneira a tornar a leitura dos quadros demonstrativos de fácil compreensão e de leitura mais simples — as principais características do grupo estudado. Poder-se-ia, contudo, traçar seu perfil-padrão: pessoas de ambos os sexos, com predominância do sexo feminino; em estado civil legalmente constituído pois, ou são pessoas unidas pelo vínculo da sociedade conjugal ou pessoas solteiras; de procedência dos grandes centros urbanos ou de áreas em processo de urbanização; empregadas em ocupações profissionais especializadas e qualificadas; com escolaridade básica de segundo ciclo (antigo colegial) acusando a presença de estudantes universitários; professando, ou pelo menos, filiadas ao culto católico; que percebem rendimentos médios mensais em torno de 4 a 6 salários mínimos e, via de regra, contribuem para a renda familiar.

2.2 A coleta de dados

Conforme já aludimos, anteriormente, um único questionário, com questões fechadas e de múltipla escolha, foi aplicado, individualmente, no domicílio do entrevistado, nos três grupos etários considerados. Pelos motivos já expostos, as

(20) Ver "Attitudinal Studies", citado, p. 126.

(21) Ver a respeito, "La Construcción de Indicadores Socioeconómicos para el Estudio de la Farmacodependencia". México, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia — CEMEF, 1976, Série Folhetos Técnicos.

pessoas entrevistadas — respeitado o limite estabelecido, segundo faixa etária — foram selecionadas ao acaso, a exemplo do critério adotado quando da realização da pesquisa sobre “Atitudes Comunitárias”, levada a efeito em Milão, sob os auspícios do Centro Nacional de Prevenção e Defesa Social (22). Todavia, os entrevistadores estavam localizados em pontos diferentes da cidade (23), o que possibilitou — conforme quadros demonstrativos em anexo — que a composição da população estudada fosse bastante estratificada, conquanto homogênea em seu perfil-padrão, garantindo-se, assim, maior confiabilidade científica aos resultados alcançados, porque revela as atitudes de grupos socioprofissionais diversos.

Tratando-se de um questionário com questões fechadas, poderíamos ter adotado um procedimento corrente, segundo o qual conviria enviá-los, através do correio, a pessoas selecionadas, previamente. No entanto, nossa preocupação consistiu, sempre, no retorno dos questionários, em sua totalidade e dentro do prazo previsto, para a coleta de dados. Problemas de desinteresse, pouca motivação e desconfiança poderiam — e, certamente, haveriam de ocorrer — provocar interferência, resultando em conseqüências negativas para o andamento do projeto de pesquisa. Assim sendo, preferimos adotar outro procedimento, consistente do recurso à utilização de entrevistadores. Estes, além de contar com formação no campo das ciências sociais, já dispunham de experiência em trabalho de campo com aplicação de instrumentos, sendo por conseguinte, capazes de estabelecer boa relação com o entrevistado, independentemente de qualquer forma de imposição ou interpretação das questões formuladas ou declarações apresentadas.

Tratando-se de uma pesquisa sobre “Atitudes Comunitárias e Farmacodependência”, o questionário foi elaborado, com vistas a levantar informações sobre:

- a) relações familiares;
- b) atitudes e relações entre amigos;
- c) experiência escolar;
- d) experiência profissional (trabalho, disciplina e autoridade);
- e) obediência à lei e à autoridade (reconhecimento da ordem);
- f) conhecimento do problema de drogas;
- g) estereótipos sobre abuso de drogas e sobre farmacodependentes;
- h) opinião pública sobre tratamento e recuperação;
- i) opinião pública sobre formas de intervenção de natureza legal ou não;
- j) conhecimento de fármacos;
- l) conhecimento da legislação que reprime o uso e abuso de fármacos;
- m) dados pessoais do entrevistado.

Previamente, programou-se a obrigatoriedade de que 39% do número total de questionários a serem aplicados correspondesse ao grupo etário A (pessoas de 14-18 anos); 39%, também do número total de questionários, correspondesse ao grupo etário B (pessoas de 19-25 anos) e os restantes 22%, necessariamente, ao grupo etário C (pessoas de 26 anos e mais). O procedimento foi integralmente

(22) “Attitudinal Studies”. UNSDRI, publicação n.º 16, junho de 1976, citado, p. 126.

(23) Convém ressaltar que, qualquer estudo sobre a população urbana da cidade de São Paulo, deparará, necessariamente, com seu caráter diversificado, conquanto concentrado, conforme determinadas características, em regiões ou zonas do município. Assim, a população de trabalhadores urbanos fabris, no geral, encontra-se domiciliada na Zona Norte, Leste e às margens da Zona Sul da cidade. Contudo, os trabalhadores urbanos fabris da Zona Sul se distinguem, radicalmente, dos trabalhadores urbanos fabris da Zona Norte, no que concerne às características de habitação, saúde, constituição familiar e, sobretudo, estabilidade em relação ao tempo de trabalho e de emprego, bem assim no que respeita às condições de segurança assistencial e previdenciária.

cumprido. Suas razões reportam-se não só à circunstância de que a população urbana da cidade de São Paulo está concentrada, potencial e proporcionalmente, nos dois primeiros grupos etários, como também aos dados existentes sobre o assunto, reveladoras, no conjunto, de que o vício tem começado cada vez mais cedo entre os jovens (24).

No mais, levamos, também, em consideração que as atitudes, orientações e comportamento do grupo estudado não podem ser corretamente analisados, se renegados os fatores que ultrapassam a situação social problemática. Isto posto, os dados levantados, quando percebidos insuficientes, foram complementados com outras fontes de informações e documentos, porquanto o tipo e natureza de princípios teóricos que nortearam a exploração científica, implicam na referência às variáveis que se localizam tanto no plano da família, da comunidade, da escola e do trabalho, quanto na dimensão da sociedade inclusive, esta enfocada do ponto de vista da interação que se estabelece entre os agentes sociais e as instituições que permeiam suas atitudes e orientações, na vida cotidiana.

2.3 O processo de tabulação

O processo de tabulação implicou, basicamente, a construção de um formulário (25) e de um esquema de codificação. O formulário destinava-se a consubstanciar as informações extraídas dos questionários aplicados, constituindo-se numa etapa preparatória à elaboração de tabelas e quadros demonstrativos. Os questionários e formulários foram numerados de forma correspondente e divididos segundo modelos:

- a) Modelo AI (Grupo etário A);
- b) Modelo AII (Grupo etário B) e Modelo AIII (Grupo etário C).

Cada modelo foi, a sua vez, separado por lotes. Em suma, obedeceu-se ao seguinte procedimento:

- a) transporte das informações contidas nos questionários para os formulários;
- b) separação dos formulários, por lotes, a exemplo do que se procedeu com os questionários;
- c) somatória dos resultados por lotes;
- d) somatória dos resultados por modelos;
- e) cálculo de porcentagens;
- f) construção de quadros demonstrativos simples, por grupos de informações e quadros demonstrativos múltiplos, cruzando-se grupos diversos de informações.

3. A ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

Este relatório divide-se em três partes fundamentais, correspondendo, cada uma delas, a níveis distintos de análise.

Intitula-se a primeira parte "A situação social problemática". Nela buscamos delinear a forma pela qual se postula o problema do uso de drogas com fins não medicamentosos não só no plano científico, como também — e sobretudo — no plano das representações culturais. Adotaremos, neste caso, uma linguagem explanativa, que nos afigura mais apropriada ao discurso científico.

(24) "O vício de drogas começa cada vez mais cedo entre os jovens". In **Brasil Jovem**. Revista da FUNABEM, n.º 32, Ano VIII, 2.º quadrimestre, 1975, p. 57-59.

(25) Ver modelo em anexo.

A segunda parte — nomeada “O diagnóstico” — tem como objeto, a descrição analítica das opiniões e atitudes com referência ao uso de drogas; as atitudes e opinião pública relativamente à imagem construída sobre a figura do farmacodependente; as opiniões e atitudes sobre tratamento e recuperação e as atitudes e opiniões correspondentes às formas de intervenção de natureza legal ou não, entendidas estas últimas como sendo aquelas que se concretizam fora do âmbito exclusivo da esfera legal. Ao abordar a problemática, nestes termos, utilizando-se de uma linguagem operacional e, portanto, própria à investigação, buscaremos reconstruir o campo simbólico no qual se inserem os problemas de saúde pública, relacionados ao uso e abuso de fármacos e as formas possíveis de intervenção, tal como concebidas pela opinião pública.

Na terceira parte — Conclusões — fazemos um balanço conjunto da problemática enfocada. Em especial, chamaremos a atenção para os processos sociais básicos de formação de atitudes, pensados em termos das principais esferas da vida social, quais sejam: a família, o grupo de amigos, a escola, o trabalho e o reconhecimento da autoridade, considerados não só parâmetros dos problemas sociais, sob a ótica microsociológica, bem assim elementos constitutivos da ordem social. Desse modo, procuraremos delinear os principais elos que relacionam os controles sociais com a difusão de comportamentos desviantes. Esse é o ambiente em que se produzem as atitudes e opinião pública, relativamente ao uso de fármacos com fins não terapêuticos ou medicamentosos, engendrando a dependência. Ao final, elaboraremos um sumário, consubstanciando os principais aspectos metodológicos e de investigação, bem assim as principais conclusões a que alcançamos ao final da pesquisa.

Nesses distintos níveis de análise, se distribuem os dados coletados e as análises efetuadas neste relatório, com vistas à contribuição para o conhecimento e interferência nos problemas ligados à farmacodependência, na área da Grande São Paulo.

Para que se possa compreender com maior facilidade a análise aqui efetuada, recomendamos ao leitor que atente, para as indicações constantes não somente do corpo do trabalho, mas também das notas de rodapé, destinadas a simplificar a exposição, evitar ambigüidades e esclarecer as proposições teóricas que nortearam a investigação.

Em anexo, constarão esclarecimentos metodológicos adicionais, quadros demonstrativos e outros elementos que complementam a investigação e que se destinam a orientar o leitor ávido em conhecer detalhes de natureza técnica da pesquisa.

II — Primeira Parte: A SITUAÇÃO SOCIAL PROBLEMATICA

1.

Muito se tem discutido que entre os fatores possíveis de provocar problemas de saúde pública, encontram-se aqueles relacionados com o uso de fármacos. Extensa literatura sobre a difusão desmesurada do uso e abuso de medicamentos tem acetuado a constituição de um verdadeiro paraíso químico. Acredita-se que as agruras da vida cotidiana — incluídos seus males físicos, suas perturbações psíquicas — encontram solução com o recurso à utilização de produtos farmacêuticos ou químicos. A chamada farmacodependência se introduziu, no plano da cultura urbana, como uma modalidade nova e criadora de se fazer frente às várias esferas da vida social que se supõem “mal equilibradas” ou “pouco integradas”.

O problema, em si, é complexo. Do mesmo modo em que se propugna por controles que acarretem grande resistência à motivação pelo uso de drogas, há, talvez, uma velada permissividade, através das informações veiculadas pelos meios de comunicação de massa. Notório, por outro lado, considerar que o tema das drogas, conforme declara Rosa Del Olmo, “se caracteriza por sua confusão, por sua imprecisão conceitual, por ser manejado ao nível pré-científico, partindo de

premissas falsas e por ter como plataforma comum somente a ilegalidade das substâncias incluídas em sua temática” (26).

Há, além desses aspectos, outros a serem considerados. Os registros de casos de dependência de drogas somente vêm ratificar a natureza difusa do problema. O resultado de recente levantamento efetuado no Hospital Pinel, do Rio de Janeiro, órgão do Ministério da Saúde, acusou os seguintes dados (27):

Esquizofrenia, neurose (doenças mentais)	76%
Alcoolismo	17,3%
Maconha, estimulantes e outros	6,7%

Em relação a este índice nas diversas classes sociais

Classe alta	90%
Demais	10%

Quanto à faixa etária

Entre 18 e 30 anos	73%
Entre 30 e 50 anos	27%

Dessa forma, poder-se-ia traçar o perfil-padrão do farmacodependente: “estudante de 18 a 23 anos, originário de família bem constituída e que usa indistintamente quase todas as drogas, especialmente a maconha que fuma normalmente e não considera perigosa” (28). Essas observações complementam-se com outras, extraídas de pesquisa efetuada durante o ano de 1974: “Na amostra estudada, a pessoa modal que utiliza maconha é, em geral, homem, idade contida entre 19 e 22 anos, estudante ou trabalhador convicto, criado como católico, diz pertencer à religião católica, mas não se considera religioso. Mantém contatos com diferentes pessoas do sexo oposto e vive, atualmente, com sua família. Seus pais têm educação secundária incompleta e mantiveram, via de regra, lar unido. Não freqüentou sessões de psicoterapia e seu perfil de personalidade não difere do que nunca fez uso da maconha. Esta pessoa modal é, em linhas gerais, idêntica àquela que utiliza bebidas” (29).

A situação social problemática vai ganhando maior complexidade à medida em que envolve um estudo aprofundado sobre que tipos e formas de tratamento e de prevenção devam ser adotados. O tratamento exclusivamente médico tem se revelado ineficaz. As conseqüências do emprego de terapias inadequadas já foram alvo de exame. Rosa Del Olmo fornece descrição de caso bastante ilustrativo. Nos Estados Unidos, o problema de utilização de derivados do ópio, notadamente o uso da heroína, reclamou a adoção de medidas saneadoras. Adotou-se, como comportamento adequado aos órgãos de repressão e prevenção, a atuação em duas frentes: repressão ao tráfico, mediante detenção dos traficantes e redução do consumo, por meio de tratamento. Simultaneamente, dirigiu-se toda uma política

(26) DEL OLMO, Rosa. **Bases Teóricas para una Aproximación Sociopolítica al Problema de las Drogas**. Caracas, Venezuela, novembro de 1974, mimeografado.

(27) Transcrito por Talvane Marins de Moraes. “O Percentual da Droga”. In **Brasil Jovem**. Revista da Fundação do Bem-Estar do Menor — FUNABEM, n.º 32, ano VIII, 2.º Quadrimestre, 1975, p. 8.

(28) Declaração do Prof. Dr. Ayush Morad Amar, publicada em “Vício das drogas começa cada vez mais cedo entre os jovens”. In **Brasil Jovem**, n.º 32, Ano VIII, 2.º Quadrimestre, 1975, p. 59, citado.

(29) Projeto **Narcotic-Drugs**. Primeira Parte. Estudo Epidemiológico realizado pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo — IMESC, ex-Instituto Oscar Freire, publicado no CICRIB, ano I, n.º 7, abril de 1976.

no sentido de reabilitar o usuário. Como as técnicas tradicionais obtivessem baixa rentabilidade, descobriu-se o recurso ao tratamento com metadona (droga à época legalizada e que, posteriormente, passou a ingressar no mercado negro de drogas a preços mais elevados do que os preços da heroína). Obtiveram-se êxitos. O problema foi solvido em parte. Os registros acusaram dados satisfatórios. Só havia um senão. Em lugar de observar e controlar os dependentes de ópio e de seus derivados, era necessário, agora, controlar os dependentes de metadona! (30)

Dois aspectos ressaltam dessas observações. Preliminarmente, essas observações significam, entre outras coisas, que a participação estatal nos programas de assistência médica não pode mais ficar restrita ao saneamento do meio e ao controle das principais epidemias que, via de regra, marcaram a história sanitária brasileira (31). Por outro lado, ao que tudo indica, os controles sociais existentes estão exercendo um efeito contraditório. Não logram reduzir ou dominar o problema com que se depara a sociedade moderna. É, ainda, Rosa Del Olmo quem chama a atenção sobre esse aspecto: "Ao se criarem leis antidrogas se estimula o crescimento do mercado negro que escapa ao controle, por ser clandestino e desconhecido. Esse mercado alcança um alto grau de perfeição que obriga a criar leis. Porém, essas novas leis não resolvem o problema do tráfico, senão que reprimem um número cada vez maior de consumidores que se convertem em traficantes menores para custear seu consumo" (32).

Assim, no que concerne ao uso não medicamentoso de drogas, tudo leva a crer que há uma espécie de contradição, se assim puder dizer, entre o universo estruturado de significados sob os quais repousa a ordem jurídica e o universo estruturado de significados sob os quais se assentam as representações sociais, expressas através de atitudes e comportamentos. Sugere-se, por conseguinte, que a própria natureza complexa do problema decorre, em parte, da não convergência entre a racionalidade das medidas implantadas — programas de saúde e medidas legais de repressão — e a racionalidade que se sobrepõe à vida cotidiana dos agentes sociais. Há, portanto, no problema das drogas, uma dialética não convergente entre aqueles que fazem as leis, aqueles que as executam e aqueles aos quais a lei é aplicada (33). Sobre esse particular, entende-se que o estudo sobre políticas de controle de uso e abuso de fármacos pode conduzir à compreensão da lógica de seu ordenamento jurídico, ao passo que o estudo sobre atitudes comunitárias pode suscitar questões sobre a lógica das representações simbólicas, isto é, se demonstrar o que os agentes sociais pensam, como pensam, porque pensam desse modo e não de outro, relativamente à farmacodependência. Cabe, conseqüentemente, a este estudo examinar que aspectos da situação social problemática se desvendam aos atores e personagens sociais. Em termos de pesquisa aplicada, a importância do estudo se reporta à viabilidade de se introduzirem programas de saúde e de controle do uso de fármacos.

2.

O uso de drogas com fins não medicamentosos ou terapêuticos, engendrando a dependência, quer seja física ou psíquica, pode ser abordado sobre vários aspectos. Do ponto de vista das ciências que estudam o comportamento humano, e, particularmente, do ponto de vista sociológico, pode-se, estruturalmente, investigar, por um lado, a figura do farmacodependente, e, por outro lado, a farmacodependência, em si, sobretudo, aspectos relacionados com motivações, aceitação, difusão do uso de drogas. No entanto, de modo geral, a farmacodependência, nela incluída

(30) DEL OLMO, Rosa. *Bases Teóricas para una Aproximación Sociopolítica al Problema de las Drogas*. Citado.

(31) Sobre esse aspecto, ver: DONNANGELO, Maria Cecília. *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.

(32) DEL OLMO, Rosa. *Bases Teóricas para una Aproximación Sociopolítica al Problema de las Drogas*. Citado.

(33) VERSELE, Séverin Carlos. *Justice Pénale et Opinion Publique*. Bruxelas, Edition de l'Université, 1972.

a figura do farmacodependente, é pensada como produto de um comportamento desviante (34). Importa ressaltar que as atitudes e opinião pública (35) acerca da farmacodependência, por estarem, no plano da ordem social, intimamente relacionadas com as representações simbólicas e a cultura da sociedade, permitem conhecer a forma pela qual o problema é percebido pelos agentes sociais e como estes interagem no sentido de modificá-lo. Ao que nos parece, como hipótese fundamental de investigação, temos que as medidas propostas pela comunidade urbana, percebidas enquanto forma de alteração do problema, não são, necessariamente, convergentes com as medidas propugandas pelo ordenamento jurídico. Intento afirmar que entre a ordem social, pensada em termos de suas representações culturais e a ordem jurídica, pensada em termos da eficácia de suas práticas, há áreas de consenso divergente. Referem-se às práticas e medidas de controle da situação social problemática existente. Não se pode dizer, contudo, que entre ambas se interponha uma radical contradição. Ao ordenamento social cumpre estruturar o universo simbólico de representações, tornando-o uma realidade objetiva, isto é, trata-se de conferir às ações sociais um sentido comum, um significado normativo. (36) Ao ordenamento jurídico cabe, através de um corpo de leis e textos, legitimar essa atividade reguladora ou ordenadora da sociedade dentro de um marco de referência: o formado pela oposição binária entre o permitido-defensível e o condenável (37).

No entanto, o problema do uso não medicamentoso de drogas, suscitando a difusão de outros problemas relacionados com a saúde pública, põe em relevo a

-
- (34) No caso, divergente ou desviante é o "indivíduo que não está fora de sua cultura mas que faz uma 'leitura' divergente. Ele poderá estar sozinho (um desviante secreto?) ou fazer parte de uma minoria organizada. Ele não será sempre desviante. Existem áreas do comportamento em que agirá como qualquer cidadão 'normal'. Mas, em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes. Estes podem ser vistos como aceitos pela maioria das pessoas que têm condições de tornar dominantes seus pontos de vista." VELHO, Gilberto. "O Estudo do Comportamento Desviante: A Contribuição da Antropologia Social." In *Desvio e Divergência*. Gilberto Velho (org.). Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1974, pp. 27-28.
- (35) "Os conceitos de atitude e de opinião pública estão relacionados mas não são idênticos. Define-se atitude no nível individual: trata-se da organização específica de sentimento e crenças conforme a qual uma dada pessoa avalia positiva ou negativamente um objeto ou símbolo. A opinião pública, ou mais propriamente, o processo de opinião pública, é uma descrição no nível coletivo, e se refere à mobilização e canalização de respostas individuais no sentido de afetarem a tomada de decisão em termos grupais ou nacionais". ALLPORT, F. in "Toward a Science of Public Opinion." *Public Opinion Quarterly*, I, n.º 37, n.º 1, p. 7-23. Apud Daniel Katz, "Formação de Atitude e Opinião Pública". In Gabriel Gohn (org). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1975, citado. Em decorrência, entendemos, no caso, por atitudes comunitárias as atitudes do "círculo de pessoas que vivem e participam juntas, de tal maneira que não compartilham apenas deste ou daquele interesse, mas de todo um conjunto de interesses." MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática*, citado, p. 159.
- (36) "Talvez agora se possa compreender a afirmação de que o mundo construído socialmente é, por sobre todas as coisas, um ordenamento da experiência. Uma ordem significativa, o *nomos*, se impõe às experiências e significados considerados pelos indivíduos. Dizer que a sociedade é uma empresa construtora de mundos equivale a afirmar que é uma atividade ordenadora ou reguladora. BERGER, P. *El Dósel Sagrado. Elementos para uma Sociologia de la Religión*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1971. Observe-se que o termo *nomos* se opõe à noção de *anomia* de Durkheim. (Nota do tradutor).
- (37) "De acordo com a filosofia do liberalismo, a lei tinha duas tarefas principais, isto é, a manutenção duma ordem fundamental, na qual o homem encontrasse segurança e oportunidades, e o ajustamento dos conflitos e dos interesses dos indivíduos e dos grupos, os quais não podem ser resolvidos por si, ou cuja resolução fere interesses alheios." MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática*, citado, p. 177.

divergência entre as áreas de cada uma dessas ordens — a jurídica e a social. (38) A má caracterização da figura do farmacodependente provoca, ao que parece a divergência entre essas áreas de consenso. Assim é que, enquanto a última, por meio de modalidades específicas de categorização, distingue indivíduos, situações e coisas, a segunda distingue-os pela oposição binária considerada, fazendo com que, da ótica do ordenamento jurídico, inexistam claras diferenciações entre a figura do traficante e a do usuário, entre as medidas destinadas a um e a outro. Daí que, no conjunto, e de forma geral nas mais diversas sociedades, as medidas restritivas e repressivas têm recaído indiferentemente.

A ordem social — calcada num processo normativo, isto é, de disciplinamento e vigilância do ato individual ou coletivo — teria um efeito contrário. As representações culturais, entre as quais se inserem as atitudes, orientações, comportamento e opinião pública, reafirmam a lógica da distinção, por intermédio de categorizações estigmatizantes. Sugere-se, por conseguinte, que esta lógica da distinção e diferenciação, sobre a qual repousa todo ordenamento social, identifica e classifica pessoas e situações, segundo atributos seletivamente reconhecíveis como positivos — e, portanto, gratificados, e desabonadores — e, conseqüentemente, sancionados. Assim, entendido enquanto fruto de um comportamento desviante, a farmacodependência pode tanto provocar atitudes e opiniões contrárias, quanto propiciar tolerância e aceitação, por parte da comunidade urbana. Tudo depende, por conseguinte, do julgamento que se lhes faz, no sentido de constituir ou não infração às regras dos pontos de vista dominantes numa sociedade.

Importa observar, por fim, que as ordens jurídica e social (da qual aquela não é senão parte desta) reportam-se a uma matriz comum: o ideal de ortopedia social, isto é, a busca de um saber que vise corrigir os indivíduos, impondo-se-lhes, por assim dizer, uma “normalidade”. Diferem, como já se sublinhou, nas práticas tendentes à passagem do plano da “anormalidade” para o plano da “normalidade”.

3.

Convém esclarecer que nossas observações se concentram, tão-somente, num fragmento da problemática do desvio social e da utilização de drogas com fins não medicamentosos, restringindo-se, dessa forma, ao campo simbólico constituído pelas atitudes e opinião pública acerca do problema com que se defrontam os agentes sociais na vida cotidiana. Pretendemos não explicar as características proeminentes de cada grupo — “normais” e “desviantes”; nem sequer pensar ou discutir a forma de suas respectivas inserções na sociedade global, mas, apenas, conhecer a lógica das relações entre ambos os fenômenos e verificar como já se acham estruturalmente definidas suas correspondentes posições estruturais como “desviantes” e “normais” no âmbito da organização da cultura da sociedade. Buscaremos, quando muito, verificar a forma pela qual as representações culturais acentuam a condição de “desvio” e a forma pela qual, no interior dessa perspectiva pautada por modalidade estigmatizante de relações sociais, se inserem as noções de recuperação e de tratamento, pensadas em termos de “conformidade à normalidade”. Dessa maneira, poderemos deslindar as relações que, numa dimensão mais ampla, se estabelecem entre o ordenamento social e o ordenamento jurídico, acerca do problema enfocado.

Estruturalmente, nunca será demais repeti-lo, observaremos o seguinte plano:

- (a) descrição das dimensões através das quais pode o problema da farmacodependência ser percebido socialmente. Assim, buscaremos verificar que tipos de atitudes, relativamente ao uso de fármacos, são positiva ou negativamente ajuizadas;
- (b) descrição das esferas da vida social que se pode situá-las como compreendendo o “mundo da normalidade”. Neste plano, procuraremos, fundamentalmente, observar a forma pela qual se processa o ordenamento das experiências, relativamente à família, ao grupo de amigos, à escola, ao trabalho e à autoridade, entendidas enquanto parâmetros do problema enfocado.

(38) Ilustrativo registrar: recentemente, cantor famoso e que desfruta de prestígio não só nos meios artísticos, como também entre o público em geral, foi surpreendido com a posse de marihuana. Em suas declarações, afirmou categoricamente: “Eu não sabia que fumar maconha era crime!”

III — Segunda Parte: O DIAGNÓSTICO

Percepções sociais acerca da Farmacodependência

De modo geral, as atitudes e opinião pública, relativamente ao objeto de nosso estudo, apresentam uma conformidade específica. Poder-se-ia consubstanciá-las da seguinte maneira:

- a) opiniões e atitudes com referência ao uso de fármacos com fins não medicinais ou terapêuticos;
- b) opiniões e atitudes com referência aos farmacodependentes;
- c) opiniões e atitudes com referência ao tratamento e recuperação;
- d) opiniões e atitudes com referência às formas de intervenção.

1.

Os entrevistados foram inquiridos sobre atitudes relativamente ao uso de fármacos. Solicitaram-se, a esse respeito, opiniões e informações sobre seus efeitos e características; motivações de ordem social e individual, bem assim de ordem física e psíquica. Além do mais, apresentou-se-lhes uma lista de fármacos, tendo-lhes sido perguntado se conheciam as drogas arroladas. A seguir, sob a forma de quadros demonstrativos, cujos dados se encontram consignados sob porcentagens, conforme já aduzimos anteriormente, registramos os resultados obtidos.

QUADRO I
OPINIÕES SOBRE FÁRMACOS

Os Fármacos:	Grupo Etário			A 14-18			B 19-25			C 26 -		
	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.			
São prejudiciais à saúde física e mental	96.6	2.2	1.2	94.3	4.5	1.2	97.0	1.0	2.0			
São assunto de decisão pessoal.	77.1	16.0	6.9	67.5	26.2	6.3	53.0	39.0	8.0			
Devem ser experimentados pelo menos uma vez para conhecê-los	22.9	70.2	6.9	17.8	77.7	4.5	30.0	67.0	3.0			
Provocam dependência de drogas cada vez mais fortes	81.2	12.0	6.8	71.4	18.8	9.8	79.0	10.0	11.0			
Em grande quantidade, provocam necessidade de se fazer qualquer coisa para obtê-los	97.8	1.1	1.1	93.1	2.9	4.0	92.0	3.0	5.0			

De forma genérica, pode-se inferir que a opinião pública reconhece os efeitos e conseqüências provocadas pelo uso de fármacos. No entanto, em contrapartida, a opinião pública entende tratar-se de assunto de decisão pessoal, fato que, por si só, pode revelar inconsistências e incongruências nas próprias fontes de informações.

Os grupos pesquisados afirmaram ser verdadeira a assertiva, segundo a qual o uso de drogas é prejudicial à saúde física e mental. Seguindo essa mesma

linha de raciocínio e de forma uniforme, os três grupos afirmaram que essa forma de comportamento parece oferecer grande resistência à mudança, vez que o uso de drogas causa dependência de outras drogas mais fortes. Essa observação também nos afigura ratificada por outra. Os mesmos grupos concordaram com a afirmação de que o uso de fármacos, em grande quantidade, induz à necessidade de obtê-los, de qualquer forma. Disso decorre que as atitudes em relação ao uso de drogas, com fins não medicamentosos ou terapêuticos, é uma forma de comportamento de certo modo condenável e acusável pela comunidade urbana. A opinião pública percebe, nesse particular, o problema, em termos de uma escala que percorre desde a ausência da droga até a embriaguez. Os dados consignados no Quadro revelaram, outrossim, inexistir grandes disparidades entre as atitudes e opiniões dos grupos etários considerados, havendo, até mesmo, uma espécie de equivalência entre as opiniões emitidas.

Esta última observação, contudo, não parece verificar-se, de maneira absoluta, mas, tão-somente, relativa, quando os entrevistados são inqueridos sobre a natureza e caráter do problema enfocado. Somente à medida em que se avança na escala etária é que as atitudes e opiniões tendem a tornar-se equiparáveis. Assim sendo, para o Grupo A, o uso de fármacos é predominantemente assunto de decisão pessoal (77.1), comparativamente à porcentagem de 16.0, índice indicativo da discordância, no que concerne à afirmação. Já nos Grupos B e C, acusaram-se, em contrapartida, índices não tão absolutos, relativamente à afirmação, segundo a qual o uso de drogas é assunto de decisão pessoal. No Grupo B (67.5) e no Grupo C (53.0), este resultado parece-nos, desde já, de relevância para a investigação, pois suscita a questão de que a percepção do problema, no que concerne à sua natureza e caráter, não somente apresenta diferentes contornos em grupos etários diferenciados, como também — e sobretudo — revela que grupos etários diferenciados têm percepções distintas acerca das relações entre o problema enfocado e os controles repressivos existentes. Ao que tudo indica, a eficácia dos controles preventivos e repressivos tende a ser maior nos grupos que se encontram estruturalmente em posição mais elevada na escala etária, do que nos grupos menos elevados. Sugere-se, por conseguinte, que a aceitação de programas preventivos e de controle do uso de drogas tende a ser menor na população jovem do que na população adulta.

O Quadro que a seguir apresentaremos — opiniões sobre motivações para o uso de fármacos — ratifica essas observações introdutórias.

QUADRO II
OPINIÕES SOBRE MOTIVAÇÕES PARA O USO DE FÁRMACOS

Grupo Etário \ Motivação	A 14-18			B 19-25			C 26 -		
	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.
Conflitos de natureza psicológica	64.5	30.3	5.2	70.8	23.5	5.7	61.0	30.0	9.0
Motivos ideológicos, rejeição da sociedade	58.3	33.7	8.0	52.0	41.7	6.3	42.0	47.0	11.0
Motivos de ordem familiar. Problemas de carência cultural e falhas na educação	24.5	67.5	8.0	24.6	68.5	6.9	40.0	51.0	9.0
Ineficácia do controle familiar	9.1	84.0	6.9	9.1	83.5	7.4	10.0	87.0	3.0
Ineficácia de outros controles	31.4	57.2	11.4	24.6	66.2	9.2	31.0	59.0	10.0

Ao que se depreende do exame dos dados obtidos, a opinião pública parece relacionar, diretamente, o uso de fármacos com fins não terapêuticos ou medicamentosos a conflitos de natureza psicológica, indicando, por via de consequência, atribuir menor relevância à sua causalidade sociológica. Um rápido e mesmo superficial exame já possibilita verificar que os conflitos de natureza psicológica constituem, para a opinião pública, o motivo mais preponderante entre outros que conduzem à adoção dessa forma de comportamento, considerado desviante. Essa atitude se acentua, notadamente, no Grupo B (70.8). Os Grupos A (64.5) e C (61.) acusaram índices equivalentes. Assim, teríamos que se trata de um problema individual. Suas razões reportam-se não só a uma causalidade psicológica, entendida enquanto conflitos de natureza pessoal, como também a um fenômeno de decisão individual.

A esse respeito, convém observar: conquanto os motivos ideológicos e de rejeição da sociedade revelassem representar aspecto considerável — no Grupo A (58.3), no Grupo etário B (52.0) e no Grupo C (42.0) — nem mesmo assim foram suplantados por sua causalidade psicológica. A opinião pública, relativamente a esse aspecto, sugere que motivos ideológicos, quais sejam rejeição da sociedade e protesto coletivo, têm prevalência e incidência sobre o problema apenas no plano individual. Se adotado o esquema elaborado por Merton (39), poder-se-ia dizer que, para a opinião pública, o uso de drogas, do ponto de vista sociológico, é menos um fenômeno de rebelião, do que de inovação ou, até mesmo, conformismo e ritualismo. Cumpre observar que a maior porcentagem de opiniões afirmativas, acerca dos motivos ideológicos e de rejeição à sociedade, no Grupo A, se explica, em parte, pelo fato de ser constituído, fundamentalmente, por adolescentes, com natural tendência a revelar desacordo com os padrões normativos básicos da sociedade, bem assim contra suas instituições fundamentais.

No que concerne a esta última observação, o quadro demonstrativo a que nos referimos — motivações para o uso de fármacos — sublinha a circunstância de que a família, enquanto grupo capaz de exercer controle sobre seus membros e, simultaneamente, compeli-los a contatos externos (out-groups) não pode, por si só, suportar o peso de ver-se responsabilizada pela situação social problemática. De modo geral, a ineficácia ou eficácia do controle familiar não afigurou, de modo preponderante, para a população estudada, elemento ou fator a ser considerado no inventário das causas que podem incitar ao uso de drogas. Ao que nos sugere esses dados, não há, para a opinião pública, uma relação objetiva e precisa entre as crises na família, na religião, na escola; a rapidez das mudanças tecnológicas, crescimento urbano incomensurável e os conflitos de natureza psicológica que expõem parcelas da população a problemas de insanidade mental, motivadas pelo uso não medicamentoso de fármacos.

Ratificando as observações anteriores, apresentamos, a seguir, o quadro demonstrativo relativo às opiniões sobre motivações de ordem psíquica e física que interferem no uso de fármacos. Os dados apresentados revelam aspectos significativos do problema considerado.

Entre os motivos de ordem psíquica e física arrolados, as opiniões expendidas se concentraram preferentemente em torno de um aspecto. Os fármacos são utilizados para acalmar ou aliviar tensão nervosa. Esse foi o entendimento manifestado, uniformemente, pelos Grupos A (32.2), Grupo B (40.6) e Grupo C (41.0). Ao que parece, as condições pelas quais se desenvolve a cidade, impõem à população um ritmo de vida e um esquematismo psicológico rígido (40), cuja válvula de escape há de ser buscada em substâncias químicas ou farmacêuticas. Não é de se estranhar, portanto, que o padrão normativo de sanidade mental, no "mundo

(39) MERTON, R. K. "Estrutura Social e Anomia". *Sociologia — Teoria e Estrutura*. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1972, cap. VI.

(40) SIMMEL, Georg. "A Metrópole e a Vida Mental." In *O Fenômeno Urbano*. Otávio Guilherme Velho (org.) Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1973, 2.^a edição, pp. 11-25.

QUADRO III

OPINIÕES SOBRE MOTIVAÇÕES DE ORDEM PSÍQUICA E FÍSICA QUE INTERFEREM NO USO E ABUSO DE FÁRMACOS

Motivação	Grupo Etário	A	B	C
		14-18	19-25	26 -
Para curar ou prevenir alguma enfermidade grave de qualquer natureza		12.0	16.0	7.0
Para aliviar dor de cabeça, dor nas costas ou dores musculares		11.5	8.6	7.0
Para poder dormir		12.0	8.0	17.0
Para perder ou controlar peso		4.0	6.8	10.0
Para aliviar o cansaço ou proporcionar energia para "continuar trabalhando" ..		17.8	16.0	13.0
Para acalmar ou aliviar tensão nervosa		42.2	40.6	41.0
Nada disso		0.5	2.8	2.0
Não respondeu			1.2	3.0
Mais de uma das alternativas citadas ..				

urbano", é o "stress". Para curá-lo, pensa-se, há que se incrementar o paraíso químico, única forma capaz e lógica, do ponto de vista da racionalidade que se instaura no interior da cultura urbana, de solver os males de natureza física ou psíquica.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, observa-se que outras razões também se impõem na ordem das justificativas. No Grupo A (12.0), no Grupo B (16.0) e no Grupo C (7.0) declararam que os fármacos são utilizados para prevenir ou curar alguma enfermidade de natureza qualquer. Outrossim, no Grupo A (17.8), no Grupo B (16.0) e no Grupo C (13.0) indicaram como razão preponderante para o uso de drogas, a necessidade de aliviar o cansaço ou proporcionar energia para "continuar trabalhando". Verifica-se, portanto, que as razões oferecidas pela comunidade urbana englobam-se, todas elas, no plano sempre individual e nunca no plano coletivo, pelo menos preponderantemente.

Outras observações completam as anteriores. Referem-se ao conhecimento de fármacos, conforme quadro demonstrativo a seguir (Quadro IV).

Os dados apresentados, também, são indicativos de aspectos relevantes do problema enfocado. Em primeiro lugar, observa-se que, indistintamente, os grupos etários estudados conhecem, sobremaneira, as chamadas "drogas proibidas" ou aquelas que não dispõem de quaisquer finalidades ou uso médico. Certamente, tivéssemos de arrolar as drogas mais conhecidas pela comunidade urbana, encontraríamos: pervitin, cocaína, maconha, L.S.D., heroína e morfina. O aspecto é importante, na medida que vem ratificar observações anteriores, relativamente à incongruência entre um controle legal excessivo e uma permissividade velada, de que nos é exemplo a notícia veiculada pelos meios de comunicação de massa. A observação sugere, por conseguinte, que as mais variadas fontes de informações — jornais, livros, publicações científicas, rádio, televisão, etc. — estão exercendo, simultaneamente, efeitos contraditórios sobre os mecanismos de formação de atitudes e opinião pública. Da mesma forma que esclarecem e alertam sobre as conseqüências do uso não médico ou terapêutico de fármacos, dissociam seus efeitos de suas relações com os controles sociais existentes, justificando, por conseguinte, tratar-se essa forma de comportamento de assunto de decisão pessoal e individual.

QUADRO IV

PESSOAS QUE DECLARARAM CONHECER OS FÁRMACOS SEGUINTE

Fármaco	Grupo Etário	A	B	C
		14-18	19-25	26 -
Cardenal		24.5	22.2	60.0
Equanil		10.8	16.8	34.0
Vesalium		20.0	31.4	42.0
Tofranil		6.2	2.2	8.0
Linequon		8.5	8.0	7.0
Dexamil		22.2	26.3	52.0
Pervitin		56.0	81.1	86.0
Cocaína		92.5	96.0	97.0
Maconha		98.2	100.0	100.0
L.S.D.		84.0	94.2	91.0
Nescalina		23.4	40.5	33.0
Heroína		74.2	90.8	89.0
Morfina		88.0	97.1	95.0
Codeína		19.4	26.8	38.0

Outros aspectos podem também ser abordados. Os antidepressivos e tranqüilizantes são, de modo geral, conhecidos pela população que compreende o grupo etário C (pessoas de 26 anos e mais). O fato é interessante, na medida em que revela que a introdução no chamado paraíso químico está intimamente relacionada com o ritmo de vida que se instaura no meio urbano e o padrão de lazer da própria comunidade. Observe-se, ainda, que alguns tipos de drogas — como a mesalina, fármaco causante de dependência física e psíquica — são pouco conhecidas. Tal pode significar sua inexistência no mercado negro de drogas, no meio urbano considerado, como também — e, em decorrência — a pequena difusão que se lhes fazem os meios de comunicação de massa.

Aos agentes sociais, portanto, o problema social com que se defrontam e condenam — o uso de drogas com fins não terapêuticos — se desvenda como problema individual, isto é, de pessoas isoladas, de indivíduos que decidem espontaneamente vincular-se a uma subcultura "marginal", rompendo, individualmente, com os padrões normativos fundamentais da cultura dominante numa sociedade. Ao que tudo indica e faz crer, os controles sociais e suas poderosas forças — sejam estas de natureza legal ou moral — revelam baixa eficácia simbólica, no sentido de influir sobre o comportamento coletivo. Dessa forma, o problema agrava-se, pois — na impossibilidade das concepções morais vigentes em dada sociedade produzirem efeitos sobre o controle do comportamento e atitudes de seus membros — torna-se difícil manter o controle, apoiando-se, exclusivamente, em formas específicas de medidas restritivas e repressivas, no âmbito ou esfera legal. Restaria, portanto, investigar que tipos de "poderes difusos" outros são

capazes de afetar as concepções dos agentes sociais acerca do problema enfocado. Um desses aspectos diz respeito às opiniões e atitudes com referência aos farmacodependentes.

2.

Um dos aspectos importantes do problema objeto de análise se relaciona com a imagem que a opinião pública revela ter do farmacodependente ("drogadicto"). Como bem observaram Kramer e Cameron, "em geral, a maior parte dos pais e dos jovens que não tomam drogas têm uma atitude negativa, com referência à droga e tendem a estigmatizar os utilizadores e fazer deles uma idéia estereotipada. Também, quaisquer que sejam a natureza da droga, a quantidade consumida ou a frequência da administração, o utilizador é marcado de uma vez por todas por aquilo que é, senão frequentemente, uma experiência temporária ou um uso ocasional. Esta estigmatização tende a isolá-lo, a acentuar seu sentimento de exclusão e arrisca a reforçar seu comportamento desviante" (41).

De modo geral, o usuário de drogas é, nesse particular, caracterizado como um enfermo mental, que recorre às drogas para fazer frente às suas deficiências de ordem psíquica e moral, sua incapacidade de viver harmoniosamente com a sociedade, procurando novas emoções e buscando tornar-se capaz de se relacionar com outras pessoas.

Abaixo, registramos, sob a forma de quadros demonstrativos, os resultados alcançados:

QUADRO V
OPINIÕES SOBRE FARMACODEPENDENTES

Eles são:	Grupo Etário	A 14-18			B 19-25			C 26 -		
		Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.
Enfermos		48.0	42.3	9.7	49.1	47.5	3.4	58.0	27.0	15.0
Vadios		41.7	31.5	26.8	32.0	52.0	16.0	42.0	31.0	27.0
Irresponsáveis		58.2	30.9	10.9	56.0	34.3	9.7	74.0	19.0	7.0
Profissionalmente fracassados		57.2	32.6	10.2	42.8	49.2	8.0	62.0	28.0	10.0
Revoltados		43.4	38.9	17.7	41.7	46.9	11.4	38.0	44.0	18.0
Péssimos chefes de família		65.1	20.0	14.9	56.6	30.8	12.6	73.0	15.0	12.0
Mau filho, mau trabalhador e mau amigo		33.2	57.1	9.7	40.0	52.0	8.0	55.0	35.0	10.0
Criminosos		61.8	26.2	12.0	62.8	24.6	12.6	67.0	23.0	10.0
Confiáveis e normais		70.8	21.2	8.0	77.8	13.7	8.5	77.0	17.0	6.0

A primeira observação que salta aos olhos, diz respeito às diferenças existentes entre as opiniões expendidas pelos Grupos A e B e aquelas expendidas pelo Grupo C. Conforme se pode inferir, os estigmas que marcam a figura do farmacodependente tendem a ser mais acentuados neste último grupo do que nos demais. Vejamos,

(41) KRAMER, J. F. e CAMERON, D. C. "Attitudes et Réactions Sociales." Organização Mundial de Saúde. Serviços de Informações Técnicas, 1973, n.º 516, p. 23-40.

pois, que o Grupo A (48.0) declarou que os farmacodependentes são pessoas enfermas, comparativamente aos índices registrados no Grupo B (49.1) e no Grupo C (58.0).

Os farmacodependentes foram, também, rotulados de vadios e irresponsáveis. A observação parece ser significativa, na medida em que há uma associação negativa de idéias entre responsabilidade e vadiagem, onde a presença de uma anula ou exclui a outra. De maneira genérica, no Grupo A (57.2) e no Grupo C (62.0) entenderam que os farmacodependentes são pessoas fracassadas profissionalmente, o que vem confirmar, num certo sentido, observações anteriores, segundo as quais a utilização de drogas com fins não medicamentosos está associada a conflitos de natureza psicológica, isto é, pessoais e individuais. No Grupo B, contudo, a opinião inverteu-se relativa, mas não absolutamente, pois, apenas 42.8 das pessoas que integram aquele grupo afirmaram ser verdadeira a assertiva de que os farmacodependentes são pessoas profissionalmente fracassadas. É preciso, contudo, relevar a observação. O Grupo B é, de modo geral, composto por pessoas em fase de aquisição de uma posição estrutural definida no mercado de trabalho, vivenciando, a seu modo, as incongruências entre as aspirações educativamente estimuladas e as vias socialmente aceitáveis para sua concretização. O fato em si provoca, ao que parece, uma concepção específica, gerando, também, uma forma peculiar de conceber as relações entre "fracasso profissional" e o recurso a uma "via de escape".

Foram, também, os farmacodependentes, considerados pessoas revoltadas, isto é, que "não vivem harmoniosamente com a sociedade", que "não aceitam o lugar social que lhes é destinado", ou, ainda, que "não reconhecem como legítimos" os padrões normativos básicos da sociedade. No Grupo A (43.4), no Grupo B (41.7) e no Grupo C (38.0) assim opinaram as pessoas que a eles integraram.

Os estereótipos de "péssimos chefes de família" e "mau trabalhador, mau filho e mau amigo", também estiveram presentes no panorama da opinião pública. Novamente, as opiniões de pessoas integrantes do Grupo A e do Grupo C se equipararam, relativamente à imagem segundo à qual o farmacodependente é péssimo chefe de família. Talvez, o estereótipo do alcoólatra decaído tenha marcado de tal maneira a opinião pública que a esta não resta outra alternativa que a de conceber os adictos de drogas, também, como "péssimos chefes de família". As diferenças de percentuais entre os grupos podem, contudo, ser explicadas pelos pressupostos de Becker e Goffman (42), segundo os quais os grupos sociais tendem a ter representações culturais opostas às suas posições estruturais na sociedade e, simultaneamente, representações que, ou encobrem, ou os identificam com determinadas situações sociais. Verifica-se, assim, que os Grupos A e C tendem a ter representações, no tocante a esse aspecto, mais ou menos similares, porquanto congregam filhos, de forma genérica, de famílias constituídas pela sociedade conjugal. O Grupo B, já congrega pessoas em fase de transição, isto é, em processo de constituição familiar, o que, necessariamente, os leva a colocar em dúvida determinados tipos de atitudes e opiniões.

O fenômeno parece que também se aplica aos estereótipos de "mau filho, mau trabalhador e mau amigo". No Grupo etário A (32.1), no Grupo B (40.0) e no Grupo C (55.0) entenderam verdadeira a assertiva, segundo a qual são os farmacodependentes portadores dessas características.

Outros aspectos também pareceram significativos. A esse respeito, convém verificar que no Grupo A (61.8), no Grupo B (62.8) e no Grupo C (67.0) afirmaram que os farmacodependentes são pessoas criminosas. No entanto, contraditoriamente, no Grupo A (70.8), no Grupo B (77.8) e no Grupo C (77.0) declararam que os farmacodependentes são pessoas confiáveis e normais. A ambigüidade não nos parece suscetível de explicação. Tudo depende não só do julgamento que se faz do comportamento desviante como também do caráter "anormal" que se lhe imputa, aspectos esses que escapam aos limites de nossa investigação.

(42) BECKER, Los Extraños. *Sociología de la Desviación*. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo, 1971, citado; e GOFFMAN, E. *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.

Portanto, ao que tudo indica, o estigma que, efetivamente, marca a figura do farmacodependente é o de "enfermo", configurando-lhe uma identidade deteriorada no sentido aportado, por Goffman. A manipulação dessa identidade, através do controle de sua informação e da atribuição de outros atributos, seletivamente reconhecidos como desabonadores, constituem formas específicas de controle social, que operam no plano da cultura. A carreira moral (43) do farmacodependente não o identifica socialmente como um rebelde; identifica-o como enfermo, "alienado", ou, quando muito, um "desviante" que recorre às drogas como único meio de curar seus males físicos e psíquicos individuais.

O aspecto é importante. Ao rebelde, a sociedade reserva formas específicas de repressão, como prisão, condenação, isolamento; ao farmacodependente, a sociedade propõe formas alternativas de prevenção e recuperação e não de repressão legal indiferenciada ou condenação. Tal pode significar não só que a passagem do plano da "anormalidade" para o plano da "normalidade" é — teoricamente — menos problemática do que outras formas de comportamento desviante, como também implicar na possibilidade de modificação de atitudes, relativamente à introdução de programas de controle e de prevenção.

Sobre esse particular, conviria aprofundar um pouco mais acerca da idéia de prevenção e recuperação.

3.

De modo genérico, como se pode inferir dos problemas anteriormente suscitados, a opinião pública distingue traficantes de usuários de drogas. Acredita que para os primeiros deveriam ser destinadas medidas punitivas de condenação e prisão; para os últimos, a opinião pública sugere a adoção de medidas de recuperação. Não lhe afigura, portanto, verdadeira a assertiva de que o traficante pode ser um pequeno usuário e que, via de regra, o usuário pode ser um pequeno traficante, embora entre ambos se interponham fins diversos: para o traficante, o lucro decorrente da comercialização, no mercado negro, da droga; para o usuário, o prazer proporcionado pelo fármaco. Se ambos, contudo, se identificam pelo padrão cultural que os une, tornam-se figuras distinguíveis e identificáveis, separadamente, no nível da opinião pública e não no nível das práticas restritivas e repressivas, seja no aspecto legal-condenatório ou não.

O exame do quadro demonstrativo — opiniões sobre tratamento e recuperação — revelará, certamente, aspectos interessantes do problema enfocado, inclusive, no que se refere à perspectiva de prevenção ou adoção de práticas e medidas tendentes a configurar uma política preventiva. (Quadro VI).

Inquirida na opinião pública sobre a eficácia do tratamento, como forma alternativa de solução do problema analisado, a resposta, pode-se assim dizer, foi afirmativa. Uniformemente, no Grupo A (70.8), no Grupo B (77.7) e no Grupo C (83.0) discordaram da proposição, segundo a qual não há tratamento capaz de "curar" farmacodependentes. Nessa mesma linha de raciocínio, no Grupo A (77.7), no Grupo B (78.5) e no Grupo C (73.) consideraram verdadeira a afirmação de que o "uso de drogas somente pode ser curado mediante rigoroso tratamento". Observa-se que as opiniões se dirigem em torno da figura do "usuário" de drogas e não em torno da figura do "traficante" de fármacos.

(43) "Tradicionalmente, o termo **carreira** tem sido reservado para os que esperam atingir os postos ascendentes de uma profissão respeitável. No entanto, o termo está sendo usado cada vez mais em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante a sua vida. Aceita-se a perspectiva da história natural: os resultados singulares são esquecidos, considerando-se as mudanças temporais que são básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorram de maneira independente em cada um deles. Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante; tanto pode ser triunfo quanto um fracasso. É sob esse aspecto que desejo considerar o doente mental." GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Editora Perspectiva, Coleção Debates, 1974, p. 111.

QUADRO VI

OPINIÕES SOBRE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO

Opinião	Grupo Etário A 14-18			Grupo Etário B 19-25			Grupo Etário C 26 -		
	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.
Não há tratamento capaz de "curar" os usuários de drogas ..	8.0	70.8	21.2	8.6	77.7	13.7	6.0	83.0	11.0
O uso de drogas somente pode ser curado mediante rigoroso tratamento .	77.7	10.8	11.5	78.5	13.5	8.0	73.0	18.0	9.0
A educação é a melhor forma de prevenir o uso de drogas	81.1	13.7	5.1	88.0	9.8	2.2	90.0	3.0	7.0
Se todas as pessoas tivessem uma boa educação no lar e na escola, não haveria viciados em drogas na sociedade	57.8	38.8	3.4	62.9	28.5	8.6	70.0	22.0	8.0
Se uma pessoa viciada em drogas lhe pedisse ajuda, recomendaria um médico	81.8	11.4	6.8	86.8	8.6	4.6	86.0	6.0	8.0
Uma pessoa que tem deixado de ser adepta das drogas, por algum tratamento, é muito digna de confiança	56.0	33.7	10.3	56.6	28.5	14.6	60.0	25.0	15.0

Ratificando as observações extraídas dos dados obtidos, temos que, para a população estudada, o médico, enquanto categoria social, é o agente capaz de, com seus préstimos e conhecimentos, interferir na situação social problemática, de forma a poder alterá-la. Esse foi o entendimento do Grupo etário A (81.8), do Grupo B (86.8) e do Grupo C (86.0).

Do mesmo modo, deposita a opinião pública um crédito na educação, como a melhor forma de prevenir o uso e abuso de drogas com fins não medicamentosos. A educação "antes", o médico "depois", eis a fórmula proposta pela opinião pública. A educação, para as pessoas entrevistadas e que compuseram o Grupo A (81.1), o Grupo B (88.0) e o Grupo C (90.0), é pensada como a única alternativa capaz e adequada à promoção de um programa preventivo (44).

(44) O problema em si é complexo. Tem-se suscitado que a difusão de programas educacionais, ao invés de reforçar e alertar para os efeitos do uso não medicamentoso de drogas, induz desejos à experimentação, agravando, destarte, o problema existente.

A essas idéias acrescentam-se outras. Entre as quais — embora registrando índices menores, no tocante a uma atitude positiva — a idéia de que a educação, no lar e na escola, orientada para o esclarecimento do problema, agiria no sentido de evitar a existência, na sociedade, de farmacodependentes. É o que se observa quando se examinam os índices registrados no Grupo A (57.8), no Grupo B (62.9) e no Grupo C (70.0), que concordou com a assertiva, considerando-a verdadeira.

É, portanto, o tratamento que reconduz à “normalidade”. No Grupo A (56.0), no Grupo B (56.6) e no Grupo C (60.0) concordaram com a proposição seguinte: “uma pessoa que tem deixado de ser adepta das drogas, por algum tratamento, é muito digna de confiança”. Confirmam-se, conseqüentemente, as análises de Foucault (45). O atestado do quadro clínico define o padrão de normalidade de saúde mental, fato que, por si só, significa que farmacodependentes podem, mediante subscrição médica, tornar-se pessoas “normais” e “confiáveis”.

Complementam-se essas observações com outras relativas às formas de intervenção (legal ou não), aplicáveis à situação problemática existente.

4.

O quadro demonstrativo que a seguir apresentaremos, já permite, por si só, extrair duas observações: primeiramente, reforça-se a idéia de que as medidas de repressão — punição e condenação — não devem atingir especificamente os usuários de drogas; em segundo lugar, como decorrência, surge a idéia de que medidas repressivas aplicáveis a usuários tendem a agravar o problema ao invés de solucioná-lo. (Quadro VII).

De modo genérico, a opinião pública revelou não reconhecer como legítima a idéia, segundo a qual o usuário de drogas deve ser punido com medidas de reclusão e que o problema é caso exclusivo das autoridades policiais. No Grupo A (80.6), no Grupo B (81.8) e no Grupo C (84.0) opinaram contrariamente, no que concerne à proposição seguinte: os usuários de drogas devem ser perseguidos e condenados à prisão. Nesse mesmo sentido, os entrevistados revelaram ser contrários à adoção de medidas, destinadas a “afastar o farmacodependente do vício à força”. No Grupo A (76.0), no Grupo B (76.0) e no Grupo C (66.0) não concordaram com a adoção dessa medida. Por outro lado, indagados se o uso de drogas é assunto exclusivo das autoridades policiais, afirmaram em sentido oposto o Grupo A (78.2), o Grupo B (81.2) e o Grupo C (63.0). Relativamente a esta última assertiva, verificam-se índices proporcionais diferenciais, quando se comparam as taxas apresentadas pelos Grupos A e B e aquela registrada pelo Grupo C. O aspecto é importante, na medida em que pode não só revelar créditos diferenciais, segundo grupos etários, nas medidas restritivas e repressivas existentes, como também, suscitar maior ou menor incidência do problema em grupos etários diferenciais.

Ratificando essas observações, pudemos registrar que o Grupo A (60.5), o Grupo B (62.9) e o Grupo C (69.0) mantiveram a opinião segundo a qual as “autoridades” não devem intervir no uso de drogas, o que sugere, novamente, trata-se de assunto de decisão pessoal e individual. Seguindo essa mesma linha de raciocínio, observa-se que, para a opinião pública, as medidas repressivas existentes não parecem adequadas à solução do problema. O Grupo A (81.2), o Grupo B (81.2) e o Grupo etário C (73.0) não consideraram verdadeira a assertiva seguinte: “uma pessoa que utiliza drogas deve ser considerada criminosa e deve ser entregue às autoridades.” Coerentemente, o Grupo etário A (62.3), o Grupo B (73.1) e o Grupo C (73.0) discordaram da afirmação, consoante a qual “as pessoas tomam drogas porque não são punidas convenientemente”.

Assim, ao que nos parece, para a opinião pública, aplicar medidas de repressão — entendidas estas enquanto formas de punição e condenação — a usuários de fármacos não só não conduz à solução do problema, como também suscita a possibilidade de agravá-lo. Castigar as pessoas usuárias de drogas, longe do que se poderia pensar, não evita que outras as sigam no mesmo vício.

(45) FOUCAULT, M. *Enfermedad Mental y Personalidad*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1961.

QUADRO VII

OPINIÕES SOBRE FORMAS DE INTERVENÇÃO

(legal ou não)

Opinião	A 14-18			B 19-25			C 26 -		
	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.	Sim	Não	não res.
Os pais devem deixar os filhos em completa liberdade para o uso de drogas	13.2	82.8	4.0	16.0	80.6	3.4	4.0	91.0	5.0
As pessoas que usam drogas devem ser perseguidas e condenadas ao cárcere ...	11.4	80.6	8.0	8.0	81.8	10.2	7.	84.0	9.0
A melhor maneira de curar uma pessoa viciada é afastá-la do vício à força	18.2	76.0	5.8	14.8	76.0	9.2	26.0	66.0	8.0
O uso de drogas é caso exclusivo de polícia	10.9	78.2	10.9	5.7	81.2	13.1	22.0	63.0	15.0
Castigar as pessoas usuárias de drogas evita que outras pessoas as sigam no mesmo vício	21.1	62.9	16.0	18.2	74.3	7.5	23.0	79.0	3.0
As autoridades não devem intervir no uso de drogas	19.5	60.5	20.0	18.2	62.9	11.9	14.0	69.0	17.0
Uma pessoa que usa drogas deve ser considerada criminosa e deve ser entregue às autoridades	10.8	81.2	8.0	8.0	81.2	10.8	19.0	73.0	8.0
As pessoas tomam drogas porque não são punidas convenientemente	28.0	62.3	9.7	18.9	73.1	8.0	20.0	73.0	7.0

IV — Terceira Parte: CONCLUSÕES

1.

Durante o período compreendido entre as décadas de 1940 e 1950, aparece, nos Estados Unidos, um estudo sobre atitudes e opinião pública que ganhou notoriedade. Denominou-se *The Authoritarian Personality*. (46). Buscavam seus autores comprovar a hipótese de que as atitudes constituíam, efetivamente, dimensões reflexivas dos

(46) ADORNO, T.W., FRENKEL-BRUNSWIK, E., LEVONSON, D.J., SANFORD, R. Nevitt. *The Authoritarian Personality*. Nova Iorque, Harper & Brothers, 1950.

padrões normativos dos agentes sociais e que esses padrões, a sua vez, configuravam resultados de conflitos inconscientes e de mecanismos defensivos do indivíduo frente a esses conflitos. O estudo da personalidade autoritária (47) conduziu à constatação de que as atitudes podiam ser determináveis em dois níveis: num primeiro nível — emocional —, onde há congruência entre seus valores objetivos e substantivos e a natureza hostil de suas ações, relativamente aos grupos subalternos; num segundo nível — cognitivo —, onde seu modo de pensar é cingido às distinções entre o grupo a que pertence (in-group) e os demais (out-groups).

A importância desse trabalho, entre outras, consiste em haver revelado um dos mecanismos fundamentais do processo de formação de atitudes, qual seja, o papel desempenhado pela confluência entre padrões normativos da sociedade e conflitos de natureza emocional, notadamente aqueles decorrentes de hostilidade reprimida, derivada de experiências infantis, durante o processo de socialização.

Tentativas mais recentes têm sido realizadas, no sentido de compreender a natureza dos mecanismos de formação de atitudes e de opinião pública, notadamente no que se refere ao desempenho dos meios de comunicação de massa.

Assim, distinguindo-se, sobretudo, do enfoque funcionalista, Kelman (48) demonstrou que os processos de formação de atitudes e opinião pública dependem de outros processos diferenciais na aceitação da influência social. Três seriam esses processos diferenciais: submissão, identificação e internalização. No primeiro deles, o agente social influenciador tem o poder de controlar as recompensas e punições; no segundo, o agente social sofre atração pelo agente influenciador; por fim, no terceiro, aceitam-se as idéias do influenciador como congruentes com os valores do receptor.

No conjunto, todos esses enfoques teóricos e tendências de pesquisa põem em evidência uma só finalidade: elaborar esquemas de análise e investigação sobre os processos de formação de atitudes e opinião pública. Num sentido restrito, mediatizam suas preocupações entre teoria e prática, a tentativa de produzir uma interação entre fatores cognitivos e fatores motivacionais, o que, em síntese, possibilita o tratamento científico dos determinantes das atitudes e opiniões e, em última instância, a viabilidade de suas transformações. Com o resultado dessas investigações, torna-se possível afirmar que as atitudes comunitárias são componentes cognitivos — ainda que carregados de emotividade — isto é, consistem em categorias empregadas pelos agentes sociais ao pensar e compreender o mundo que os rodeia. Enquanto componentes de categorias cognitivas, as atitudes comunitárias predisõem os agentes sociais a uma classe particular de ações e situações sociais, sobre as quais pode-se ter um sentimento ou reação positiva ou negativa.

2.

As conclusões poderiam se ater aos seguintes pontos:

- a) foram identificados dois processos formadores de atitudes e de opinião pública que operam, simultaneamente, no plano da cultura. Refere-se o primeiro ao conjunto de esferas da vida social que configuram um padrão normativo de comportamento, de atitudes e opinião pública. A pesquisa identificou como constitutivos desse padrão normativo as atitudes com referência à família, ao grupo de amigos, à escola, ao trabalho, ao reconhecimento da ordem. Refere-se o segundo ao conjunto de modalidades específicas de categorização social. Esses processos for-

(47) A personalidade autoritária é caracterizada, pelos autores, por ser carente de percepção de conflitos, por ser ignorante de sua fonte de insegurança, pela intolerância em relação à ambiguidade, pela vulnerabilidade em relação aos estereótipos convencionais e às oposições dicotômicas.

(48) KELMAN, H.C. "Compliance, Identification and Internalization; Three Processes of Attitude Change". *Journal of Conflict Resolution*, 2, n.º 1, 1958, pp. 51-60. Reproduzido in *Comunicação e Indústria Cultural*, Gabriel Cohn (org.), citado, por Daniel Katz, "Formação de Atitude e Opinião Pública", p. 372-390.

...madores de atitudes influenciam, via de regra, a forma pela qual a comunidade urbana tem percepções acerca dos problemas com que se defronta em busca de soluções alternativas.

b) No interior dessa perspectiva, a farmacodependência, entendida enquanto problema social, é, grosso modo, condenada pela comunidade urbana, na medida em que o uso de drogas, com fins não terapêuticos e uma forma de comportamento que rompe com os padrões normativos de saúde pública. Há, nesse sentido, atitudes tanto favoráveis quanto desfavoráveis ao uso de medicamentos.

c) No interior dessa perspectiva, a farmacodependência, se assim puder dizer, configura para a comunidade urbana uma forma de aprendizagem. Acredita-se que as agruras da vida cotidiana — incluídos seus males físicos, suas perturbações psíquicas — encontram solução com o recurso à utilização de produtos de natureza química ou farmacêutica. O paraíso químico se introduziu, no plano da cultura urbana, como uma modalidade nova e criadora de se fazer frente às várias esferas da vida social, que se supõe "mal equilibradas" ou "pouco integradas". É neste contexto cultural, que a comunidade urbana "aprende" o que são drogas, como se as usam, o que são farmacodependentes. Distingue e elabora representações culturais e simbólicas sobre aspectos do problema com que se defronta.

d) essas percepções sociais revelam a baixa eficácia, a sua vez, dos mecanismos de controle social existentes, no sentido de influenciar o comportamento social, vez que não logram provocar a configuração de predisposições desfavoráveis ao uso de drogas com fins não medicamentosos. Demonstrou-se esse aspecto, através do caráter personalista e individualista que se atribui ao problema. Também outra observação se nos afigurou de importância: de modo geral, houve relativa uniformidade entre as opiniões emitidas pelos grupos etários pesquisados. No entanto, alguns problemas relacionados com a natureza do problema enfocado acusaram taxas percentuais diferenciais. Ao que nos parece, a percepção social dos problemas relacionados ao uso de drogas não somente apresenta diferentes contornos em grupos etários diferenciados, como também revela que grupos etários diferenciados têm percepções distintas acerca das relações entre o problema estudado e os controles repressivos existentes. A eficácia dos controles preventivos e repressivos tende a ser maior nos grupos que se encontram estruturalmente em posição mais elevada na escala etária, do que nos grupos menos elevados. Sugere-se, por conseguinte, que a aceitação de programas preventivos e de controle tende a ser menor na população jovem do que na população adulta.

e) A forma pela qual o problema se desvenda aos agentes sociais influencia, portanto, não só a forma pela qual o condena, mediante a estigmatização do usuário, como também a forma pela qual propõe soluções alternativas. Sobre esse particular, se inserem as noções de tratamento e recuperação destinadas a farmacodependentes, tal como propostas pela comunidade urbana.

f) ao sugerir medidas de tratamento e recuperação e, por via de consequência, descriminalização do usuário, a comunidade urbana revela as incongruências entre as medidas existentes — planos de saúde e medidas legais restritivas — e as medidas sugeridas pelo exame das atitudes comunitárias.

3.

Como consequência, entendemos que alguns pontos, necessariamente, decorrerão das conclusões alcançadas:

- a) a introdução de medidas adequadas de prevenção e de recuperação dependerá da modificação de atitudes em relação à predisposição favorável ao uso de drogas. Não basta, tão-somente, identificar os contornos

das atitudes da população urbana. Há que se adentrar na profundidade dos complexos mecanismos formadores de atitudes e opinião pública, a fim de que se possa elaborar estratégia adequada de intervenção, livre de medidas paliativas, a curto prazo, de médio alcance.

- b) sugere-se, por conseguinte, a elaboração de projeto de pesquisa, com a finalidade de estudar com maior profundidade esse aspecto. A pesquisa, contudo, deverá pautar-se por novas modalidades de investigação. A inconveniência de se utilizar, em estudos de atitudes, somente questionários, com questões fechadas de múltipla escolha, sugere o recurso a outro instrumental como, por exemplo, a elaboração prévia de estudo piloto, com base em observação participante. Trata-se, no caso, de procurar compreender o universo verbalizado dos agentes sociais que deparam com problemas, no curso do desenvolvimento social, e lutam por resolvê-los.

IV — BIBLIOGRAFIA

- VERSELE, Séverin Carlos et al. **Justice Pénale et Opinion Publique**. Bruxelas, Editions de l'Université, 1972.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.
- BECKER, Howard. **Los Extraños. Sociología de la Desviación**. Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporaneo, 1971.
- COHN, Gabriel. **Comunicação e Indústria Cultural**. São Paulo, Editora Nacional, 1975.
- FOUCAULT, M. **Enfermedad Mental y Personalidad**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1961.
- VELHO, Gilberto. **Desvio e Divergência. Uma Crítica da Patologia Social**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.
- FERNANDES, Florestan. **Mudanças Sociais no Brasil**. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1974.
- VELHO, Otávio Guilherme. **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.
- OLMO, Rosa del. **Bases Teóricas para una Aproximación Sociopolítica al Problema de las Drogas**. Caracas, mimeografado, 1974.
- LOPES-REY, M. **Drug Addiction as a sociopolitical problem**. Journal of Drug Issues, Winter, 1975.
- KRAMER, J.F. e CAMERON, D.C. **La Pharmaco-Dependence**, OMS, 1975.

V — APÊNDICES

1. TABELAS E QUADROS DEMONSTRATIVOS

(a) Caracterização da população estudada: perfil-padrão

QUADRO 1
COMPOSIÇÃO SEXUAL

Sexo	Grupo	A	B	C
		14-18	19-25	26 —
Masculino		48.5	31.5	47.0
Feminino		51.5	68.5	53.0

QUADRO 2
SITUAÇÃO CONJUGAL

Situação	Grupo Etário	A	B	C
		14-18	19-25	26 —
Solteiro		98.2	68.6	22.0
Casado			29.2	69.0
Separado				1.0
Desquitado			1.2	2.0
Divorciado				
Viúvo			0.5	4.0
Outra situação				2.0
Não respondeu		1.8	0.5	

QUADRO 3

PROCEDÊNCIA, SEGUNDO REGIÕES DO PAÍS

Região \ Grupo Etário	A		B		C	
	CAP	INT	CAP	INT	CAP	INT
São Paulo	69.8	9.7	57.7	20.0	37.0	41.0
Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo	0.5	6.3	2.2	6.9		6.0
NE (*)		4.5	0.5	1.2		1.0
Outras Regiões do País (**)	1.2	1.7		0.5	2.0	1.0
Estrangeiro	0.5		4.0		5.0	
Não Respondeu	5.8		6.9		7.0	

(*) NE abrange: MA, CE, PI, RN, AL, SE, PE, BA.

(**) Abrange: AM, PA, GB, MT, GO, PR, ST, RS.

QUADRO 4

SITUAÇÃO OCUPACIONAL (I)

Situação \ Grupo	A	B	C
	14-18	19-25	26 —
Empregado	17.1	65.8	74.0
Desempregado		0.5	1.0
Não Trabalha (*)	79.5	33.2	16.2
Não Respondeu	3.4	0.5	9.0

(*) Situação atual. Engloba pessoas que já trabalharam alguma vez.

QUADRO 5
SITUAÇÃO OCUPACIONAL (II)

Grupo Situação	A 14-18	B 19-25	C 26 —
Dona de Casa		8.6	22.0
Estudante (*)	86.3	45.7	6.0
Outra situação (**)		45.7	72.0
Não Respondeu	13.7		

(*) Engloba estudantes que trabalham ou não.

(**) Engloba, também, pessoas aposentadas.

QUADRO 6
POSIÇÃO OCUPACIONAL (*)

Grupo Posição	A 14-18	B 19-25	C 26 —
Proprietário, diretor e/ou agente de empresa comercial ou industrial	1.6	0.5	5.0
Profissional liberal		5.8	16.0
Professor Universitário			3.0
Posições de Chefia na administração pública ou privada		2.9	3.0
Professores e/ou diretores de estabelecimentos de ensino (1.º e 2.º graus)	0.5	16.6	13.0
Profissionais qualificados e especializados	2.8	13.7	11.0
Profissionais especializados	1.6	13.7	14.0
Comerciários e equivalentes	4.0	3.5	3.0
Trabalhadores manuais especializados e semi-especializados	3.4	4.0	1.0
Trabalhadores manuais não especializados	2.8	4.5	5.0
Não respondeu	1.6	0.5	10.0
Não trabalham	81.7	34.3	16.0

(*) Pessoas que trabalham.

QUADRO 7

QUADRO 7 ESCOLARIDADE

Grupo Etário / Escolaridade	A		B		C	
	COMPL	INC	COMPL	INC	COMPL	INC
Primeiro Grau	9.2	3.5	1.5	2.6	8.0	4.0
Segundo Grau	4.5	74.3	18.5	16.8	17.0	7.0
Curso Técnico	0.5	0.5	4.3		7.0	1.0
Curso Universitário	3.5	3.5	16.9	36.9	36.0	17.0
Especializações						
Pós-graduação			0.5			
Outros Cursos	0.5		0.5	1.0	1.0	1.0
Não Respondeu			0.5		1.0	

QUADRO 8

QUADRO 8 RELIGIAO

Religião / Grupo	A 14-18	B 19-25	C 26—
Católica	77.7	73.7	79.0
Judaica	5.2	4.0	5.0
Protestante	2.8	2.3	1.0
Outra Religião	5.2	6.9	7.0
É ateu	1.1	1.8	1.0
Não tem Religião	8.0	10.8	5.0
Não Respondeu		0.5	2.0

QUADRO 9
RENDA MENSAL

Renda mensal \ Grupo Etário	A 14-18	B 19-25	C 26 —
Menos de 1 salário-mínimo	17.7 (2)		
1 salário-mínimo	17.1 (2)	6.8 (2)	2.0 (2)
1/3 salários-mínimos	8.7 (2)	17.7 (2)	9.0 (2)
4/6 salários-mínimos	5.1 (1)	22.3 (2)	13.0 (1)
7/10 salários-mínimos	2.9 (1)	12.6 (2)	23.0 (1)
11/20 salários-mínimos	9.7 (1)	14.9 (2)	26.0 (1)
21 salários-mínimos e mais	4.5 (1)	2.8 (2)	10.0 (1)
Não respondeu	5.8	1.2	17.0 (1)
Não tem renda mensal (2)	28.5	21.7	

(1) Engloba renda mensal individual e familiar.

(2) Refere-se, tão-somente, à renda mensal individual.

QUADRO 10
RENDA FAMILIAR
(contribuintes)

Renda \ Grupo	A	B	C
Pai	50.2	36.6	4.0
Mãe	5.7	1.2	3.0
Pais	18.9	5.2	3.0
Irmãos	1.8	4.6	4.0
Só você	1.2	10.8	28.0
Cônjuge	2.8	23.4	1.0
Parentes e/ou amigos	1.2	0.5	1.0
Todos estes			1.0
Nenhum destes			1.0
Mais de um dos acima citados	18.2	17.7	7.0
Não Respondeu			

EXHIBIT 10

ANALYSIS OF DATA

Q	R	S	DESCRIPTION
1.0	1.0	1.0	...
1.2	1.2	1.2	...
1.4	1.4	1.4	...
1.6	1.6	1.6	...
1.8	1.8	1.8	...
2.0	2.0	2.0	...
2.2	2.2	2.2	...
2.4	2.4	2.4	...
2.6	2.6	2.6	...
2.8	2.8	2.8	...
3.0	3.0	3.0	...
3.2	3.2	3.2	...
3.4	3.4	3.4	...
3.6	3.6	3.6	...
3.8	3.8	3.8	...
4.0	4.0	4.0	...
4.2	4.2	4.2	...
4.4	4.4	4.4	...
4.6	4.6	4.6	...
4.8	4.8	4.8	...
5.0	5.0	5.0	...

The following table shows the results of the analysis of the data. The values in the table are given in the order in which they appear in the data.

EXHIBIT 11

ANALYSIS OF DATA

ANALYSIS OF DATA

Q	R	S	DESCRIPTION
1.0	1.0	1.0	...
1.2	1.2	1.2	...
1.4	1.4	1.4	...
1.6	1.6	1.6	...
1.8	1.8	1.8	...
2.0	2.0	2.0	...
2.2	2.2	2.2	...
2.4	2.4	2.4	...
2.6	2.6	2.6	...
2.8	2.8	2.8	...
3.0	3.0	3.0	...
3.2	3.2	3.2	...
3.4	3.4	3.4	...
3.6	3.6	3.6	...
3.8	3.8	3.8	...
4.0	4.0	4.0	...
4.2	4.2	4.2	...
4.4	4.4	4.4	...
4.6	4.6	4.6	...
4.8	4.8	4.8	...
5.0	5.0	5.0	...

INFLUÊNCIA DOS CONTROLES LEGAIS SOBRE O ABUSO DE FARMACOS

Preparado pelos doutores MARIE MADELEINE HUTYRA, MARIA JULIANA TOFFOLI DE OLIVEIRA COSTA, YOSHIHIRO IRIYA, INACIO DE MELO MESQUITA e RODOLPHO ALFREDO LEBER, todos integrantes da equipe técnica do IMESC/CICRIB

I — INTRODUÇÃO

O crescimento gradativo do consumo abusivo de fármacos vem sendo registrado na maioria dos países, de acordo com levantamentos que efetuamos.

Na Europa, por exemplo, esse problema foi surgindo quase ao mesmo tempo, na década de 60, como ocorreu com alguns países membros do Conselho da Europa, como Inglaterra, Suécia, Dinamarca, Países Baixos, Alemanha, França e Itália (A).

Em estudo realizado pela Comissão "Brain", na Inglaterra, concluído em 1961, afirmou-se que o número total de farmacodependentes era bastante restrito. Atribuía-se, mesmo, o crescimento ligeiro verificado nas estatísticas do Ministério do Interior, após 1959, à melhoria dos métodos de detecção e de diagnóstico da farmacodependência, e não propriamente a um agravamento real da situação (3).

Por sua vez, nos Estados Unidos, um grupo de especialistas apontou para o aumento expressivo de usuários crônicos de heroína e de outros narcóticos entre os anos de 1969 e 1971 (10).

O quadro seguinte demonstra essa tendência:

TABELA N.º 1

ESTIMATIVA DE USUÁRIOS DE HEROÍNA E OUTROS NARCÓTICOS NOS ESTADOS UNIDOS, NO PERÍODO DE 1969 — 1971

Anos	Usuários	Variação %
1969	390.000	—
1970	580.000	48,7
1971	670.000	15,5

Para tentar combater o fenômeno do agravamento da farmacodependência, diversos países vêm estabelecendo controles legais, entre outras formas de controle social.

(A) Os anos em que surgiram foram respectivamente: 1963, 1965, 1968, 1969, 1970 e 1972.

Em conseqüência, legislações de vários países sofreram reformas. No período dos anos de 1964 a 1975, podemos citar, a título ilustrativo, entre outros: Inglaterra, Suécia, Noruega, Dinamarca, Islandia, França, República Federal da Alemanha, Austria, Luxemburgo, Bélgica e Itália (3).

Através de nossos levantamentos, observamos que os países latino-americanos não constituem exceção. Com efeito, tais alterações legislativas foram sentidas na Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Porto Rico, República Dominicana, apenas para citar alguns países.

Grande parte dessas alterações estabeleceram medidas legais restritivas, tendo por objetivo reduzir a disponibilidade de fármacos e dissuadir o maior número possível de pessoas do consumo desses produtos ou substâncias (3).

Em relação ao problema específico focalizado, seria importante conhecer o grau de eficácia da intimidação legal proibindo a posse, o uso ou o comércio de substâncias que determinam dependência física ou psíquica e previstas em lei, sobre o não-consumidor, sobre o consumidor, e sobre o traficante propriamente dito.

Com destaque para este título, cabe uma observação: diferentes motivações impulsionam usuários e traficantes.

Enquanto os primeiros podem estar mais envolvidos ou menos envolvidos com o uso, devido ao prazer gerado ou a necessidade satisfeita pelo fármaco, os últimos são motivados pelas altas margens de lucros decorrentes do próprio caráter proibitivo do fármaco. Surge, então, a questão de saber qual o efeito da repressão legal sobre motivações diferentes.

Relativamente aos fármacos controlados, medidas mais restritivas quanto a determinado tipo de fármacos poderiam, eventualmente, reduzir, temporaria e localizadamente, a venda ou a distribuição de alguma droga, sem, porém, reduzir o consumo global das substâncias causadoras de dependência (5).

Entre os estudiosos, levantaram-se críticas quanto à eficácia da restrição legal do abuso de fármacos.

No entanto, desconhecemos pesquisas conclusivas a respeito.

1 — Objeto da pesquisa

Constitui objeto da pesquisa:

- a) buscar as influências das alterações ou introdução de normas legais relacionadas a fármacos sobre o consumo de fármacos na cidade de São Paulo;
- b) conhecer a atitude comunitária na cidade de São Paulo, sobre o tratamento que a legislação deveria dispensar em relação ao problema de fármacos;
- c) conhecer a opinião de informantes qualificados sobre a influência das alterações legislativas referentes ao controle de fármacos, em países latino-americanos, sobre o consumo dessas substâncias, nos respectivos países.

O objetivo da pesquisa foi buscado mediante o confronto entre essas três categorias de dados e suas conclusões visando fazer conhecer a influência exercida pela lei, através da intimidação, sobre o consumo de fármacos.

2 — Coleta de dados

O princípio que norteou a coleta de dados foi a busca do maior número possível de fontes de dados na cidade de São Paulo, que pudessem fornecer elementos quanto ao comportamento da população envolvida com problema de fármacos, comparativamente antes e após a promulgação da Lei n.º 5.726, de 29 de outubro de 1971. A preocupação dessa fase concentrou-se na obtenção de dados quantitativos.

Ainda em relação à cidade de São Paulo, levou-se em conta a atitude comunitária com relação aos controles legais de fármacos, através da utilização de questionários.

Para o contexto mais amplo de países latino-americanos buscou-se obter dados qualitativos, por intermédio de observadores ou informantes qualificados de catorze países, que ocupam posições de responsabilidade em organismos que atuam na área de farmacodependências.

3 — Organização do relatório

Este relatório divide-se em quatro partes; correspondem, essas partes, a quatro níveis distintos de análise, a saber:

Primeira parte — Influência dos controles legais sobre o consumo de fármacos na cidade de São Paulo.

Segunda parte — Cidade de São Paulo: atitudes comunitárias sobre o tratamento que deve ser dispensado pela lei ao problema de fármacos.

Terceira parte — Países latino-americanos: opiniões de informantes qualificados sobre a influência dos controles legais sobre o consumo de fármacos.

Quarta parte — Conclusões Gerais.

II — MATERIAL E MÉTODO

Utilizamos nesta pesquisa as seguintes definições já adotadas pela Organização Mundial da Saúde:

Fármacos: "toda substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções" (8)

Foram considerados os fármacos, dos seguintes tipos: álcool, barbitúrico, anfetamina, "cannabis", cocaína, alucinógeno, "khat", opiáceo e solvente volátil.

Farmacodependência: "o estado psíquico e, às vezes, físico causado pela interação entre um organismo vivo e um fármaco" (8).

Neste trabalho, consideramos "**controle legal**": leis, regulamentos e/ou outras medidas emanadas de órgãos governamentais, visando limitar a disponibilidade de substâncias causadoras de dependência e sancionar os indivíduos consumidores de fármacos e/ou portadores indevidos de tais substâncias, além dos traficantes de fármacos.

A pesquisa foi desenvolvida em três níveis distintos, a saber:

A — O primeiro estudo constituiu na pesquisa a respeito da influência dos controles legais sobre o abuso de drogas na cidade de São Paulo.

Para tanto, fizemos um levantamento preliminar da legislação nacional pertinente ao problema de fármacos, tendo considerado como variável a Lei n.º 5.726, de 29 de outubro de 1971, que institui sanções penais mais severas também ao consumidor e ao mero portador indevido de fármacos. Em razão disso, tivemos em mente conhecer o comportamento da população num período de dez anos, sendo de cinco anteriores à referida lei.

Em decorrência, considerou-se a distinção entre fármacos ou drogas em sentido estrito (maconha, cocaína, heroína, morfina, anfetamina, psicotrópicos, tranquilizantes, alucinógenos e solvente volátil) e entre álcool, tendo em vista o menor controle legal deste último.

Como segundo passo, traçamos as diversas áreas principais em cujo campo de atuação encontraríamos, com probabilidade, entidades que pudessem fornecer dados estatísticos ou que pudessem constituir fontes para levantamento de dados para elaboração de nossos quadros demonstrativos. As diversas áreas foram as seguintes:

- a) policial
- b) de saúde
- c) de menores
- d) legislação
- e) entidades filantrópicas
- f) penal-penitenciária
- g) de fiscalização sanitária

... Ao estabelecer essas áreas distintas, buscamos cercar o problema sob manifestações diferentes:

- a) **polícia**, como fonte de dados sobre apreensões de fármacos;
- b) **saúde**, visando conhecer o comportamento da população envolvida com fármacos através de internações e acompanhamento;
- c) **menores**, com o objetivo de conhecer a tendência do problema nessa faixa;
- d) **legislação**, procurando obter dados de grupo especialmente designado para elaboração de nova lei sobre fármacos;
- e) **entidades filantrópicas**, como possível fonte de dados a nível de "toxicômanos anônimos";
- f) **penal-penitenciário**, visando conhecer as condenações ocorridas durante um lapso de tempo considerado;
- g) **fiscalização sanitária**, como fonte de dados referentes ao controle de receitas de profissionais médicos, de farmácia e laboratórios, relacionados a fármacos.

A coleta dos dados desenvolveu-se nessas áreas da seguinte forma:

a) **polícia**

Elegeu-se como fonte a Divisão de Entorpecentes, órgão especializado do Departamento de Investigações Criminais, subordinado à Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo.

Foram obtidos, mediante ofício, dados oficiais quanto à apreensão anual de fármacos no período compreendido entre 1.º de janeiro de 1971 e 12 de maio de 1976.

Não foi possível coletar dados sobre apreensões anteriores ao período mencionado. Ademais, devido à inexistência de controle legal específico, não encontramos registro de dados relativos a abuso de álcool.

b) **área de saúde**

Fizemos distinção preliminar entre hospitais públicos e hospitais particulares.

Quanto a hospitais públicos, escolhemos três entidades pertencentes à rede hospitalar da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo dentre àqueles indicados pela Coordenadoria de Saúde Mental. Essas entidades atuam na Capital do Estado de São Paulo e atendem grande número de pacientes. Designaremos, aqui, por Hospital I, Hospital II e Ambulatório I.

No tocante ao Hospital I, utilizamos dados secundários constantes de relatórios anuais, referentes à primeira admissão de doentes do sexo masculino, conforme o diagnóstico principal, discriminando entre fármacos em sentido estrito e entre álcool, para os anos de 1969, 1970, 1972, 1973 e 1975. Não tivemos acesso aos dados dos anos de 1971 e 1974.

Dados secundários referentes ao Hospital II tiveram origem também nos boletins anuais enviados ao DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão subordinado ao Ministério da Saúde. Esses boletins revelaram a quantidade de pessoas dos sexos masculino e feminino, atendidas pela primeira vez no ambulatório do hospital, cujo diagnóstico principal estivesse incluído sob a categoria de "psicoses exotóxicas", distinguindo "toxicomanias" de "alcoolismo", para o período de 1969 a 1975.

Por sua vez, o Ambulatório I possibilitou a coleta de dados secundários referentes a pacientes matriculados pela primeira vez, conforme o diagnóstico principal, anotando-se os casos de "toxicomania" e "alcoolismo".

Esses pacientes são constituídos por pessoas dos sexos masculino e feminino, sendo maiores e menores de idade, cujo atendimento se deu no período de 1972 a 1975.

Embora nos fosse facultado consultar os prontuários individuais dos pacientes atendidos nesses hospitais públicos deixamos de fazê-lo tendo em vista a quantidade considerável do total de prontuários existentes, cerca de 13.000 por ano. Com efeito,

o arquivamento dos prontuários é feito por ordem alfabética do nome dos pacientes atendidos por ano, inexistindo classificação separada por diagnóstico.

No que se refere aos hospitais particulares, escolhemos cinco dos maiores hospitais de renome localizados na cidade de São Paulo e regiões circunvizinhas à Capital.

Nomeamos, aqui, por Hospital III, Hospital IV, Hospital V, Hospital VI e Hospital VII.

Para os Hospitais III e V, coletamos dados secundários provenientes de boletins anuais elaborados pelos próprios hospitais e que são enviados ao DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde), para os períodos, respectivamente, de 1966 a 1975 e de 1965 a 1976 (até o mês de junho inclusive).

Sua elaboração baseia-se no diagnóstico principal dos casos atendidos, referentes a pacientes particulares ou internados em convênio com INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), conforme já se disse anteriormente.

O Hospital IV, por sua vez, forneceu-nos dados reunidos pelo próprio hospital segundo os diagnósticos de envolvimento com fármacos em sentido estrito ou com álcool, para os anos de 1969 até 1975 (*).

Diferentemente, no Hospital VI, tivemos acesso aos prontuários. Procedemos ao levantamento de dados no livro de registro de entrada de pacientes através de convênio com o INPS e com o Banco do Brasil, onde, em grande parte, constava o diagnóstico do caso, sendo que anotamos aqueles casos de farmacodependência em sentido estrito e os de alcoolismo, a partir do ano de 1968 até 1975.

Na falta do registro do diagnóstico no livro, consultamos diretamente os respectivos prontuários, num total aproximado de 520. Ademais, anotamos a idade dos pacientes à época da internação e a idade do contato inicial com a droga.

Procedemos, também, à consulta dos “boletins mensais por saída de pacientes (geral)”, referentes aos particulares e àqueles pacientes em convênio com IPASE e outros (excetuando-se os de convênio com o INPS e com o Banco do Brasil, já considerados no livro de entrada acima). Obtivemos dados mensais a partir de janeiro de 1975 até maio de 1976.

Quanto ao Hospital VII, embora de criação recente, interessou-nos conhecer seus dados, pelo fato de que se dedica especificamente ao tratamento de farmacodependentes. No entanto, obtivemos dados fornecidos diretamente pelo hospital, apenas para os anos de 1975 e 1976. Isto nos levou a concluir pela impossibilidade de utilizá-los como indicador da tendência do comportamento do problema entre seus pacientes. Não obtivemos dados quanto à totalidade de pacientes internados. Conhecemos, somente, os tipos de fármacos consumidos por aqueles pacientes, cujos dados nos foram fornecidos pelo hospital, sem que soubéssemos a porcentagem que o número de tais pacientes representam em relação ao total dos internados por ano.

Outra fonte de dados por nós escolhida, e que surgiu como tal possibilidade no decorrer do levantamento realizado em hospitais, constitui-se no DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental, (Ministério da Saúde). Através de ofício, solicitamos ao referido órgão que nos fornecesse o total geral de internações com diagnóstico de farmacodependência e de alcoolismo, na rede de hospitais públicos e particulares da cidade de São Paulo, além do total geral de internações por ano. Até o término da fase de coleta de dados, porém, não tivemos acesso a tal informação.

c) Menores

O conhecimento do problema de uso de fármacos por parte de menores de idade foi procurado junto à área policial e à área de tratamento.

No âmbito policial, foram levantados dados junto à Delegacia Especializada de Menores (DEM), órgão subordinado à Secretaria da Segurança Pública. Diante

(*) Não tivemos, assim, necessidade de consultar os boletins.

do fato de inexistirem naquela delegacia dados estatísticos referentes a menores apreendidos envolvidos com fármacos, resolvemos consultar as sindicâncias existentes, para delas coletar aqueles dados.

As referidas sindicâncias excluem os casos de menores apreendidos pelo Departamento de Investigações Criminais (Secretaria da Segurança Pública).

As sindicâncias levantadas em geral abrangem os casos de menores apreendidos por distritos policiais e pelo plantão permanente da DEM.

Consultamos todas as sindicâncias para os anos de 1967 até 1976 (julho, inclusive), totalizando o número de 8.983, e anotamos os casos que envolvessem fármacos ou álcool.

Na área de tratamento, obtivemos dados sobre uso de álcool e de fármacos por parte de menores de idade, junto ao Ambulatório I, já mencionado na área de saúde.

d) Legislação

Tendo em vista a existência do Grupo de Trabalho Encarregado da Revisão da Legislação de Entorpecentes, remetemos ofício ao referido Grupo visando obter dados, que fossem de seu conhecimento, sobre a incidência de casos de drogas para os últimos dez anos. Ocorre que até o término da fase de coleta de dados não tivemos acesso a tal informação.

e) Entidades filantrópicas

Pelos levantamentos que efetuamos, encontramos duas entidades que supúnhamos pudessem valer como fontes de dados: o Exército da Salvação e a Associação dos Toxicomanos Anônimos. Entretanto, após contatos realizados, soubemos da impossibilidade de utilizá-los como fontes, diante do fato de que o primeiro não atua diretamente no campo de farmacodependentes em São Paulo e o segundo não mantém registro qualquer de dados que nos pudessem ser fornecidos.

f) penal-penitenciário

Tendo em vista a publicação dos Anuários Estatísticos para o Brasil, do IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, procurou-se conhecer a existência de dados estatísticos referentes a condenações por envolvimento com fármacos.

Foram, assim, obtidos dados sobre pessoas condenadas por tráfico e uso de drogas e do total de condenados em geral, existentes em estabelecimentos prisionais da cidade de São Paulo, referentes ao período entre 1965 e 1973, à exceção do ano de 1970.

g) de fiscalização sanitária

Estabelecemos outra fonte possível de dados, um órgão da Secretaria da Saúde, denominada Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional, visando obter dados estatísticos referentes ao controle do comércio lícito de fármacos. No entanto, até o término da fase de coleta de dados, não tivemos acesso a quaisquer informações.

B — O segundo estudo constituiu na investigação, visando conhecer a atitude comunitária, na cidade de São Paulo, sobre o tratamento que deve ser dispensado pela lei ao problema de fármacos.

Os dados utilizados foram levantados por meio de entrevistas, aplicando-se questionários, conforme descrito na pesquisa "Atitudes Comunitárias e Farmacodependência" elaborado também pelo IMESC — Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.

C — O terceiro estudo constituiu no levantamento da opinião de informantes qualificados de diversos países latino-americanos, quanto à influência dos respectivos controles legais sobre o abuso de fármacos, naqueles países.

Para tanto, foram enviados ofícios, contendo questionários, a representantes de entidades oficiais que lidam, sob algum aspecto, do problema de drogas, totalizando 13 (treze) países, a saber:

- 1) **Argentina** — Ministério de Bem-Estar Social, CENARESO, Centro Nacional de Reeducação Social, Dr. Horácio Rolando Cattani;
- 2) **Bolívia** — Ministério do Interior, Dirección Nacional de Control de Substancias Peligrosas, Dr. Nils Noya Tapia;
- 3) **Chile** — Universidad de Chile, Prof. Dr. Marco Antonio Gonzales Berendique;
- 4) **Colombia** — Clínica de Toxicologia Guillermo Uribe Cualla, Prof. Dr. Guillermo Uribe Cualla;
- Colombia** — Ministério de Justiça, Consejo Nacional de Estupefacientes, Dr. Jorge Restrepo Fontalvo;
- 5) **Costa Rica** — Ministério de Salud, Departamento Controles y Registros, Dr.^a Virgina R. de Barquero;
- 6) **Ecuador** — Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatria, Dr. Wilson Cueva;
- 7) **Nicaragua** — Ministério de Educación, Directoria General de Educación Media, Lic. Edmundo Dias Rios;
- 8) **Panamá** — Universidad de Panamá, Instituto de Criminologia, Dr.^a Marcela de Villalobos;
- 9) **Peru** — Facultad de Medicina de la Universidad Cayetano Herédia, Prof. Dr. Baltazar Caravedo Carranza;
- 10) **Porto Rico** — Departamento de Servicios Contra la Adicción, Lic. Rafael Santos del Valle;
- 11) **República Dominicana** — Comisión Especial para la Prevención de la Drogadicción, Dr. Emilio Guillén Matarranz.
- 12) **Uruguai** — Ministério de Salud Pública, Dr.^a Ofelia Bachini, R.
- 13) **Venezuela** — Comisión contra el Uso Indebido de Drogas, Dr.^a Elba Torres Graterol.

A escolha desses representantes de entidades oficiais foi feita em função do conhecimento pessoal da Coordenação da equipe desta pesquisa, tendo-se em vista que integraram a delegação oficial de cada país, participando conjuntamente do II Seminário Latino-Americano de Programas de Investigación em Farmacodependência, realizado no México (Cuernavaca, Morelos), em julho/agosto de 1975.

Obtivemos respostas de 7 (sete) países, a saber: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá, Porto Rico e República Dominicana.

Ofícios, com finalidade semelhante, foram também enviados a outros representantes da Argentina, Bolívia, Chile, Colombia, Peru e Uruguai, sendo que obtivemos resposta da Bolívia, por parte do Ministério do Interior, Dirección Nacional de Control de Substancias Peligrosas, Cel. Ovídio Aparicio Coca.

Dessa forma, até o momento tivemos acesso a informação referente a oito países: Argentina, Bolívia, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá, Porto Rico e República Dominicana.

Os questionários remetidos procuraram obter informação sobre os seguintes aspectos relacionados ao abuso de fármacos, de cada país:

- a) legislação pertinente à matéria;
- b) alteração — aumento ou diminuição — do abuso de fármacos;
- c) indicação dos fármacos que sofreram maiores variações;
- d) eficácia das normas restritivas ao abuso de fármacos;
- e) alterações no abuso de fármacos decorrentes de medidas restritivas dirigidas a outros grupos de fármacos;

f) qual o instrumento de controle administrativo ou legal que teria exercido influência.

Dos resultados obtidos desse levantamento, foram elaboradas conclusões parciais, tendo-se em vista o fato de que opiniões de outros representantes oficiais estão em vias de recebimento, o que ampliará mais a informação disponível para apresentação das conclusões finais.

PRIMEIRA PARTE

INFLUÊNCIA DOS CONTROLES LEGAIS SOBRE O CONSUMO DE FÁRMACOS NA CIDADE DE SÃO PAULO

INDUSTRIA FARMACIA

INFLUENCIA DO CONTROLE LEGAL SOBRE O CONSUMO
DE FARMACOS NA CIDADE DE SAO PAULO

A análise das tendências do uso indevido de drogas e suas conseqüências para os programas internacionais, relacionados com a prevenção e a redução desse abuso, constituíram um dos aspectos abordados durante o seminário realizado pelas Nações Unidas, em Genebra, setembro de 1975, sob os auspícios do FNUFUID (Fundo das Nações Unidas para Fiscalização do Uso Indevido de Drogas) (6).

Apontou-se, nessa ocasião, para as dificuldades de responder-se, entre outras, às questões de como deter as novas manifestações de uso indevido de drogas, de reconhecê-las a tempo e de obter informação oportuna a respeito.

Outro aspecto que mereceu estudo por parte dos participantes foi o das legislações nacionais a respeito das drogas. Lembra-se então que a legislação internacional sobre estupefacientes referia-se à fiscalização das drogas, porém não à fiscalização do uso indevido propriamente dito. Alguns tipos de drogas, por serem consideradas geralmente nocivas para a humanidade, tiveram seu cultivo, fabricação, comércio e distribuição submetidos a fiscalização internacional.

Os tratados internacionais, porém, não impõem pautas de conduta e os governos nacionais têm plena liberdade para ir além do estabelecido naqueles. Merece ser citado o artigo 23, do texto da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, de que o Brasil fora signatário, sendo que o texto da convenção já integra a legislação nacional, através do Decreto Legislativo n.º 90, de 5 de dezembro de 1972. O teor daquele preceito reza o seguinte:

“Uma parte poderá adotar medidas de controle mais estritas ou mais severas do que as previstas na presente Convenção se, em sua opinião, tais medidas forem convenientes ou necessárias à proteção da saúde e bem-estar públicos”.

Os participantes do Seminário das Nações Unidas citaram como exemplo de ação nacional o caso de muitos governos que sancionam a posse não autorizada de drogas para o consumo pessoal, inclusive o seu consumo não autorizado com a mesma severidade que os delitos de tráfico ilícito, ainda que nos próprios tratados nunca se exigisse coisa semelhante. Observou-se que, paralelamente, existe tendência à descriminalização de certas atividades relacionadas com as drogas.

Realizada anteriormente, em novembro de 1974, a II Conferência de Diretores de Institutos de Pesquisas Criminológicas, promovida pelo Conselho da Europa, havia concluído com insistência, entre outras, pela necessidade de encorajar pesquisas relacionadas aos efeitos da legislação sobre a evolução do fenômeno da droga e as conseqüências sociais dessa evolução (5).

Por sua vez, o Comitê de Especialização da O.M.S. em Farmacodependência apresentou, sucintamente, os objetivos do controle legal, geralmente adotados em relação aos fármacos, a saber:

- a) Limitar a disponibilidade de drogas causadoras de dependência;
- b) autorizar ou fomentar a organização de meios e serviços de tratamento, de correção e de repressão;
- c) estabelecer o tratamento obrigatório das pessoas que tomam drogas causadoras de dependência de modo destrutivo ou ilícito;

- d) punir as pessoas pelo uso de drogas ou por atos estreitamente relacionados com este uso (por exemplo a posse de drogas ou sua venda, em quantidades inclusive pequenas);
- e) sancionar ou submeter a isolamento os indivíduos que se dedicam ao tráfico de drogas;
- f) dissuadir outro consumo ou tráfico destes produtos”.

Os controles legais, no entanto, podem visar a imposição de restrições parciais ou a fazer desaparecer inteiramente a droga incriminada. No entanto, as pressões que se exercem em favor da adoção de uma nova legislação são complexas; para acalmar a emoção pública, ocorre, por exemplo, que se tomam medidas mais clementes ou mais rigorosas do que conviria (5).

O método experimental na saúde pública poderia ter ótima oportunidade de aplicação com a modificação dos textos em vigor (5).

Seria ingênuo, porém, crer que o legislador atue em conformidade constante com imperativos científicos (5).

As normas penais restritivas do uso indevido de fármacos e de sua disponibilidade abrangem as várias finalidades atribuídas, modernamente, às normas penais em geral, a saber, prevenção, repressão e tratamento, sendo esta última objeto da pena.

O aspecto preventivo das normas penais envolve a representação antecipada de conseqüências que a eventual transgressão a essas normas poderá acarretar ao agente. Seria, assim, uma projeção de causa-efeito, em que a constatação, por exemplo, do uso indevido ou a mera posse do fármaco controlado seria a causa, e a punição do agente, o respectivo efeito. Dita representação antecipada corresponde à tentativa de intimidação, pretendida pela Lei, visando evitar a realização do ato por ela condenado.

A intimidação constitui o efeito preventivo que a pena real ou potencial de transgressores exerce sobre transgressores potenciais. (Ball, 1956) (1).

A intimidação, porém, nem sempre se revela eficaz na prática.

Observou-se, em levantamento, que o efeito intimidativo geral pode ser diferente para diferentes espécies de transgressão e transgressores (*) (2).

Por outro lado, a ausência de restrição legal quanto ao uso de alguns fármacos — como álcool — e a conseqüente inexistência de intimidação legal, poderia oferecer abertura cada vez mais ampla para o uso excessivo de fármacos não controlados pela lei, diante da maior repressão para detecção dos fármacos controlados.

No Brasil, novo texto legislativo relativo ao controle de fármacos foi promulgado em fins de 1971. Trata-se da Lei n.º 5726, de 29 de outubro de 1971, que entrou em vigor a partir de 1.º de dezembro do mesmo ano. Dispõe ela sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica, além de outras providências. Seu caráter repressivo está evidenciado pelo estabelecimento de pena, mínima e máxima, igual para traficante e para o usuário de droga.

A Lei n.º 5726, denominada corriqueiramente de “Lei Anti-Tóxico”, deu redação ao artigo 281 e parágrafos do Código Penal, que tipificam o “comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes”. As penas cominadas variam desde pena de detenção de um a cinco anos, para o caso de prescrição indevida de entorpecentes ou equiparados; reclusão de um a seis anos, para o induzimento ao uso ou outra forma qualquer de incentivo ou difusão do uso, e utilização de

(*) Segundo Van-Veen e Andenaes, citados por Buikhuisen W., “General Deterrence — Research and Theory”, Criminological Institute, Groningen University, The Netherlands, 1972.

local para guarda ilegal dessas substâncias, até a pena de reclusão de dois a seis anos, para o bando ou quadrilha que cometer alguma das modalidades de crime relacionado ao comércio clandestino ou à facilitação de uso de entorpecentes. As demais formas relacionadas à circulação ilegal dessas substâncias, compreendendo-se entre elas o simples porte para uso próprio, enquadram-se sob a pena de reclusão de um a seis anos. As penas privativas de liberdade somam-se as de multa tendo como base de cálculo o maior salário mínimo vigente no país. A pena é aumentada de um terço se o fato envolver pessoa menor de 21 anos ou quem tenha diminuída sua capacidade de discernimento. Sanção semelhante é prevista quando o fato ocorrer na proximidade de local de reunião pública, consoante específica" (3).

A referida lei constitui ponto de referência para estudo de suas influências sobre o uso indevido de fármacos, havendo sido considerada variável dependente para a pesquisa.

A lei estabeleceu procedimento judicial específico para as figuras delituosas que prevê, visando maior celeridade. Entretanto, não distingue em relação às penas, mínima e máxima, quanto às figuras de usuário e de traficante.

Com relação às medidas de recuperação dos farmacodependentes, contidas na Lei "Anti-Tóxico", merecem menção a "internação em estabelecimento hospitalar, quando o agente for absolvido em processo judiciário por entender-se que, em razão do vício, não possuía a capacidade de entender a ilicitude do fato ou determinar-se de acordo e faculta atenuação da pena ou sua substituição por internação para tratamento, quando se considerar bastante diminuída essa capacidade. No caso de pessoa maior de 18 anos e menor de 21 anos, considera obrigatória a substituição da pena pela internação hospitalar e, quando menor de 18 anos, o infrator viciado poderá ser internado para tratamento pelo tempo necessário à recuperação" (3).

Por sua vez, a legislação sanitária, baixada antes e após a Lei n.º 5726, regula quais as drogas sujeitas a controle.

Em relação ao álcool, embora seja considerado também um tipo de fármaco, o Código Penal não prevê sanção para seu uso, nem objetiva sua disponibilidade. A única restrição de caráter penal existente quanto ao fornecimento de bebida alcoólica encontra-se na Lei das Contravenções Penais, Decreto-Lei n.º 3688, de 3 de outubro de 1941, sob o artigo 63. Esse preceito proíbe que se sirva bebida alcoólica: a menor de dezoito anos, a quem se acha em estado de embriaguez, a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais e a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de freqüentar lugares onde se consome bebida de tal natureza, cominando-se ao contraventor a pena de prisão simples de dois meses a um ano ou multa.

Analisando a Tabela n.º 2 observamos um grande aumento na apreensão de maconha do ano de 1974 para 1975, atingindo 60,370 Kg, obtendo-se uma variação porcentual para mais de 274,9%.

É assustador, porém, o fato de que em 1976, enquanto os dados se referiam a quatro meses e meio, o índice de apreensão já ultrapassou, e em muito, o ano anterior, atingindo 233,618 Kg de maconha.

A partir de 1972 até 1974 houve uma tendência decrescente nos casos de quantidade de fármacos apreendidos pela Divisão de Investigações sobre Entorpecentes.

O problema de cocaína ainda não atingiu proporções tão elevadas quanto a maconha, porém, pudemos observar, do mesmo modo, uma tendência para agravamento da situação. Da mesma forma, os dados do ano de 1976, apesar de se referirem a período parcial, quatro meses e meio, já ultrapassaram os dados de apreensões do ano, inteiro, de 1975.

Pudemos verificar, também, a tendência de agravamento do problema no decorrer dos anos, a partir de 1973.

TABELA N.º 2

QUANTIDADE DE FÁRMACOS APREENDIDOS POR ANO PELA DIVISÃO DE INVESTIGAÇÕES SOBRE ENTORPECENTES, CONFORME A SUA NATUREZA

ANO	MACONHA		COCAÍNA		PSICOTRÓPICOS			
	(Kg)	Variação Porcentual	(Kg)	Variação Porcentual	AMPOLA		COMPRESSO	
					Unidade	Variação Porcentual	Unidade	Variação Porcentual
1971	166,065	—	—	—	2.062	—	1.708	—
1972	90,886	— 45,3	4,852	—	4.969	+ 140,4	5.746	+ 236,4
1973	70,192	— 22,8	0,576	— 88,2	1.742	64,9	237	— 95,9
1974	16,102	— 77,1	1,811	+ 214,4	7.465	+ 327,9	840	+ 96,4
1975	60,370	+ 274,9	3,155	+ 74,2	4.388	— 41,1	23.028	+ 2.641,4
1976 *	233.618	+ 286,9	3,390	+ 7,4	3.975	— 9,5	1.296	— 94,4

* até 12-05-76

Quanto aos Psicotrópicos, houve um aumento brusco na apreensão de ampolas de 1973 a 1974, atingindo a variação percentual para mais de 327,9%, passando a ser para menos em 1975 e 1976. No entanto, neste último ano, provavelmente, teremos cifra superior a 1975, pois, até a presente data já atingiu quase a quantidade do ano anterior.

Em relação à apreensão de psicotrópicos em forma de comprimidos verificamos um brusco aumento de 1974 a 1975, atingindo 23.028 comprimidos, com variação percentual para mais de 2.641,4%, registrando-se variação acentuada de 1975 a 1976, sendo para menos de 94,4%. Houve, também, variação percentual para mais de 236,4% em 1972.

Observamos nessa Tabela n.º 4 que o maior número de casos de abuso de fármacos "stricto sensu" é registrado em 1968, com 26 casos, e o menor em 1973, com um caso. Entre esses anos, porém, nota-se oscilação de ano para ano. A variação positiva mais intensa encontra-se no ano de 1971 (250%), seguida pelo ano de 1975 (200%), em comparação com a variação para álcool e atendimento geral, que indicam aumento de apenas 30,6% e 20,6%, respectivamente, em 1971, e 28% e 5,4% em 1975. Entretanto, a tendência crescente reiniciada em 1971 prossegue em 1972, com elevação em 57,1%, quando, por sua vez, o álcool revela redução de 17,8% e o atendimento geral, redução de 6%.

É interessante notar na coluna de atendimentos gerais a diminuição dos números absolutos a partir de 1967, sendo mais notável nos anos de 1970 e 1973, ocasião em que ocorre variação percentual para menos, respectivamente, de 38% e 50,7%. Nesses mesmos anos, verifica-se fenômeno semelhante na coluna de fármacos "stricto sensu", sendo de 88,9% e de 81,8%, e na coluna de álcool, com variação percentual para menos de 42,6% e 65,6%, respectivamente.

Comparando-se fármacos "stricto sensu" com álcool, evidenciam-se quatro anos, nos primeiros, onde se registra variação percentual para mais, a saber: 1968 (13%), 1971 (250%), 1972 (57,1%) e 1975 (200%). Para álcool, apenas dois anos a revelam: 1971 (30,6%) e 1975 (28%).

Na Tabela n.º 5, comparando-se a média de casos de atendimento geral registrados no período anterior à lei (1966 a 1971) com a média dos casos de atendimento geral no período posterior à emanação da lei (1972, 1973, 1974 e 1975), nota-se uma variação percentual para menos de 14,8%. O mesmo cálculo referente a casos de fármacos "stricto sensu" resulta numa variação percentual para mais de 53%, enquanto que para o álcool, numa variação percentual para mais de 37%.

Comparando-se a média dos casos de atendimento geral registrados no período anterior à lei (1969, 1970 e 1971) com a média dos casos de atendimento geral no período posterior à emanação da lei (1972, 1973, 1974 e 1975) nota-se uma variação percentual para mais de 75%.

O mesmo cálculo, referente a casos de fármacos "stricto sensu", resulta numa variação percentual para mais de 295% e da mesma forma verifica-se, para os casos de álcool, uma variação percentual para mais de 104%.

Interessante observar que nas variações percentuais de ano para ano, referente aos casos fármacos "stricto sensu", registrou-se a mais intensa variação percentual para mais (283,3%) de todo o período estudado.

Tomando-se como base o ano de 1971, quando a lei iniciou sua vigência, verificamos na Tabela n.º 7 que em 1971 o número absoluto de fármacos "stricto sensu" foi de 40, havendo uma porcentagem de variação para mais de 42,86%, em relação ao ano anterior e de 12,50% para mais no ano seguinte. Pudemos observar uma tendência decrescente a partir de 1973 até 1976 para o atendimento de pacientes com diagnóstico de abuso de fármaco "stricto sensu". Até 1971, inclusive, nota-se uma tendência crescente.

Quanto ao abuso de álcool, neste mesmo hospital, as internações aumentaram em número absoluto, de 64 a 83 para o ano de 1972, tendo uma variação percentual para mais de 29,69%. Nos anos seguintes, houve tendência decrescente na variação percentual até 1976.

TABELA N.º 3

INTERNAÇÕES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ALCOOL, EM CONFRONTO COM O TOTAL DE INTERNAÇÕES, NO HOSPITAL I (PÚBLICO) NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1969 A 1975 (*)

ANO	TOTAL DE INTERNAÇÕES		FÁRMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Varição %	N.º Absoluto	Varição %	N.º Absoluto	Varição %
1969	2.699	—	5	—	1.487	—
1970	2.189	— 19	14	+ 180	1.186	— 21
1971 **	—	—	—	—	—	—
1972	3.221	+ 47	7	— 50	1.695	+ 42
1973	2.946	— 9	19	+ 171	1.498	— 12
1974 **	—	—	—	—	—	—
1975	3.357	+ 13	31	+ 63	1.870	+ 24

Varição percentual para o período 1969/1975

+ 24

+ 520

+ 25

* Primeira admissão no hospital, conforme diagnóstico, de pessoas de sexo masculino

** Dados não existem na fonte

Trabalho realizado pelo IMESC

TABELA N.º 4

CASOS AMBULATORIAIS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FARMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ALCOOL, EM CONFRONTO COM O TOTAL DE ATENDIMENTOS PARA AMBOS OS SEXOS, NO HOSPITAL II (PÚBLICO), NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1967 A 1975

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FARMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual
1967	5.820	—	23	—	831	—
1968	4.659	— 20,0	26	+ 13,0	584	— 29,7
1969	4.609	— 1,1	18	— 30,8	472	— 19,2
1970	2.856	— 38,0	2	— 88,9	271	— 42,6
1971	3.445	+ 20,6	7	+ 250,0	354	+ 30,6
1972	3.238	— 6,0	11	+ 57,1	291	— 17,8
1973	1.596	— 50,7	2	— 81,8	100	— 65,6
1974	1.604	+ 0,5	1	— 50,0	75	— 25,0
1975	1.691	+ 5,4	3	+ 200,0	96	+ 28,0

TABELA N.º 5

INTERNAÇÕES DE PACIENTES, COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ALCOOL, NO HOSPITAL III (PARTICULAR), EM CONFRONTO COM O NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES, NA CIDADE DE SÃO PAULO (1966 A 1975)

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FÁRMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual
1966	665	—	1	—	203	—
1967	902	+ 36,39	4	+ 300	331	+ 63,05
1968	1.264	+ 39,36	10	+ 150	401	+ 21,15
1969	1.092	— 13,61	14	+ 40	359	— 19,47
1970	1.015	— 7,05	7	— 50	351	— 2,28
1971	1.057	+ 4,14	7	0	401	+ 14,25
1972	1.058	+ 0,09	15	+ 114,29	429	+ 6,98
1973	1.119	+ 5,77	6	— 60	387	— 9,79
1974	1.216	+ 8,67	6	0	475	+ 22,74
1975	1.297	+ 6,66	16	+ 166,66	482	+ 1,47

TABELA N.º 6

INTERNAÇÕES DE PACIENTES, COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E POR ABUSO DE ALCOOL NO HOSPITAL IV (PARTICULAR), EM CONFRONTO COM O NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES, NA CIDADE DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 1969 A 1975

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FÁRMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Varição Percentual	N.º Absoluto	Varição Percentual	N.º Absoluto	Varição Percentual
1969	973	—	8	—	233	—
1970	1.111	+ 14,18	6	- 25,00	263	+ 12,88
1971	1.438	+ 29,43	6	0	255	- 3,04
1972	1.964	+ 36,58	23	+ 383,33	345	+ 35,29
1973	2.065	+ 5,14	25	+ 8,70	559	+ 62,03
1974	2.013	- 2,52	25	0	449	- 19,68
1975	2.445	+ 21,46	32	+ 28,00	823	+ 83,30

TABELA N.º 7

INTERNAÇÕES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FARMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ALCOOL NO HOSPITAL V (PARTICULAR) EM CONFRONTO COM O NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES, NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1965 A 1976 (*)

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FARMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Variação %	N.º Absoluto	Variação %	N.º Absoluto	Variação %
1965	392	—	23	—	74	—
1966	438	+ 11,73	11	— 52,17	86	+ 16,22
1967	465	+ 6,16	24	+ 118,18	66	— 23,26
1968	430	— 1,83	18	— 25	44	— 33,33
1969	438	+ 1,86	19	+ 5,56	67	+ 52,27
1970	458	+ 4,57	28	+ 47,37	56	— 16,42
1971	463	+ 1,09	40	+ 42,86	64	+ 14,29
1972	514	+ 11,02	45	+ 12,50	83	+ 29,69
1973	526	+ 2,33	46	+ 2,22	62	— 25,30
1974	476	— 9,51	28	— 39,13	59	+ 4,84
1975	513	+ 7,77	23	— 17,86	64	+ 8,47
1976	298	— 42,30	19	— 17,39	36	— 43,75

(*) Até junho inclusive

De 1970 a 1971 verificou-se uma variação percentual para mais de 14,29%.

Na Tabela n.º 8, observa-se oscilação considerável na incidência de fármacos "stricto sensu". Embora a variação percentual para mais tivesse ocorrido no período 1970-1971, de forma mais intensa para fármacos, correspondendo a 242,9%. O número absoluto mais elevado foi registrado no ano de 1972, onde se notam 30 casos. Verifica-se, ademais, variação percentual para mais em 1969 (67,0%), seguida de variação percentual para menos em 1970 (-58,8%), novamente para mais em 1971 (242,9%) e em 1972 (25,0%), para menos em 1973 (-33,4%) e em 1974, (-15,0%) e, finalmente, para mais em 1975, (58,8%).

Em relação ao álcool, a mais intensa variação percentual para mais ocorreu no ano de 1969, (109,6%), embora o maior número de casos fosse registrado em 1972, com 357 casos. Apesar de haver oscilação de ano para ano, a variação percentual registrada em cada ano não é tão intensa quanto aquela para os casos de fármacos.

Quanto à coluna de "Atendimento Geral", nota-se a mais intensa variação percentual para mais no ano de 1969, com 126,8%.

O número maior de casos de atendimento geral registra-se em 1971, com 730 casos. Coincidentemente, é o ano de 1972 que registra também maior número de casos de fármacos.

Importa destacar que naqueles anos em que se observa nos fármacos "stricto sensu" variação percentual para menos (1970, 1973 e 1974), nota-se também variação percentual para menos na coluna de atendimento geral do hospital.

Por outro lado, observam-se tendências divergentes na variação percentual dos casos nos anos de 1970 e 1971. Respectivamente, para os fármacos "stricto sensu", observa-se variação percentual para menos de 58,8% e na coluna de álcool, para mais de 10,5%, e para os fármacos variação percentual para mais de 242,9% e para o álcool, para menos, de 2,3%. Nos demais anos, embora se note coincidência na tendência da variação percentual para mais ou para menos, ocorre variação mais acentuada na coluna de fármacos "stricto sensu", à exceção dos anos de 1969 e 1972, embora este último reflita a continuação da tendência de crescimento na variação de fármacos em sentido estrito iniciado no ano anterior (1971).

Por final, interessa observar que comparando os dados para os anos extremos 1968 e 1975, verifica-se que houve variação percentual para mais de 145% na coluna de atendimento geral, e de 149%, na coluna de álcool, enquanto que a coluna de fármacos "stricto sensu" revelou variação percentual bem maior, de 200%.

Observando-se a Tabela n.º 9, nota-se que as desinternações de pacientes com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu" atingiram, em dezembro de 1975, número absoluto maior em relação aos demais meses, quando a variação percentual atingiu 125% para mais. No entanto, em junho do mesmo ano apresentou a mais elevada variação percentual para mais de 150%.

Não houve variação de fevereiro a abril de 1975 no número absoluto de desinternações, nem de julho para agosto. Em janeiro de 1976, verifica-se uma variação percentual para menos de 33,34%, decrescendo nos meses subsequentes até março, quando a variação percentual atingiu 40% para menos. Após abril, nota-se aumento no número absoluto de desinternações.

Quanto a pacientes com diagnóstico de abuso de álcool, as desinternações ocorreram em maior número no mês de abril de 1975, atingindo variação percentual de 166,66%, para mais. Observa-se, também, variação percentual para mais nos meses de fevereiro, junho, julho, outubro e novembro.

No ano de 1976, observa-se tendência decrescente até o mês de abril, aumentando-se novamente em maio.

Merece destaque um fato curioso: na passagem do ano de 1975 a 1976 — as desinternações de pacientes com problema de fármacos "stricto sensu" tiveram variação percentual para menos de 33,34%, enquanto que pacientes com problema de álcool na mesma época, tiveram variação percentual para mais de 66,66%.

A construção destas tabelas visou estabelecer um quadro comparativo entre a variação na incidência dos casos de fármacos (sentido estrito) e de álcool, para os pacientes maiores e menores.

TABELA N.º 8

INTERNAÇÕES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FARMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ALCOOL, EM CONFRONTO COM O TOTAL DE INTERNAÇÕES, NO HOSPITAL VI (PARTICULAR), NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1968 A 1975 (*)

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FARMACOS "STRICTO SENSU"		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Variação %	N.º Absoluto	Variação %	N.º Absoluto	Variação %
1968	269	—	9	—	114	—
1969	610	+ 126,8	17	+ 67,0	239	+ 109,6
1970	564	— 7,5	7	— 58,8	264	+ 10,5
1971	673	+ 19,3	24	+ 242,9	258	— 2,3
1972	730	+ 8,5	30	+ 25,0	357	+ 38,4
1973	611	— 16,3	20	— 33,4	302	— 15,4
1974	608	— 0,5	17	— 15,0	271	— 10,3
1975	660	+ 8,6	28	+ 64,7	284	+ 4,8

(*) Convênio com INPS e Banco do Brasil

TABELA N.º 9

DESINTERNAÇÕES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ALCOOL, EM CONFRONTO COM O TOTAL GERAL DE DESINTERNAÇÕES, POR MESES, NO HOSPITAL IV (PARTICULAR), NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO DECURSO DOS ANOS 1975 E 1976

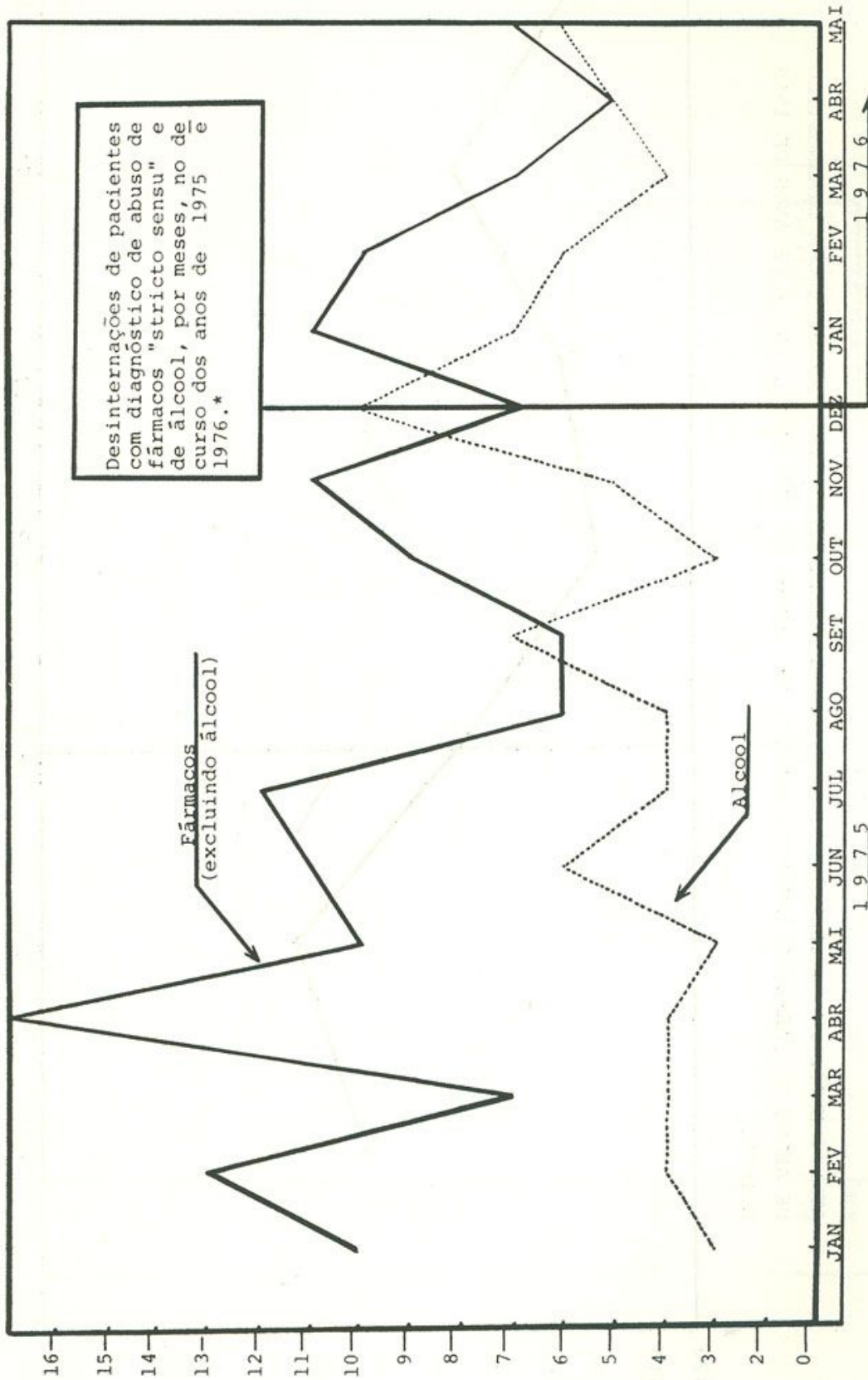
PERÍODO		DESINTERNAÇÕES GERAIS			FÁRMACOS "STRICTO SENSU"			ALCOOL		
Ano	Mês	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual	N.º Absoluto	Varição Porcentual	
1975	Jan.	31	—	2	—	9	—	9	—	
	Fev.	41	+ 32,26	3	+ 50	12	+ 33,33	12	+ 33,33	
	Mar.	29	- 29,27	3	0	6	- 50	6	- 50	
	Abr.	56	+ 93,10	3	0	16	+ 166,66	16	+ 166,66	
	Mai.	34	- 39,29	2	+ 33,34	9	- 43,75	9	- 43,75	
	Jun.	31	- 8,82	5	+ 150	10	+ 11,11	10	+ 11,11	
	Jul.	46	+ 48,39	3	- 40	11	+ 10	11	+ 10	
	Ago.	29	- 36,96	3	0	5	- 54,55	5	- 54,55	
	Set.	31	+ 6,90	6	+ 100	5	0	5	0	
	Out.	40	+ 32,26	2	- 66,67	8	+ 60	8	+ 60	
	Nov.	33	- 17,50	4	+ 100	10	+ 25	10	+ 25	
	Dez.	39	+ 18,18	9	+ 125	6	- 40	6	- 40	
1976	Jan.	32	- 17,95	6	- 33,34	10	+ 66,66	10	+ 66,66	
	Fev.	32	0	5	- 16,67	9	- 10	9	- 10	
	Mar.	33	+ 3,12	3	- 40	6	- 33,34	6	- 33,34	
	Abr.	34	+ 3,03	4	+ 33,33	4	- 33,34	4	- 33,34	
	Mai.	33	- 2,94	5	+ 50	6	+ 50	6	+ 50	

TABELA N.º 10

ATENDIMENTOS DE PACIENTES, EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PARTICULARES, COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FARMACOS "STRICTO SENSU" NA CIDADE DE SÃO PAULO, EM CONFRONTO COM O ATENDIMENTO GERAL, ENTRE OS ANOS DE 1969 E 1975

ANO	ATENDIMENTO GERAL		FARMACOS		ALCOOL	
	N.º Absoluto	Varição Percentual	N.º Absoluto	Varição Percentual	N.º Absoluto	Varição Percentual
1969	2.772	—	58	—	898	—
1970	3.148	+ 13,5	48	- 17,3	934	+ 4,0
1971	3.631	+ 15,3	77	+ 60,4	978	+ 4,7
1972	4.266	+ 17,4	113	+ 46,7	1.214	+ 24,1
1973	4.321	+ 1,2	97	- 14,2	1.310	+ 7,9
1974	4.313	- 0,2	76	- 21,7	1.254	- 4,3
1975	2.029	- 53,0	99	+ 30,3	1.653	+ 31,8

GRÁFICO Nº I

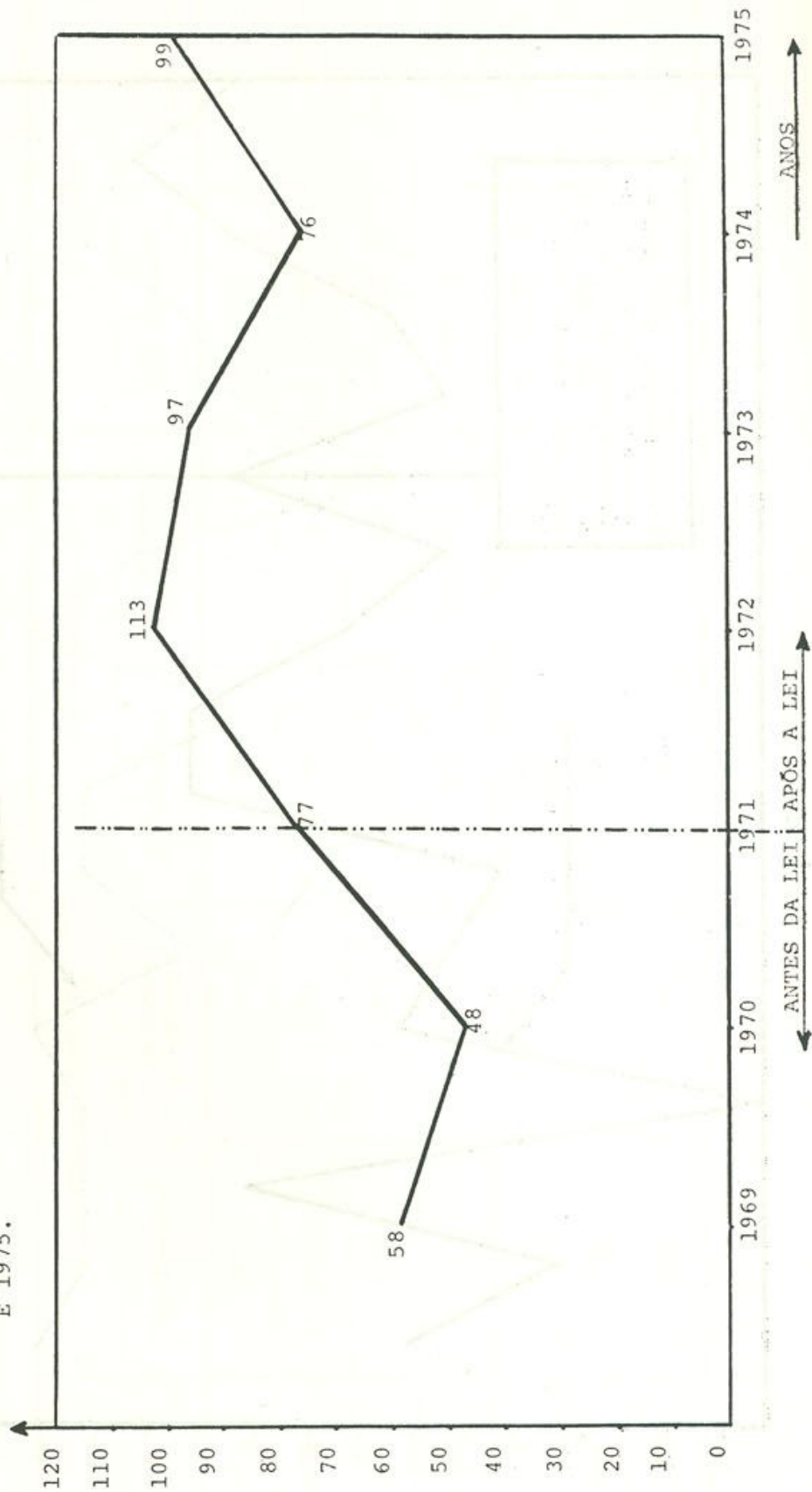


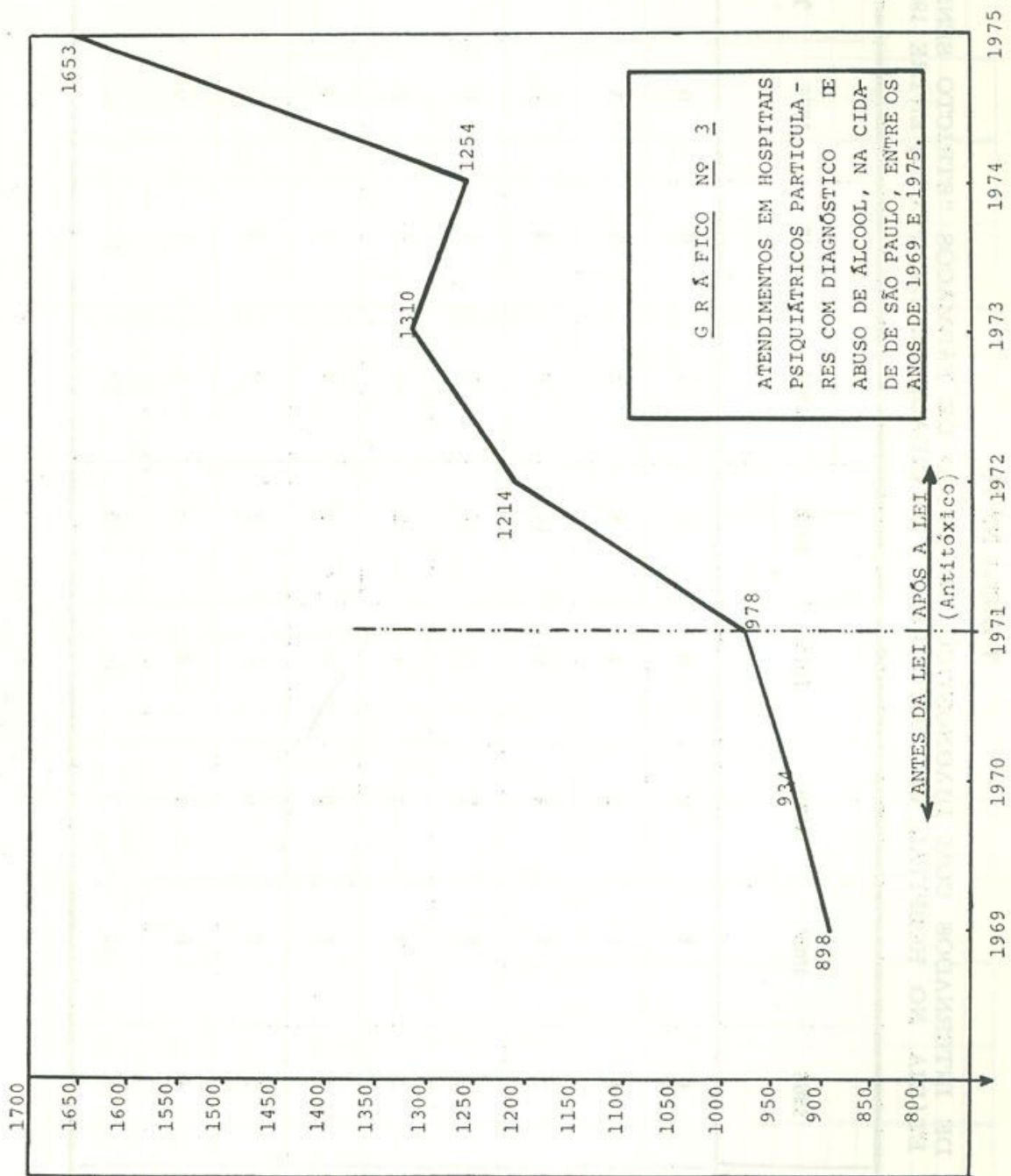
Levantamento efetuado pelo IMESC.

* Dados do Hospital VI. (particular) na cidade de S.Paulo

GRÁFICO Nº 2

ATENDIMENTOS DE PACIENTES, EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PARTICULARES, COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU", NA CIDADE DE SÃO PAULO, ENTRE OS ANOS DE 1969 E 1975.





G R Á F I C O N º 3

ATENDIMENTOS EM HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS PARTICULARES
COM DIAGNÓSTICO DE
ABUSO DE ALCÓOL, NA CIDADE
DE SÃO PAULO, ENTRE OS
ANOS DE 1969 E 1975.

TABELA N.º 11

DISTRIBUIÇÃO DE INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU", SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, NO HOSPITAL VI (PARTICULAR), NA CIDADE DE SÃO PAULO, ENTRE 1968 E 1975

ANOS FAIXA ETÁRIA	ANOS							TOTAL	%	
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974			1975
13 — 15	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1,3
16 — 18	0	1	3	4	3	4	3	5	23	15,1
19 — 21	2	3	1	9	11	4	4	5	39	25,7
22 — 25	2	8	2	5	12	5	1	8	43	28,3
26 — 30	2	3	1	4	2	3	5	3	23	15,1
31 — 35	2	1	0	0	0	2	0	4	9	5,9
36 — 45	1	0	0	2	2	0	3	3	11	7,2
46 e mais	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1,3
TOTAL	9	17	7	24	30	20	17	28	152	99,9

TABELA Nº 12

1968		1969		1970		1971		1972		1973		1974		1975	
#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO	#	IDADE INTERN. INICIO
21	12	13	8	17	-	17	15	16	16	15	-	17	12	16	-
21	17	18	-	18	-	17	-	17	11	16	14	17	16	17	-
24	-	19	-	18	-	18	16	18	15	16	-	17	-	17	-
25	16	20	-	21	-	19	11	19	15	17	12	19	15	18	-
28	-	20	-	25	23	19	-	19	-	17	13	21	17	18	-
28	-	22	-	25	-	19	-	19	-	20	12	21	19	20	14
31	17	22	-	27	-	19	-	20	17	20	17	21	-	20	-
35	-	22	-	-	-	20	11	20	17	21	17	22	19	20	-
37	18	24	-	-	-	20	17	20	18	22	16	26	-	21	17
		24	-	-	-	20	-	21	13	22	-	27	-	21	-
		24	-	-	-	21	18	21	16	23	14	28	20	23	-
		24	-	-	-	21	-	21	18	23	-	28	-	23	-
		24	-	-	-	22	17	21	-	24	12	29	15	23	-
		26	22	-	-	23	12	21	-	27	14	40	36	23	-
		27	-	-	-	23	13	22	18	28	18	41	15	24	16
		30	-	-	-	23	20	22	19	29	-	41	-	24	-
		31	-	-	-	25	23	22	20	30	24	49	-	24	-
						25	-	23	21	31	29			26	-
						26	19	23	-	34	16			28	-
						26	-	24	13	48	42			29	19
						27	22	24	16					30	-
						27	-	24	23					32	-
						40	-	24	-					32	-
						45	-	25	19					33	15
								25	19					35	15
								25	-					38	-
								26	-					41	-
								27	13					43	-
								39	34						
								45	40						

IDADE DE PACIENTES CORRESPONDENTE A INTERNAÇÕES E A CONTATO INICIAL COM FÁRMACOS "STRICTO SENSU", ENTRE OS ANOS DE 1968 E 1975, NO HOSPITAL VI (PARTICULAR), NA CIDADE DE SÃO PAULO.

TABELA N.º 13

PACIENTES ATENDIDOS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ALCOOL, EM COMPARAÇÃO COM O TOTAL DE CASOS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, EM AMBULATORIO, NA CIDADE DE SÃO PAULO, ENTRE 1972 E 1975

ANOS	PACIENTES MAIORES				PACIENTES MENORES					
	Total	Fármacos "Stricto Sensu"	Álcool	% Fármacos	% Álcool	Total	Fármacos "Stricto Sensu"	Álcool	% Fármacos	Álcool %
1972	73	1	72	1,4	98,6	5	2	3	40,0	60,0
1973	120	1	119	0,8	99,2	61	19	42	31,1	68,9
1974	126	3	123	2,4	97,6	14	7	7	50,0	50,0
1975	118	8	110	6,8	93,2	10	6	4	60,0	40,0

TABELA N.º 14

ATENDIMENTO DE PACIENTES MENORES, COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ABUSO DE ÁLCOOL, EM RELAÇÃO COM O TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS DE PACIENTES MENORES, EM AMBULATÓRIO, NA CIDADE DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1972 A 1975

Anos	Total geral de atendimentos	Fármacos ("stricto sensu")	% do total de atendimentos por fármacos	Alcool	% do total de atendimentos por álcool
1972	4.912	2	0,04	3	0,06
1973	2.528	19	0,75	42	1,66
1974	5.676	7	0,12	7	0,12
1975	6.027	6	0,10	4	0,06

Assim, observamos que, enquanto para os pacientes **maiores** a incidência de casos por abuso de álcool alcançou, de forma geral, os índices mais elevados, registrando apenas no último ano do período (1975) um aumento nos casos de fármacos (sentido estrito), os casos dos pacientes **menores** acusaram uma evolução inversa.

No início do período (1972 e 1973) os casos por abuso de álcool alcançaram 60% e 68,9% em relação aos casos por abuso de fármacos em geral.

No ano seguinte (1974), os casos por abuso de fármacos (sentido estrito) e álcool registraram a mesma proporção (50%) e no final do período (1975) a incidência do atendimento por abuso de fármacos (sentido estrito) representou 60% do atendimento por abuso de fármacos em geral.

Nesta tabela foram registrados os atendimentos ambulatoriais a pacientes menores com diagnóstico de abuso de fármacos, verificando-se a porcentagem de casos em relação ao atendimento geral anual.

Observamos que no período estudado, de 1972 a 1975, o ano de 1973 foi o que registrou o maior número de casos, perfazendo 0,75% de fármacos e 1,66% de álcool em relação ao atendimento geral. Interessante notar também a diminuição do número de atendimento geral deste ano em relação aos demais anos do período.

No ano anterior, 1972, início do período estudado, revelou a menor incidência nos casos de fármacos (sentido estrito) e álcool, representando 0,04% e 0,06% do total geral de atendimentos. Neste ano, os casos de diagnóstico por abuso de álcool foram superiores.

Em 1974, os casos de fármacos (sentido estrito) e álcool se igualaram, representando em ambos, 0,12% do total geral de atendimento.

No ano seguinte, 1975, observou-se uma inversão no número de casos, ou seja, a incidência de casos por abuso de fármacos (sentido estrito) superou o atendimento por abuso de álcool. Representou no total geral de atendimentos, 0,10% de casos de fármacos (sentido estrito) e 0,06% de casos de álcool.

O total de Sindicâncias realizadas pela Delegacia Especializada de Menores de São Paulo, por envolvimento em atos anti-sociais de forma geral, registrou um aumento de 91,42%, no período de 1967 a 1975. Durante este mesmo período observamos um aumento considerável no total de sindicâncias por uso, porte e/ou tráfico de fármacos (sentido estrito), ou seja, um aumento de 344,44%.

Ao lado deste aumento bastante significativo, registrou-se uma redução de 57,15% nas sindicâncias por envolvimento com álcool, infração específica aos menores, visto ser o uso deste fármaco, liberado aos maiores, salvo em algumas ocasiões especiais.

Deixamos de considerar nos dados recém-citados o ano de 1976, por estar em curso e não perfazer uma medida passível de comparação.

Observando-se as sindicâncias em cada ano temos:

As sindicâncias por envolvimento com fármacos (sentido estrito), representaram 1,6% do total de sindicâncias realizadas, no início do período (1967). Paralelamente, nesta mesma data, as sindicâncias por envolvimento com álcool representaram 1,25% do total geral.

Nos dois anos seguintes, enquanto as sindicâncias por envolvimento com fármacos ("stricto sensu") registraram inicialmente um aumento de 4,71% e em seguida uma leve diminuição (3,05%), as sindicâncias por envolvimento com álcool apresentaram uma diminuição, perfazendo 0,65 e 0,12% do total geral de sindicâncias efetuadas.

TABELA N.º 15

SINDICANCIAS REALIZADAS, NA CIDADE DE SÃO PAULO, PELA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE MENORES, DA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA, ENTRE 1967 E 1976 (ATÉ 31/7/76)

Anos	S I N D I C A N C I A S				
	Total geral	Envolvimento com fármacos "stricto sensu"	Fármacos "stricto sensu" %	Envolvimento com álcool	Alcool %
1967	560	9	1,60	7	1,25
1968	615	29	4,71	4	0,65
1969	786	24	3,05	1	0,12
1970	837	46	5,49	4	0,47
1971	895	46	5,13	6	0,67
1972	1.176	51	4,33	8	0,68
1973	1.208	41	3,39	2	0,16
1974	1.277	31	2,42	1	0,08
1975	1.072	40	3,73	3	0,27
1976	557	39	7,00	1	0,17

Varição porcentual do total de sindicâncias, entre 1967 e 1975 + 91,42%
 Varição porcentual de sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu", entre 1967 e 1975 +344,44%
 Varição porcentual de sindicâncias por envolvimento com álcool, entre 1967 e 1975 - 57,15%

Em relação às sindicâncias por envolvimento com fármacos ("stricto sensu"), esta participação percentual alcançou o nível máximo em 1970, chegando a 5,49% do total geral de sindicâncias. Quanto às sindicâncias por uso abusivo de álcool, observamos um pequeno aumento, 0,47% do total geral de apreensões, não chegando esta participação a superar o índice do início do período, que era de 1,25%.

Entretanto, é interessante observar que o nível máximo de sindicâncias, tanto em relação às apreensões por fármacos (sentido estrito) como por álcool, em números absolutos, alcançou em 1972, seu ponto mais alto de 51 e 8 casos respectivamente.

Nos anos seguintes, de 1971 a 1974, registrou-se sucessiva diminuição em relação às sindicâncias por envolvimento em fármacos (sentido estrito) do total geral de sindicâncias. Quanto às sindicâncias por envolvimento com álcool observou-se a mesma tendência, registrando apenas em 1972, um leve aumento em relação ao ano anterior (de 0,67 a 0,68 do total geral de sindicâncias).

Em 1975 registrou-se um novo aumento em relação às sindicâncias por fármacos ("stricto sensu"), de 3,73% do total geral e, 0,27% por sindicâncias por uso abusivo de álcool, entretanto estes índices não chegaram a ultrapassar o ano de maior incidência (1970), em relação ao total geral de sindicâncias efetuadas.

Excluimos dessas comparações o presente ano, de 1976, pois deste, os dados foram registrados até 31 de julho, não sendo possível compará-los aos totais anuais anteriores.

Entretanto é importante observar que o índice alcançado em relação às sindicâncias por uso de fármacos (sentido estrito) neste ano, superou todos os índices anteriores, de 7% ao total geral de sindicâncias até o momento realizadas.

Quanto às sindicâncias por uso abusivo de álcool, parecem tender à diminuição, registrando 0,17% do total geral de sindicâncias por todos os tipos de infração.

Verificamos na tabela n.º 17, tomando-se como ano-base 1971, que o ano de 1972 foi o que registrou a mais intensa variação porcentual para mais, em relação às sindicâncias com envolvimento com fármacos "stricto sensu", como também por abuso de álcool, havendo aumento de 10,9% e 33,3%, respectivamente.

No início do período estudado (1967), as sindicâncias por fármacos "stricto sensu" sofreram variação porcentual para menos (-80,4%), ainda em relação ao ano-base. As sindicâncias por abuso de álcool sofreram, por sua vez, variação porcentual para mais (16,7%). Nos anos seguintes (1968, 1969), observamos aumento no número de sindicâncias por envolvimento com fármacos (sentido estrito), ainda que não superasse o índice alcançado em relação ao ano-base. Assim registrou-se redução de 36,96% e 47,83% a 1971, e em 1970, o número de sindicâncias realizadas desta infração equiparou-se ao ano-base (46 casos), não havendo portanto, variação entre 1970 e 1971.

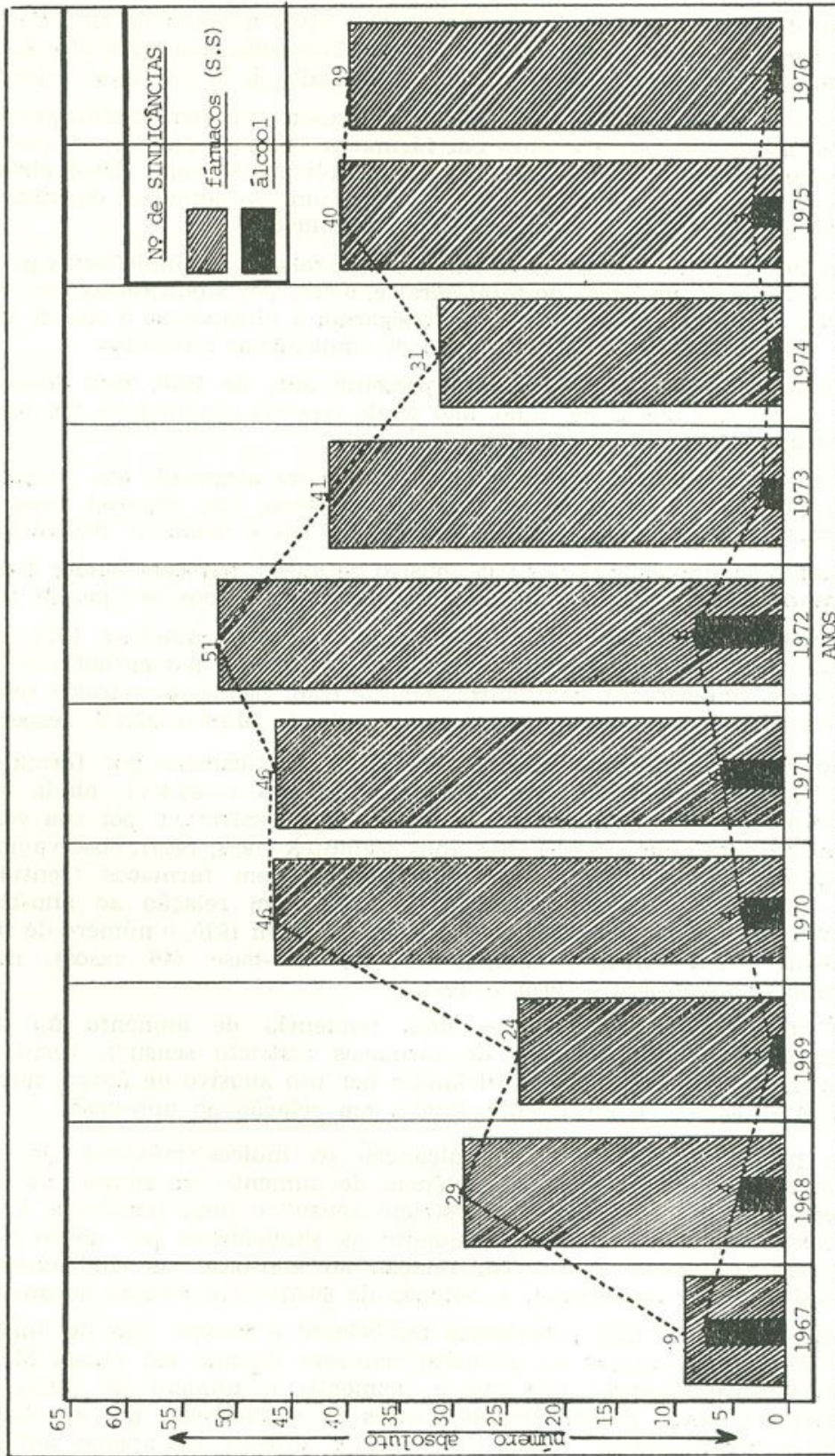
A medida que se observou uma tendência de aumento no número de sindicâncias por uso e abuso de fármacos ("stricto sensu"), verificou-se uma tendência à diminuição nas sindicâncias por uso abusivo de álcool, numa redução de 33,34%; 83,34% e novamente 33,34% em relação ao ano-base.

A partir de 1972, ano que alcançou os índices máximos, já comentados inicialmente, observou-se uma tendência de aumento em relação às sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu" e uma tendência à diminuição nos casos de álcool. Em 1973, enquanto as sindicâncias por abuso de fármacos reduziram-se apenas 10,87% em relação ao ano-base, as sindicâncias por uso abusivo de álcool registraram a redução de 66,67% em relação ao ano-base.

Quanto a 1976 não poderíamos estabelecer o mesmo tipo de análise pois os casos referem-se apenas ao primeiro semestre do ano em curso. Mesmo assim, é interessante observar que até o momento, o número de casos é bastante significativo, sendo a diferença dos casos de sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu" com o ano anterior, inferior em apenas um caso.

Por outro lado, poderíamos observar que, enquanto o total de sindicâncias por todas as infrações registra redução de 37,77% em relação ao ano-base, o total de sindicâncias por uso e abuso de fármacos ("stricto sensu"), reduz-se em

COMPARAÇÃO POR ANOS ENTRE A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE SINDICÂNCIAS POR ENVOLVIMENTO COM FÁRMACOS ("STRICTO SENSU") E O NÚMERO DE SINDICÂNCIAS POR ABUSO DE ÁLCOOL, REALIZADAS PELA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE MENORES, NA CIDADE DE SÃO PAULO, ENTRE 1967 E 1976. *



(*) até 31 de julho
Levantamento efetuado pelo IMESC

TABELA N.º 16

SINDICÂNCIAS REALIZADAS NA CIDADE DE SÃO PAULO, PELA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE MENORES, DA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA, ENTRE 1967 E 1976 (*)

Anos	TOTAL DE SINDICÂNCIAS		SINDICÂNCIAS POR FARMACOS "STRICTO SENSU"		SINDICÂNCIAS POR ABUSO DE ALCOOL	
	N.º absoluto	Variação %	N.º absoluto	Variação %	N.º absoluto	Variação %
1967	560	—	9	—	7	—
1968	615	+ 9,82	29	+222,22	4	- 42,86
1969	786	+27,80	24	- 17,25	1	- 75,00
1970	837	+ 6,48	46	+ 91,66	4	+300,00
1971	895	+ 6,92	46	0	6	+ 50,00
1972	1.176	+31,39	51	+ 10,86	8	+ 33,33
1973	1.208	+ 2,72	41	- 19,61	2	- 75,00
1974	1.275	+ 5,71	31	- 24,40	1	- 50,00
1975	1.075	-16,06	40	+ 29,03	3	+200,00
1976	557	-48,05	39	- 2,50	1	- 66,67

(*) Até 31 de julho inclusive.

Levantamento efetuado pelo IMESC.

apenas 15,22% em relação a 1971, sendo também pequena a diferença em relação ao total conseguido no ano anterior, que registrou redução de 13,05% em relação ao ano-base.

Se tomarmos o total de sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu", durante o período de 1967 a 1976, verificamos que para cada sindicância realizada por abuso de álcool correspondem 9,6 sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu".

Nota-se que no início do período (1967), as sindicâncias referentes ao envolvimento com fármacos "stricto sensu" e álcool estabeleciam quase a mesma proporção (56,3 e 43,7% respectivamente). A partir do ano seguinte, as sindicâncias por fármacos "stricto sensu" aumentaram significativamente em relação às sindicâncias por álcool, alcançando um total de 87,9% em relação às sindicâncias por abuso de fármacos em geral.

No outro ano (1969) aumentou ainda mais o número de sindicâncias por fármacos "stricto sensu", registrando-se 96% em relação ao total de sindicâncias por fármacos em geral.

TABELA N.º 17

SINDICÂNCIAS REALIZADAS NA CIDADE DE SÃO PAULO, PELA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE MENORES, DA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA, ENTRE 1967 E 1976 (*)

Ano base = 1971

Anos	TOTAL DE SINDICÂNCIAS		TOTAL DE SINDICÂNCIAS POR FÁRMACOS "STRICTO SENSU"		TOTAL DE SINDICÂNCIAS POR ALCOOL	
	N.º absoluto	Variação %	N.º absoluto	Variação %	N.º absoluto	Variação %
1967	560	-37,44	9	-80,44	7	+16,66
1968	615	-31,29	29	-36,96	4	-33,34
1969	786	-12,18	24	-47,83	1	-83,34
1970	837	-6,49	46	0	4	-33,34
1971	895	—	46	—	6	—
1972	1.176	+31,39	51	+10,86	8	+33,33
1973	1.208	+34,97	41	-10,87	2	-66,67
1974	1.277	+42,68	31	-32,61	1	-83,34
1975	1.072	+19,77	40	-13,05	3	-50,00
1976	557	-37,77	39	-15,22	1	-83,34

(*) Até 31 de julho inclusive.

Levantamento efetuado pelo IMESC.

Em 1972, ano em que se registrou o mais elevado índice nas sindicâncias por envolvimento com fármacos "stricto sensu", houve uma diminuição na porcentagem em relação às sindicâncias por álcool, observando-se 86,4% do total de fármacos, isto porque neste ano o número de sindicâncias por abuso de álcool também alcançou o mais alto nível do período estudado (13,6% do total de fármacos em geral).

No ano em curso, 1976, as sindicâncias por abuso de fármacos "stricto sensu" alcançaram 97,5% do total geral de sindicâncias por fármacos em geral, chegando-se, até o momento, à maior porcentagem (97,5%) na comparação realizada neste período estudado.

DISCUSSÃO

a) Policial

A Lei n.º 5.726, com vigência a partir de dezembro de 1971, possui ingerência sobre as substâncias ou produtos que causam dependência física ou psíquica, não diferenciando os vários tipos fármacos. Dessa maneira, ela estabelece medidas

TABELA N.º 18

TOTAL DE SINDICÂNCIAS POR ABUSO DE FÁRMACOS "STRICTO SENSU" E DE ALCOOL, EM RELAÇÃO AO TOTAL DE FÁRMACOS CONSIDERADOS, REGISTRADO PELA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE MENORES, NA CIDADE DE SÃO PAULO, ENTRE 1967 E 1976 (*)

Anos	Sindicâncias por envolvimento com fármacos	SINDICÂNCIAS POR ENVOLVIMENTO POR FÁRMACOS "STRICTO SENSU"		SINDICÂNCIAS POR ENVOLVIMENTO COM ALCOOL	
		N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
1967	16	9	56,3	7	43,7
1968	33	29	87,9	4	12,1
1969	25	24	96	1	4
1970	50	46	92	4	8
1971	52	46	88,5	6	11,5
1972	59	51	86,4	8	13,6
1973	43	41	95,3	2	4,7
1974	32	31	96,9	1	3,1
1975	43	40	93	3	7
1976	40	39	97,5	1	2,5

(*) Até 31 de julho inclusive.

Levantamento efetuado pelo IMESC.

restritivas ao uso indevido dos fármacos em geral. Releva ressaltar que não temos conhecimento da existência, no período estudado, de instruções ou orientação da cúpula policial no sentido de se dar maior ênfase à detecção de algum fármaco em especial.

Pelos resultados obtidos em nosso levantamento, notamos oscilações diversas, de ano para ano, para maconha, cocaína e psicotrópicos, estes tanto na forma de ampolas como na de comprimidos.

A título ilustrativo, observamos em 1971 registro de apreensão de maconha e psicotrópicos, inexistindo dados para cocaína. Já no ano seguinte (1972), enquanto o volume de apreensão de maconha diminui consideravelmente, notamos o aparecimento de cocaína e aumento bastante significativo de psicotrópicos, tanto na forma de ampolas como na de comprimidos.

O ano de 1973, por sua vez, revela redução global na apreensão dos fármacos mencionados.

Em 1974, verifica-se aumento de cocaína (três vezes em relação ao do anterior), de psicotrópicos em forma de ampola (quatro vezes) e na de comprimido (três vezes e meio), diminuindo apenas a maconha.

TABELA N.º 19

PESSOAS CONDENADAS POR TRÁFICO E USO DE DROGAS,
EM CONFRONTO COM O TOTAL DE CONDENADOS EM GERAL,
EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS DA CIDADE DE SÃO PAULO,
ENTRE 1965 E 1973

Anos	CONDENADOS			
	Total geral	Variação %	Por tráfico e/ou tráfico e uso	Variação % —
1965	2.984	—	134 (**)	
1966	1.658	-44,44	146 (**)	+ 8,96
1967	2.928	+76,60	194 (***)	+ 32,88
1968	3.377	+15,33	240 (***)	+ 23,71
1969	4.279	+26,71	490 (***)	+104,17
1970 (*)	—	—	—	—
1971	4.354	+ 1,75	137 (***)	- 72,04
1972	4.814	+10,56	553 (**)	+303,65

Fonte: Anuários Estatísticos do Brasil do IBGE.

(*) Dados não publicados pelo IBGE.

(**) Condenados por tráfico de entorpecentes.

(***) Condenados por tráfico de entorpecentes e uso.

O ano seguinte (1975) revela grande aumento de psicotrópicos em forma de comprimido (vinte e sete vezes), seguido daquele da maconha (três vezes e meio) e de cocaína (um ponto sete vezes).

Os dados obtidos para 1976, referem-se unicamente aos meses de janeiro, fevereiro, março, abril e primeira quinzena de maio. Apesar disso, já se observa aumento significativo no volume de apreensões de maconha, alcançando, nesse curto período, resultado correspondente a 4 vezes a quantidade do ano findo. A cocaína também já suplantou o nível alcançado em 1975. Ademais, os psicotrópicos em forma de ampola já estão próximos da quantidade apreendida em 1975. Finalmente, os psicotrópicos em forma de comprimidos denotaram acentuada redução nesses primeiros meses.

Influência positiva conseguida pela Lei parece ter sido o surgimento da necessidade de se fazerem registros policiais sobre apreensão de fármacos controlados, fato esse denotado pela inexistência de registros referentes a perícias anteriores à vigência da Lei.

Pelo que se disse ficou dificultada a avaliação da influência exercida pela lei sobre o uso indevido de fármacos e a possibilidade de fazer análise comparativa com o período posterior à emanção da Lei.

Apesar disso, as oscilações diversas observadas pelos fármacos, sujeitos à mesma lei, permitem considerar que fatores outros interferem na variação do consumo de fármacos. Enquanto a lei permanece rígida, uma complexidade de fatores parece influenciar a variação na disponibilidade de drogas.

b) **Area de saúde**

O levantamento realizado na área hospitalar possibilitou cotejar simultaneamente os resultados de atendimentos ambulatoriais, de internação em hospitais públicos e em hospitais privados.

Comparativamente, os casos ambulatoriais com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu" mantêm tendência semelhante aos casos registrados por hospitais particulares (existe variação porcentual para mais nos anos de 1968, 1971, 1972 e 1975, a variação porcentual para menos em 1969, 1970, 1973 e 1974).

Entretanto, quanto aos hospitais públicos observa-se uma variação inversa nos mesmos anos, a partir de 1970, à exceção do ano de 1975, em que coincidentemente, há variação porcentual para mais.

Nota-se, porém, que há falta de dados para 1971 e 1974.

Em relação ao abuso de álcool, verificamos que nos casos ambulatoriais predominaram os anos em que se registrou uma tendência decrescente, havendo apenas dois períodos, intercalados (1971 e 1975), em que observamos variação porcentual para mais.

As internações por abuso de álcool em hospital público, expressam tendências alternadas coincidindo no ano de 1975 com aquela dos casos ambulatoriais, quando acusa variação porcentual positiva (24% e 28%, respectivamente).

Por sua vez, salientamos tendência para o aumento na variação porcentual de casos de álcool nos hospitais particulares, notável em todos os anos do período estudado, à exceção do ano de 1974, que, aliás, acusou uma redução de apenas 4,3%.

Coincidentemente com a tendência que observamos nos casos ambulatoriais e atendimentos em hospital público, o último ano do período (1975) revelou, também, nos hospitais particulares, tendências para o aumento, semelhante, com variação porcentual de 28%, 24% e 31%, respectivamente.

A média de casos registrados, em hospitais particulares, nos diversos anos anteriores à promulgação da lei comparada com a média de período posterior permite afirmar que houve maior aumento de casos com diagnóstico de abuso de fármacos s.s. em relação ao aumento observado nos casos com diagnóstico de abuso de álcool. Por sua vez, o aumento constatado para o atendimento geral foi bem inferior em relação aos casos anteriormente citados.

No que se refere à comparação das médias dos casos ambulatoriais, o fenômeno comportou-se de forma diferente.

Embora houvesse uma redução no atendimento geral, notou-se uma redução bem mais acentuada nos casos com diagnóstico de abuso de fármacos s.s. e naqueles de álcool.

Em vista dos resultados obtidos pelo nosso levantamento, poder-se-ia concluir à primeira vista, que o aumento do número de atendimentos na área de saúde seria indicador de aumento do número de consumidores de fármacos.

Nessa linha de raciocínio, poderíamos pensar que a lei não teria, até o momento, alcançado um de seus objetivos, o de reduzir a quantidade de pessoas usuárias de drogas.

No entanto, os dados coletados não permitiram conhecer a forma de encaminhamento das pessoas para os hospitais. Em outras palavras, não pudemos

saber se a internação por uso indevido de fármacos "s.s." obedeceu a ato voluntário do paciente ou se decorreu de pressão exercida por familiares ou, ainda mais, se foi consequência de algum trâmite policial ou judicial.

Na hipótese de se tratar de ato voluntário do paciente, poderíamos enfocar o problema sob dois ângulos:

- a) o ato voluntário constituiu decisão consciente do usuário, na tentativa de se afastar do vício; ou
- b) a procura voluntária da intervenção ser decorrência de temor a um eventual envolvimento de ordem policial ou judicial, que pudesse causar prejuízos para seu relacionamento sócio-familiar.

A primeira situação aventada excluiria a possibilidade de avaliação da eficácia do controle legal, uma vez que a lei não teria tido qualquer ingerência sobre a decisão individual tomada.

Ao passo que, na segunda situação, poderíamos supor que naquela decisão interferiu algum receio de estigmatização decorrente da aplicação da lei, o que refletiria a influência positiva dos controles legais.

Se o ato decorreu de pressões familiares, poderíamos tecer as seguintes considerações:

- a) a internação decorre da preocupação da família pela saúde do usuário;
- b) para minimizar os problemas de desajustes familiares e/ou sociais provocados pelo usuário;
- c) pelo receio de um possível envolvimento do usuário com a lei.

Os dois primeiros casos não estariam efetuados diretamente pela intimidação legal, o que no último caso estaria presente, revelando um aspecto positivo da influência legal.

Na eventualidade de internação decorrente de algum trâmite policial ou judicial, a influência legal estaria se manifestando de forma repressiva, ainda que visando o tratamento do usuário.

Neste caso, não teria existido uma intimidação legal, uma vez que esta pressupõe um caráter preventivo.

Entretanto, denotaria influência da aplicação da lei.

Apesar das hipóteses levantadas (caráter da internação), podemos estabelecer o seguinte confronto:

- de um lado, a tendência crescente de casos de fármacos "stricto sensu" revelada de forma global, pelos resultados obtidos em hospitais, e
- de outro lado, o aumento de apreensões policiais dos fármacos "stricto sensu", embora oscilante entre os diferentes tipos de drogas.

Em consequência da comparação, o aumento de casos verificados em hospitais pode ser indicador de aumento de usuários de fármacos "stricto sensu", embora oscilante entre os diferentes tipos de drogas.

Em consequência da comparação, o aumento de casos verificados em hospitais pode ser indicador de aumento de usuários de fármacos "stricto sensu", o que demonstraria que a lei, por si, não conseguiu conter o aumento.

Quanto à incidência de casos de abuso de álcool nos hospitais (público e privado), evidencia-se número bem maior de atendimentos de álcool em relação aos casos de fármacos "stricto sensu", em todos os anos dos períodos registrados.

Os casos de internações com diagnóstico de abuso de álcool, nos diversos hospitais, representam parcela alarmante, variando essa relação desde 1/3 e chegando a alcançar até 3/4 do total geral de atendimentos.

c) Menores

Com relação a dados obtidos em hospital particular sobre internações por abuso de fármacos "stricto sensu", verificamos que para o período de 1968 a 1975 a incidência maior de casos registrou-se na faixa etária dos 19 aos 25 anos, correspondendo a 54% do total, observando-se a idade mínima de 13 e máxima de 49 anos.

A consulta aos prontuários desses casos possibilitou levantar informação quanto à idade de início do uso da droga pelos pacientes, sendo que esta "amostra" constituiu a metade das internações com diagnóstico de abuso de fármacos controlados nesta unidade hospitalar.

A faixa etária correspondente ao contato inicial com as drogas controladas denotou ser inferior àquela registrada à época das internações.

Assim sendo, situou-se entre os 13 e 18 anos, perfazendo 57% dos casos de idade inicial conhecida. Em seguida, aparecem as faixas de 19 a 21 anos (14,8%) e de 8 a 12 anos (13,5%).

Interessante observar que a faixa de 22 a 25 anos, que apresentava a maior incidência à época da internação (28,3%), reduziu-se para 8,1%, quando se refere à idade de início do uso de fármacos "stricto sensu".

Diante desses dados, podemos observar que o episódio do contato inicial com as drogas controladas surgiu de forma relevante na adolescência (de 13 a 18 anos).

Apesar de que a Lei n.º 5.726, promulgada em 1971, não atinge de forma direta os menores, uma vez que estes são inimputáveis, consideramos oportuno verificar a variação que se registrou nas apreensões nos anos anteriores e posteriores à sua edição, para observar eventuais reflexos da lei ocorridas nessa área específica.

Comparando-se as médias do período dos anos anteriores à lei com o período posterior, verificamos aumento porcentual de sindicâncias (60,3%) e também de casos relacionados a fármacos "stricto sensu" (29,9%), enquanto que notamos uma redução dos casos de abuso de álcool (-20,5%).

Apesar de observar-se uma constância de aumento porcentual de sindicâncias a cada ano (excetuando-se o ano de 1975) os casos de fármacos revelam certa flutuação, sem aumentos e redução bruscas.

Por outro lado, os casos de sindicâncias por abuso de álcool acusam oscilações mais intensas.

Revela notar que 1975, enquanto se constituiu no único ano a registrar variação porcentual negativa no total de sindicâncias, acusou aumento de casos de fármacos "stricto sensu" (29,03%) e também de álcool (200%).

Poderíamos traçar um paralelo entre os dados obtidos através de sindicâncias efetuadas pela Delegacia Especializada de Menores e os casos de atendimento a menores numa unidade ambulatorial.

Enquanto os casos de fármacos "stricto sensu" registrados pela Delegacia Especializada de Menores, revelam porcentagem relativamente considerável do total de sindicâncias efetuadas, observamos que o mesmo não ocorre nos casos de menores com diagnóstico de abuso de fármacos atendidos numa unidade ambulatorial pública.

Tendo em vista o resultado de nosso levantamento, anteriormente mencionado, que apontou para a faixa etária de 13 a 18 anos, em que surgiria em maior parte o uso de fármacos "stricto sensu", chama nossa atenção a baixa incidência do problema de drogas registrada para menores na área de atendimento ambulatorial público. Essa observação ainda mais se destaca frente à elevada incidência desses casos com menores no âmbito policial, tendo-se em conta os casos atendidos a nível ambulatorial.

Quanto aos menores, pelo fato de serem inimputáveis, não se aplica a diferença feita entre fármacos "stricto sensu" e álcool, como ocorre em relação aos maiores de idade.

Dessa forma, enquanto o menor, sujeito passivo de aquisição de fármacos "stricto sensu" ou de álcool, permanece isento de sanção penal, o maior, como elemento fornecedor, tem sua punição agravada, no caso de fármacos "stricto sensu", e é considerado contraventor, no caso de álcool.

Nota-se, aqui, o caráter protecionista da lei em relação ao menor.

Diante da inexistência de medidas penais restritivas com referência aos menores, poderíamos situar no mesmo nível os problemas relativos ao uso abusivo de fármacos "stricto sensu" e de álcool. Em consequência, encontramos uma situação que nos permite a evolução do fenômeno de uso de fármacos (inclusive álcool), desvinculado de controles legais específicos ou seja, da Lei n.º 5.726.

O problema de uso de fármacos "stricto sensu" vem manifestando, nos dados policiais obtidos a partir do uso de 1967, incidência maior do que aquela de álcool.

Em comparação com álcool, há uma tendência crescente de casos de fármacos "stricto sensu" também em atendimento ambulatorial.

Estes resultados sugerem que na área de menores, na cidade de São Paulo, o fenômeno de abuso de fármacos "stricto sensu" vem predominando sobre o uso abusivo de álcool.

Os resultados dos levantamentos realizados nas áreas: policial, de saúde, de menores e de condenações, permitem fazer o seguinte confronto:

No ano de 1972, registrou-se aumento de casos de apreensões policiais de fármacos controlados (à exceção da maconha), de atendimentos hospitalares (hospital público e hospitais particulares), de condenações por uso e tráfico de entorpecentes e de sindicâncias envolvendo drogas.

No ano de 1973, ocorreu uma redução global em todos os resultados:

1. nas apreensões policiais de todos os fármacos controlados;
2. nos hospitais (particular e público)
3. nas sindicâncias

No ano de 1974, os resultados vêm indicando oscilação nas tendências, para as diversas áreas levantadas.

No ano de 1975, observa-se aumento generalizado nos resultados em todas as áreas pesquisadas.

Dai, pode-se deduzir que a Lei Anti-Tóxico de 1971 ensejou maior controle policial no ano seguinte, trazendo como consequência número mais elevado de casos levados perante a Justiça em 1972, conforme os dados de condenações por uso e tráfico de drogas. Teria sido a manifestação, em 1973, do impacto na aplicação da lei, que se refletiu na redução generalizada de casos de fármacos, em todos os setores levantados.

A manifestação do fenômeno começa a acusar em diversos setores nova tendência de aumento. Essa mudança do comportamento do fenômeno parece indicar a diminuição do impacto inicial da lei, que ainda mais se acentua pelos resultados do ano de 1975, onde a incidência dos casos de fármacos "stricto sensu" nas áreas estudadas adquire novo impulso de crescimento.

CONCLUSÃO

1. A lei teve influência positiva de caráter efêmero, alcançando uma retração em determinado período. Passado o impacto inicial da lei, uma complexidade de fatores pode ter interferido, para reduzir a eficácia inicial.
2. A gravidade revelada pelo problema do alcoolismo na cidade de São Paulo sugere a necessidade de se dedicar atenção especial ao problema.

3. A aplicação da lei apontou para a necessidade de sistematização nos registros estatísticos relacionados a fármacos, a qual vem sendo implantada em diversas áreas, constituindo um aspecto positivo da influência da lei.
4. Observou-se, em relação aos dados hospitalares, certa reserva no fornecimento de dados sobre internação de farmacodependentes, talvez, decorrente de um temor criado pela lei, diante da possibilidade de ser o próprio usuário processado judicialmente.
5. Percebeu-se que os menores constituem a parcela da população mais suscetível de se envolver com o uso indevido de fármacos.
6. Sugere-se a realização de pesquisas, na área de menores, que possam apontar para instrumentos de controle adequados, visando conhecer o problema em seu início, a nível de diagnóstico precoce, e, assim, possibilitar tratamento mais eficaz.
7. Diante da carência de instituições especializadas, sugere-se a criação de entidades especializadas no tratamento de farmacodependentes a nível hospitalar e ambulatorial, integradas por equipes interdisciplinares.

The first part of the document is a letter from the Secretary of the State Department to the Secretary of the War Department, dated October 10, 1918. The letter discusses the need for a more efficient system of handling military claims and the proposed creation of a new office to handle these claims. The second part of the document is a report from the Secretary of the War Department to the Secretary of the State Department, dated October 15, 1918. The report discusses the progress of the work of the new office and the results of the investigation into the claims process.

SEGUNDA PARTE

CIDADE DE SÃO PAULO:

**ATITUDE COMUNITÁRIA SOBRE O TRATAMENTO QUE DEVE
SER DISPENSADO PELA LEI AO PROBLEMA DE FÁRMACOS**

MEMORIA PARTE

OPORTO DE LOS PAISES

ESTUDIO COMPLEMENTARIO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE
SER DESARROLLADO PARA EL PROGRAMA DE FARMACOS

“A elaboração de política em relação a fármacos envolve três entidades: política, ciência e comunidade. Teríamos condição de descrever o papel de cada uma destas entidades?

Estaríamos de acordo quanto à colocação de que a relação entre elas deve ser tão íntima quanto possível?

Estaríamos de acordo também quanto à hipótese de que a responsabilidade dos políticos e da política é tornarem explícitos seus objetivos e manterem-se flexíveis em função de mudanças operadas na opinião pública em função de fatos descobertos pela ciência?”

Estas questões constituiram um dos quatro pontos básicos aventados num painel do 30.º Congresso de Alcoolismo e Dependência a Drogas, promovido pelo ICAA e realizado em Amsterdã, em setembro de 1972.

A idéia que foi, então, levantada, representa a abordagem do problema de controle de drogas sob o trinômio: lei-ciência-comunidade. Nesse sentido, a lei deve basear-se nas descobertas científicas e na opinião da comunidade.

Procurou-se, assim, nesta pesquisa conhecer, de forma geral, qual a atitude da população urbana da cidade de São Paulo com referência aos controles de natureza jurídica, relacionados com o uso e abuso de fármacos.

Embora a elaboração dos questionários tivesse seu ponto inicial centrado na legislação vigente, a forma de sua apresentação permitiu conhecer a opinião pública sobre o tratamento que a legislação deveria dispensar a situações específicas e distintas.

As perguntas foram formuladas de tal forma que não houvesse qualquer indicação sobre quais são as normas legais em vigor, evitando-se, assim, a emissão de respostas que procurassem coerência com a própria legislação.

Devido ao fato de evitar-se essa forma de influência, não objetivamos avaliar o grau de conhecimento da lei pela população estudada. Ademais, a construção dos questionários explorou, sobremaneira, a distinção entre as figuras de “consumidor” (usuário) e de “traficante”.

A esse respeito, seguem os quadros demonstrativos, tendo como variável principal — conforme já noticiamos — a categoria de grupo etário.

Na Tabela 20, notamos a grande percentagem de pessoas, nas três categorias de grupo etário, que não responderam à questão (80,5%, 77,1% e 77,0%, respectivamente para os grupos A, B, C).

Entre os que responderam, nota-se, para a faixa etária de 14 a 18 anos, maior percentagem de respostas (7,5%) para a penalidade de seis meses a 1 ano, seguida pela penalidade de 6 a 10 anos (6,3%). Para a faixa etária de 19 a 25 anos, observa-se maior percentagem de respostas também para a penalidade de seis meses a um ano (8,6%), seguida pela penalidade de 6 a 10 anos (8,0%). O inverso ocorre para a faixa etária de 26 anos e mais: maior percentagem é registrada para a pena de 6 a 10 anos (12,0%), seguida pela de seis meses a 1 ano (8,0%).

TABELA N.º 20

OPINIÕES SOBRE AS PENALIDADES DE RECLUSÃO IMPOSTAS
PELA LEI, PARA USUÁRIOS E TRAFICANTES

Penalidades \ Grupo etário	A	B	C
	14 — 18	19 — 25	26 —
Seis meses a 1 ano	7,5	8,6	8,0
1 a 2 anos	1,7	2,3	2,0
de 1 a 6 anos	4,6	4,0	1,0
de 6 a 10 anos	6,3	8,0	12,0
não respondeu	80,5	77,1	77,0
TOTAL	100	100	100

A lei Antitóxicos n.º 5.726, de 1971, estabelece para o usuário e para o traficante a pena de reclusão de um a seis anos.

A população estudada, para as três categorias etárias, em sua significativa maioria, não respondeu à questão. Essa atitude omissa frente à pergunta poderia revelar discordância quanto à inclusão de duas categorias diferentes — usuário e traficante — sob tratamento penal idêntico. Nessa conformidade, a opinião desta população estaria em desacordo com a letra da lei.

Dentre as alternativas de penas de reclusão formuladas, observaram-se dois comportamentos divergentes, situando-se, de um lado, nas sanções mais brandas, e de outro, nas sanções mais severas, de forma relativamente equilibrada.

O grupo etário de maiores de 26 anos, apresentou inclinação para maior rigor (12,0%).

Poderíamos aventar a hipótese de uma insegurança frente à questão, significando, talvez, insuficiente informação sobre a dinâmica do problema.

Interessante observar que a alternativa de pena de 1 a 6 anos de reclusão registrou-se um dos mais baixos graus de escolha. Coincidentemente, trata-se da mesma penalidade estabelecida pela lei.

Nessa próxima tabela, observa-se predominância da resposta segundo a qual “a lei deveria recomendar tratamento para o usuário da droga e penas de reclusão para o traficante” nas três categorias etárias. “Mais severidade para o traficante da droga” constitui a segunda resposta mais escolhida pelas três categorias etárias, havendo ligeira predominância para a faixa de 14 a 18 anos (16,6%).

Interessa notar que, para a faixa de 26 anos e mais, porcentagem igual de respostas foi dada para “o traficante da droga” e para “tanto para o usuário quanto para o traficante”.

Porcentagem igual é observada na faixa etária de 14 a 18 anos para as respostas “tanto para o usuário quanto para o traficante” e “a lei não deveria ser severa nem com um, nem com outro, mas apenas recomendar medidas de prevenção”.

TABELA N.º 21

OPINIÕES SOBRE LEI, REPRESSÃO E CONDENAÇÃO

1. A lei deveria ser mais severa para com:			
Grupo etário	A	B	C
	14 — 18	19 — 25	26 —
Infratores			
O usuário da droga	0,5	1,2	—
O traficante da droga	16,6	14,2	14,0
Tanto para o usuário quanto para o traficante	12,0	9,2	14,0
A lei não deveria ser severa nem com um, nem com outro, mas apenas recomendar medidas de prevenção	12,0	9,8	7,0
A lei deveria ter tratamento para o usuário da droga e penas de reclusão para o traficante	57,2	64,6	63,0
Não respondeu	1,7	0,5	1,0
Mais de uma das alternativas acima citadas	—	0,5	1,0

A reduzida porcentagem de pessoas que deixaram de responder demonstra que a diversidade das alternativas apresentadas satisfaz a expectativa dos entrevistados.

A considerável incidência de escolha, por parte dos três grupos (A, B e C), do item que preconiza tratamento para o usuário e somente ao traficante aplica pena de reclusão, reforça a diferenciação que deve ser dada pelos controles legais, na opinião desta população, às categorias de usuário e de traficante.

Interessante é notar que nos grupos A (14-18 anos) e B (19-25 anos), ressalta-se idéia de que o traficante deve ser punido com mais rigor.

Já no grupo C (mais de 26 anos), observou-se uma preocupação maior de se estender a punição ao usuário, além do traficante, pelo fato de não ter convergido a escolha sobre a alternativa onde se enfocava apenas a figura deste último.

Embora esta proposição possa ser aplicada aos grupos A e B, ela mais se destaca para o C, isto porque a incidência de resposta na posição acima tomada se distancia de forma considerável de uma terceira alternativa.

Destacam-se nos grupos A e B as porcentagens consideráveis de respostas a uma alternativa, que contrariando as proposições anteriores, preconiza apenas medidas preventivas para o problema.

TABELA N.º 22

2. A lei deve ser mais severa para com a pessoa que induz ao uso de drogas				
Respostas	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Sim		84,5	89,1	93,0
Não		14,3	5,8	4,0
Não respondeu		1,2	5,1	3,0

Nesta Tabela, nota-se clara predominância de resposta afirmativa dadas pelas três categorias de faixa etária (84,5%, 89,1% e 93,0%, respectivamente), notando-se, porém, nas respostas negativas maior incidência na faixa de 14 a 18 anos (14,3%), em comparação com as demais faixas etárias.

Ficou patente, na população estudada, a posição severa tomada frente a esta questão, especialmente nos grupos B e C.

Apesar da alta porcentagem alcançada na faixa de 14 a 18 anos (84,5%) verifica-se, entretanto, considerável incidência de respostas contrárias à idéia de maior severidade em relação à pessoa que induz um menor ao uso de drogas (14,3%). Interessante observar, neste caso, que se trata de opinião emitida exatamente pela faixa etária pertencente a menores.

TABELA N.º 23

3. Somente deveria ser condenado o traficante de drogas, pois o usuário é um doente que merece tratamento e recuperação				
Respostas	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Sim		66,8	63,5	78,0
Não		20,0	18,8	15,0
Não respondeu		13,2	17,7	7,0

A presente Tabela apresenta, para as três categorias etárias, maior incidência de respostas afirmativas, dentre estas predominando a categoria de pessoas com 26 anos e mais (78%). Por sua vez, respostas negativas à questão proposta apresentam incidência maior na faixa etária de 14 a 18 anos (20,0%). A proporção de pessoas que não respondeu é bastante considerável, com destaque para a faixa de 19 a 25 anos, que revelou 17,7%.

A população estudada evidencia a idéia de que o usuário é um doente a merecer tratamento, condenando, uma vez mais, a pessoa do traficante.

Aparece aqui o usuário visto sob um novo ângulo, o de doente.

Entretanto, importante parcela do grupo estudado, pertencente às três faixas etárias — incidindo mais nos grupos A e B — parece revelar uma das seguintes hipóteses:

- a) de um lado, não encarando o usuário como doente, ainda que seja necessário um tratamento; (conforme revelado em outra tabela)
- b) de outro lado, não considerando o usuário como pessoa isenta de auto-determinação.

Considerando as hipóteses acima formuladas poderíamos reforçá-las lembrando:

Se da tabela n.º 21, tomamos os itens b e e (lei mais severa para com o traficante da droga e lei recomendando tratamento para usuário e reclusão para traficante, respectivamente) e somamos as porcentagens atingidas em cada grupo, estes resultados deveriam se assemelhar às porcentagens alcançadas pela alternativa — SIM, da presente tabela, isto porque, a idéia é comum, embora representada de forma diferente. Esta aproximação significaria uma coerência na posição assumida pelos grupos.

Sob este enfoque, apenas o grupo C registrou resultados mais próximos (77% na soma e 78% de respostas afirmativas).

Nos grupos A e B, enquanto na soma alcançassem elevadas porcentagens (A — 73,8% e B — 78,8%) se distanciaram nas porcentagens de respostas positivas (A — 66,8% e B — 63,5%).

Entretanto, cumpre observar que a porcentagem do total de respostas negativas e não respondidas por A e B, aumentaram significativamente (A — 33,2% e B — 36,5%), o que, desta forma, viria reforçar as hipóteses anteriormente levantadas, demonstrando, talvez, desacordo em encarar a figura do usuário como doente.

TABELA N.º 24

**OPINIÕES SOBRE MEDIDAS DE REPRESSÃO, APLICÁVEIS
A USUÁRIOS E TRAFICANTES**

1. Para acabar com o problema das drogas, seria necessário condenar tanto o usuário quanto o traficante a penas de 10 a 20 anos de reclusão			
Respostas \ Grupo etário	A	B	C
	14 — 18	19 — 25	26 —
Sim	10,2	10,2	12,0
Não	62,3	67,5	65,0
Não respondeu	27,5	22,3	23,0

Nesta Tabela apresenta-se predominância de respostas negativas nas três categorias etárias, em proporção maior na faixa de 19 a 25 anos (67,5%). Segue-se-lhes a proporção de pessoas que não responderam, sendo maior para a faixa de 14 a 18 anos (27,5%).

Observou-se uma acentuada reação da população estudada à proposta apresentada, ou seja, à idéia de “condenação do usuário e traficante a penas de 10 a 20 anos de reclusão”.

Demonstrou-se, inclusive, certa homogeneidade, nas porcentagens alcançadas em cada grupo, sobressaindo o grupo B (19-25 anos).

De outro lado, foram consideráveis as porcentagens registradas quanto à omissão de respostas frente à situação, destacando-se o grupo A, superior aos demais (B e C).

Poderíamos considerar que estas omissões representariam, de um lado, o desacordo da inclusão do usuário e traficante numa mesma categoria, de outro lado, quanto ao tempo de reclusão proposto. Estas duas alternativas se baseariam em posições tomadas pelos grupos A, B e C, em outras tabelas anteriormente discutidas.

TABELA N.º 25

2. A lei deve ser bastante severa tanto para com o usuário quanto para o traficante, porque:				
Opiniões	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Todo usuário é traficante		4,0	1,7	4,0
Todo traficante é usuário		6,8	4,6	9,0
Ambos incorrem no mesmo crime		17,8	15,4	22,0
Não dispomos de recursos disponíveis para tratamento		14,3	16,0	9,0
Não respondeu		57,1	62,3	55,0
Mais de uma das alternativas acima citadas		—	—	1,0

Nota-se, pela leitura da Tabela acima, que a porcentagem maior das pessoas entrevistadas, das três categorias, NÃO respondeu à questão, com porcentagem de 57,1%, 62,3% e 55,0%, respectivamente, para os grupos A, B e C.

Entre aquelas que responderam, aparece a resposta “ambos incorrem no mesmo crime”, como a primeira escolhida pelos grupos etários de 14 a 18 e de 26 anos e mais. A faixa de 19 a 25 elegeu-a como segunda opinião.

“Não dispomos de recursos disponíveis para tratamento” constituiu a resposta com maior incidência na faixa etária de 19 a 25 anos, e a segunda nas faixas de 14 a 18 anos e de 26 anos e mais, sendo que nesta igualou com a opinião elegida para — “todo traficante é usuário”.

Nas três faixas etárias da população estudada foi bastante considerável o número de entrevistados que não respondeu à questão. Poderíamos, diante deste quadro, apresentar a idéia de que existiria certa dificuldade em categorizar o usuário, quer perante os controles legais, quer em relação à pessoa traficante (cuja figura, segundo posições anteriormente apresentadas, estaria melhor definida), ou de outro lado

esta posição refletiria uma reação a uma igualdade de punição para usuário e traficante.

Interessante observar o comportamento do grupo A (14-18 anos), entre os que responderam, pois enquanto considerável porcentagem optou pela incriminação das figuras sob o mesmo crime, outra parcela, também representativa, emitiu a idéia de tratamento apontando, porém, para a insuficiência de recursos disponíveis.

Invertendo-se a posição das escolhas, comportamento semelhante ocorre com o grupo B (19 a 25 anos).

Entretanto, para o grupo C (26 e mais anos) nota-se maior rigor em relação à incriminação das figuras, reforçada pelas alternativas escolhidas de que "todo traficante é usuário".

TABELA N.º 26

3. A lei deveria ser aplicada, individualmente, condenando certas pessoas e absolvendo e recomendando tratamento para outras				
Respostas	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Sim		81,1	76,6	85,0
Não		13,1	9,2	10,5
Não respondeu		5,1	14,2	5,0

Nesta tabela é relevante a porcentagem alcançada, nos três grupos, pela resposta afirmativa.

Fica patente, nos resultados alcançados que, nos três grupos da população estudada, existe a idéia da individualização na aplicação da justiça (pena).

TABELA N.º 27

OPINIÃO SOBRE MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Para resolver o problema das drogas, seria recomendável que a lei estabelecesse programas educacionais nas escolas				
Respostas	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Sim		81,2	77,1	89,0
Não		14,3	15,5	5,0
Não respondeu		4,5	7,4	6,0

A população estudada parece dar bastante ênfase à necessidade de a lei estabelecer programas educacionais nas escolas, como medida para resolver o problema das drogas.

Interessante observar que o grupo C, o mais velho das faixas etárias, foi o que mais enfatizou essa medida (89%).

Exatamente a faixa etária desta população estudada que participaria de um eventual programa desta natureza (14-18 anos), além daquele grupo (19-25) intermediário, possivelmente integrado no segundo ciclo escolar, não recomendaram essa medida como forma de prevenção estabelecida pela lei.

TABELA N.º 28
OPINIÕES SOBRE DROGAS E CRIMINALIDADE

Consumir drogas não é crime. É crime apenas traficá-las.				
Respostas	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
Sim		43,5	34,9	39,0
Não		46,2	49,1	45,0
Não respondeu		10,3	16,0	16,0

A maneira como se formulou a proposição permite abstrair da população estudada a idéia que ela considera contida nos controles legais em relação ao consumo e tráfico de drogas.

Dessa forma, podemos verificar que quase metade desta população supõe que a lei considera crime tanto o consumo, quanto o tráfico de drogas.

No entanto, considerável parcela desta população analisa o problema de forma contrária, centralizando no tráfico de drogas a figura de crime.

Se partirmos desta premissa, podemos inferir que o conteúdo da lei não é suficientemente conhecido por esta população.

Numa proporção de relativa homogeneidade, três alternativas, das contidas na Tabela 29, destacaram-se das demais, procurando explicar a dificuldade de se resolver o problema de drogas. Este comportamento abrangeu as três faixas etárias, referindo-se à:

- a) falta de informação sobre os efeitos das drogas;
- b) ineficácia das medidas de prevenção existentes;
- c) falta do poder de intimidação legal, no sentido de que o conhecimento da lei não interfere na decisão do uso ou do tráfico de drogas.

Nesta população notamos, assim, que mais da metade enfatiza a importância de medidas de prevenção, podendo-se incluir entre estas a correta informação sobre os efeitos da droga. Esta posição estaria de acordo com outra formulada anteriormente, na qual se apontava para a necessidade de a lei estabelecer programas educacionais sobre drogas em ambiente escolar.

TABELA N.º 29

OPINIÕES SOBRE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS OBSERVADAS
DO USO E ABUSO DE FÁRMACOS

Hoje em dia, o problema de drogas é mais difícil de resolver, porque:				
Opiniões	Grupo etário	A	B	C
		14 — 18	19 — 25	26 —
As pessoas não conhecem a lei		3,4	2,9	1,0
Embora as pessoas conheçam a lei, preferem usar ou traficar drogas		20,6	20,0	13,0
As pessoas não estão devidamente informadas sobre os efeitos das drogas		33,8	32,0	35,0
As medidas de prevenção existentes são ineficazes		24,6	28,6	30,0
As medidas de condenação não são eficientes		3,4	2,2	6,0
Não respondeu		14,2	13,8	11,0
Tudo isso		—	0,5	2,0
Nada disso		—	—	2,0
Mais de uma das alternativas acima citadas		—	—	2,0

CONCLUSÃO

Consoante os resultados obtidos, concluímos que a população estudada:

1. Diferenciou as figuras de usuário e de traficante em categorias isoladas.
2. Em consequência, recomendou que a lei estabelecesse a pena de reclusão para o traficante e tratamento para o usuário, sendo que considerável parcela associou a figura do usuário à de doente.
3. Recomendou a aplicação de pena mais severa ao agente que induzir algum menor ao uso de fármacos.
4. Considerou necessária a individualização da aplicação da pena.
5. Revelou a importância de implementar medidas preventivas, podendo-se incluir a correta informação sobre os efeitos das drogas.
6. Recomendou que a lei estabelecesse programas educacionais nas escolas.

O suporte da lei na opinião pública tem grande importância, porque da colaboração do próprio público dependerá, em grande parte, a melhor detecção de atos condenados pela lei. E esta colaboração será mais efetiva se houver a aceitação do espírito por parte da comunidade.

Assim sendo, é interessante confrontar as conclusões extraídas da opinião da população estudada com a letra da Lei n.º 5.726. Desta forma, pode-se dizer:

- a) em relação às medidas preventivas recomendadas pela opinião pública, observa-se concordância com a letra da lei;
- b) especificamente em relação às penas sugeridas como aplicáveis ao usuário e ao traficante, nota-se divergência com o teor da lei, encontrando-se o motivo na diferenciação feita, pela opinião pública, quanto às figuras de usuário e de traficante.

TERCEIRA PARTE

PAÍSES LATINO-AMERICANOS:

OPINIÃO DE INFORMANTES QUALIFICADOS SOBRE A INFLUÊNCIA DOS CONTROLES LEGAIS NO CONSUMO DE FÁRMACOS

O impacto de programas de intervenção sobre o problema de farmacodependência, considerado sob o enfoque de informantes qualificados, constitui aspecto passível de ser abordado numa pesquisa.

Interessou-nos, para tanto, conhecer as diversas realidades quanto ao problema de drogas no contexto latino-americano, no qual o Brasil está inserido.

Embora as políticas adotadas quanto ao controle de fármacos estejam restritas a limites nacionais, a dinâmica da realidade da farmacodependência ultrapassa suas fronteiras.

Dessa forma, é de grande valia tentar traduzir as realidades nacionais, sob o ponto de vista da influência dos controles legais, por intermédio de informantes qualificados pertencentes a diversos países latino-americanos.

As conclusões obtidas através dessas opiniões qualificadas permitirão estabelecer confronto com os resultados quanto à influência dos controles legais sobre o abuso de fármacos, na cidade de São Paulo, e que constitui a primeira parte deste trabalho.

1) Verificou-se aumento ou diminuição do uso e abuso de fármacos?

Países	Respostas	
	Aumento	Diminuição
Argentina	+	
Bolívia	+	
Chile	+	
Colômbia	+	
Costa Rica (*)		+
Panamá (**)		
Porto Rico (***)		+
República Dominicana	+	

(*) Na Costa Rica, não se registrou diminuição de maconha. Evidenciou-se aumento alarmante do abuso de álcool, que, porém, não está sujeito aos controles estabelecidos para os demais fármacos.

(**) No Panamá, o problema restringe-se ao tráfico, havendo diminuição do tráfico interno de maconha.

(***) Em Porto Rico, houve aumento significativo no abuso de álcool.

- 2) Que fato pode ter motivado essa alteração?
Poderia ser associado à intensificação da repressão?

Países	Motivo da alteração	Intensificação da repressão
Argentina	Meios de comunicação e informação; maior conhecimento sobre drogas.	(*)
Bolívia	Deteção maior de casos pela aplicação de Sistemas de controle.	Sim
Chile	Fatores múltiplos.	Não
Colômbia	Fatos complexos.	Não
Costa Rica	Sistema de fiscalização e cooperação de profissionais médicos e farmacêuticos.	Sim
Panamá	Instrução permanente do pessoal encarregado da repressão.	Sim
Porto Rico	Intervenção de unidade especial para o controle do tráfico; e o enfoque do problema pela prevenção e tratamento.	Sim
República Dominicana	Fatores múltiplos.	Não

(*) Não respondeu.

3) Qual a droga que sofreu maior variação?

Drogas Países	Drogas					
	Maco- nha	Anfeta- mina	Barbi- túrico	Meta- cualona	Mepro- bamato	Alcool
Argentina	+	+				
Bolívia (*)						
Chile	+	+	+			
Colômbia	+					
Costa Rica	+	+	+	+	+	+
Porto Rico (**)						+
República Dominicana	+			+		+

(*) Não foi informada.

(**) Em Porto Rico, tem sido verificado grau significativo de controle de abuso de drogas, principalmente de heroína.

4) Após a edição das normas restritivas ocorreu variação no uso ou abuso de alguma droga especial?

O aumento da restrição em relação a uma droga provocou aumento do consumo de outra? Pode exemplificar?

Respostas Países	Registrou-se variação no uso de alguma droga em especial, após a edição de lei restritiva?	Maior restrição quanto a uma determinada droga provocou o aumento do uso de outra? Pode exemplificar?
Argentina	Sim. Variação substancial no uso de drogas perigosas, com desaparecimento de algumas no mercado. Efeito positivo, com uma maior eficiência e eficácia do órgão de segurança.	(*)
Bolívia	(**)	(**)

(cont.)

Respostas Países	Registrou-se variação no uso de alguma droga em especial, após a edição de lei restritiva?	Maior restrição quanto a uma determinada droga provocou o aumento do uso de outra? Pode exemplificar?
Chile	Não provocou grandes variações. A pressão dos traficantes encontra formas de escapar ao controle legal e os usuários encontram novas formas de emprego.	Repressão da maconha influenciou uso de anfetaminas e substâncias voláteis ou de mistura de álcool com anfetaminas ou de injeções de álcool. Restrição no tráfico internacional provocou saturação maior do mercado nacional (cocaína).
Colômbia	Restrição tem efeito relativo.	Os traficantes encontram formas para introdução dos fármacos controlados, não tendo necessidade de se valerem de substitutivos.
Costa Rica	Iniciando o controle de benzodiazepinas.	Em consequência do controle iniciado recentemente (benzodiazepinas), muitos fabricantes de produtos psicotrópicos (que não contêm benzodiazepinas, nem substâncias incluídas no protocolo internacional), estimularam sua introdução no mercado, pela propaganda e oferta, visando provocar consumo maior.
Panamá	Nos últimos anos, não houve promulgação de leis novas ou de normas restritivas de uso e abuso de drogas.	
Porto Rico	Sim. Houve certo controle de disponibilidade de heroína e aumento de abuso de álcool.	Atuação policial mais intensa para reduzir a disponibilidade de heroína parece ter possibilitado controlar o aumento do abuso de heroína. Além do álcool, não se tem conhecimento de aumento significativo de outros fármacos. Embora se note uma tendência de apreensões de maconha e de cocaína, não se tem ainda conclusões sobre aumento nos padrões de uso.
República Dominicana	Sim. O controle legal sobre a venda de medicamentos contendo substâncias proibidas (sob receita médica), freou consideravelmente seu consumo legal.	O controle legal sobre a venda de medicamentos contendo substâncias proibidas motivou muitos jovens para o uso de maconha. Não se registraram ainda sinais evidentes de consumo elevado de outra droga substitutiva.

(*) Não respondeu.

(**) A resposta dada foi no sentido de que o aumento existente nos casos detectados se deve, possivelmente, ao fato da aplicação do sistema de controle.

5) A introdução de medidas restritivas teria tido alguma eficácia?

Res- postas Países	Medidas restritivas revelaram eficácia	Falta de eficácia de medidas restritivas
Argentina	Sim. Como resposta à luta contra o uso indevido e o tráfico ilícito, realizada desde 1972, vem se estabilizando o problema nos grandes centros urbanos, detectando-se alguns focos de incidência em populações do interior do País.	—
Bolívia (*)		
Chile	Sim. A falta de eficácia maior deve-se à insuficiente implementação das medidas de tratamento, ou a excessiva "institucionalização" dos usuários, estigmatizados pela sujeição ao sistema penal.	—
Colômbia	Eficácia muito relativa. Embora devam ser conservadas (medidas restritivas), têm eficácia os métodos educativos.	—
Costa Rica	Sim.	—
Panamá	Sim.	—
Porto Rico	Sim. A ação policial tem contribuído para o controle do tráfico, principalmente da heroína. Experiência legal mais recente (1973) foi a criação do Departamento de Servicios contra la Adicción para atuar na prevenção e tratamento.	—
República Dominicana	Sim. Além das medidas restritivas, influem as alternativas recreativas e desportivas, sendo que estas vêm despertando, cada vez mais, o interesse da juventude.	—

(*) Por tratar-se de lei muito recente, não houve ainda condição para avaliar sua eficácia.

6) Aponte para o instrumento de controle administrativo ou legal que teria exercido essa influência.

Res- postas Países	Instrumentos de controle administrativo ou legal que teriam influenciado a alteração do consumo de drogas
Argentina	<p>a) Comisión Nacional de Toxicomanias y Narcóticos (CONATON), órgão interministerial assessor na matéria do Poder Executivo Nacional;</p> <p>b) Centro Nacional de Reeducação Social (CENARESO), tendo por objeto a reeducação e readaptação social de jovens dependentes de drogas;</p> <p>c) Lei n.º 20.771, que reprime as condutas ilícitas concernentes com fármacos;</p> <p>d) Legislação sanitária que regula o comércio lícito de drogas nas diversas etapas;</p> <p>e) a coordenação de esforços dos organismos intervenientes através de uma luta planificada nos aspectos de demanda, intermediação e oferta.</p>
Bolívia	<p>Encontra-se em plena estruturação a Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas.</p>
Chile	<p>A "receta-cheque" utilizada no caso dos alcalóides constitui um instrumento de controle administrativo de certa utilidade.</p> <p>A venda mediante receita é útil, porém geralmente não é respeitada, devido à punição inadequada das farmácias transgressoras.</p> <p>Projeto de nova lei visa uma política e uma planificação adequada nos aspectos preventivos e de investigação científica que ilustre sobre fenomenologia, epidemiologia, eficácia do tratamento e da prevenção, procurando apontar soluções integrais e não remédios "a posteriori".</p>
Colômbia	<p>Devido à falta de disposições restritivas ao uso de álcool, o alcoolismo constitui um problema gravíssimo.</p> <p>Quanto aos demais fármacos, os traficantes são punidos severamente, enquanto os farmacodependentes são considerados como doentes, e não delinqüentes, devendo ser tratados em clínicas especializadas, a fim de obter uma possível recuperação.</p>
Costa Rica	<p>Aplicação das medidas de fiscalização determinadas pela Junta de Vigilância de Drogas Estupefacientes.</p> <p>Os organismos fiscalizadores, a legislação, o financiamento, etc., relativos ao álcool, são diferentes e o alcoolismo constitui um grave problema, que cresce de forma alarmante.</p>

(cont.)

Res- postas Países	Instrumentos de controle administrativo ou legal que teriam influenciado a alteração do consumo de drogas
Panamá	Melhor aplicação de instrumentos de tipo legal, já existentes, a saber, o conjunto de todas as leis que regulam o tráfico e o uso de drogas no Panamá, o Código Sanitário e as medidas estabelecidas com relação à delinquência feminina.
Porto Rico	Ação policial para o controle de tráfico de drogas conjugado com as atividades do Departamento de Servicios contra la Adicción, sendo estas na área de prevenção, tratamento e reabilitação. Suas atribuições abrangem, ainda, investigação científica e cursos de capacitação, supervisão dos estabelecimentos e profissionais autorizados a ministrar drogas, assim como atendimento a pessoas cumprindo pena de prisão e todo o atendimento a alcoólicos. O Departamento, de um lado, realiza serviços especializados e, de outro, coordena os serviços oferecidos por outras agências do governo.
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> a) Lei n.º 168, que estabelece controle rigoroso sobre a venda de fármacos pelas farmácias (com efeitos salu- tares mais evidentes); b) aplicação de medidas mais efetivas nas alfândegas e nos aeroportos para controle de traficantes e portadores de drogas; c) instruções — pela polícia nacional — para funcionários de departamentos diversos da administração pública permitiram melhor detecção de plantações de maconha (reconhecimento das plantas); d) dificuldade de obtenção de dados — à exceção daqueles da polícia e dos tribunais diante do temor de sanção, estabelecida pela lei (dados estatísticos são parciais, incompletos e mais reservados após a promulgação da lei).

DISCUSSÃO

Referente à primeira questão formulada, pudemos observar, nas respostas de especialistas de quase todos os países latino-americanos (dos quais obtivemos resposta) o fenômeno de aumento no uso e abuso de fármacos. Tal ocorre com Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Porto Rico e República Dominicana.

Na Costa Rica, apesar de indicar-se diminuição no consumo de alguns tipos de fármacos, isto não ocorreu em relação à maconha.

Quanto ao Panamá, o problema parece ter se localizado no tráfico de drogas, diminuindo o tráfico interno de maconha.

Quanto à segunda questão, de oito países, quatro consideraram a intensificação da repressão como fator que contribuiu para a alteração no abuso de fármacos, sendo eles: Bolívia, Costa Rica, Panamá e Porto Rico.

Em confronto com a primeira questão, vemos que para os três últimos registrou-se diminuição. Assim, consideraram que a intensificação de medidas repressivas contribuiu para essa redução, pelo aperfeiçoamento de seus sistemas de fiscalização, tanto no âmbito policial, como na área de saúde.

Porto Rico acrescentou como outro motivo dessa diminuição a implantação de programas preventivos e de tratamento.

O aumento de casos de consumo de fármacos detectados na Bolívia poderia ser atribuído à aplicação de sistemas de controle.

Chile, Colombia e República Dominicana não atribuíram à intensificação da repressão o fenômeno do aumento no consumo de drogas, indicando uma multiplicidade de fatores, de ordem psíquica, social, econômica, cultural, meios de comunicação e outros.

A Argentina indicou, também, fatores múltiplos que teriam influência no aumento do consumo de drogas, deixando de fazer referência em especial ao valor da repressão frente ao problema.

Pudemos, aqui, observar que as medidas repressivas podem ter eficácia quando aparecem associadas a outros fatores intervindo no problema (prevenção, tratamento).

Na pergunta três, as variações observadas nos diversos países em relação ao abuso de drogas foram as seguintes:

Na Argentina aumentaram a maconha e anfetaminas;

No Chile a incidência do aumento recaiu principalmente sobre a maconha, seguida pelas anfetaminas e pelos barbitúricos;

Na Colombia, a elevação mais considerável registrou-se quanto à maconha;

Em Costa Rica, excetuando a maconha, que não registrou diminuição, e o álcool, cujo abuso tem aumentado de forma alarmante, houve redução das anfetaminas, da metacualona, do meprobamato e dos barbitúricos, nesta ordem mencionada.

Quanto ao Panamá, o problema foi enfocado em termos de tráfico unicamente, motivo pelo qual não poderíamos estender tal informação para o ângulo do abuso de fármacos. Entretanto, essa informação refere-se à variação maior no tráfico interno da maconha.

Em Porto Rico, a variação consistiu num grau significativo do controle do abuso de heroína, ao mesmo tempo que se registrou aumento significativo no abuso do álcool.

Na República Dominicana maior frequência de uso incidiu sobre maconha, metacualona e álcool;

No que se refere à Bolívia, não tivemos informações específicas a respeito.

Estes dados reunidos parecem indicar que o uso da maconha está presente em todos os países dos quais obtivemos resposta, à exceção de Porto Rico e da Bolívia, sendo que este último deixou de fornecer qualquer informação a respeito.

Observando-se o abuso de anfetamina na Argentina, Chile e Costa Rica, verificou-se aumento nos dois primeiros países e diminuição no último.

Os barbitúricos, por sua vez, aparecem no Chile e na Costa Rica, sendo registrado aumento no primeiro e diminuição no último.

Nota-se variação da metacualona, havendo diminuição na Costa Rica e aumento na República Dominicana.

Merece atenção especial o aumento significativo do abuso de álcool, fármaco menos controlado, na Costa Rica, em Porto Rico e na República Dominicana.

Estes resultados permitem apontar, em linhas gerais, para uma tendência crescente tanto de fármacos controlados, como daqueles não controlados. Entre os controlados destaca-se principalmente a maconha.

Das informações de alguns observadores pudemos inferir que a repressão a fármacos controlados pode estar associada ao fenômeno de crescimento de abuso de fármacos não controlados, como o caso do álcool.

Na questão quatro, Argentina, Porto Rico e República Dominicana indicaram variação no uso de fármaco, frente à aplicação de medidas restritivas. Assim, apontaram para o efeito positivo da restrição.

A Bolívia considera que o aumento de casos detectados constitui conseqüência positiva da aplicação do sistema de controle, não acrescentando a essa informação sua opinião quanto ao aumento real no consumo.

Chile e Colombia atribuem valor relativo às medidas restritivas, sendo que o primeiro considera que tanto o usuário quanto o traficante encontram meios de burlar os mecanismos de controle.

Quanto à Costa Rica, não se tem, ainda, opinião a respeito, devido ao fato de que a aplicação de controles foi iniciada recentemente.

No tocante ao Panamá, não teve informação a fornecer, em função da inexistência de normas restritivas ao abuso de drogas, mais recentes.

De forma geral, os países manifestaram a opinião de que a restrição mais intensificada sobre alguns fármacos influi para o aumento no consumo de outros, como formas substitutivas.

Analisando a quinta pergunta, verificamos que todos os países foram unânimes em atribuir certa eficácia às medidas restritivas.

Argentina e Porto Rico centralizaram sua informação sobre o tráfico ilícito, sendo que Porto Rico apontou para a importância da conjugação de esforços da ação policial e das medidas de prevenção e de tratamento, para alcance de resultados mais eficazes.

Necessidade de implementar medidas de tratamento é também lembrada pelo Chile, que chama, ainda, a atenção para os prejuízos decorrentes da estigmatização do usuário, diante de sua sujeição ao sistema penal.

Medidas preventivas, aliás, são propugnadas pela Colombia e pela República Dominicana, desta feita se associadas a métodos educativos (Colombia) ou à criação de alternativas de lazer (República Dominicana).

Desta forma, fica patente entre a opinião dos observadores de todos os países, pelo fato de que apontam, em última instância, para a adoção de uma política de controle de drogas global.

A conjugação de esforços de diversas entidades dirigidas para minorar o problema de farmacodependência, a nível de legislação, de polícia, fiscalização, prevenção, tratamento, capacitação profissional e investigação científica para conhecer o fenômeno em sua profundidade, é enfatizada como fator necessário para obtenção de resultados mais efetivos.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados que se nos apresentaram em relação aos países latino-americanos (Argentina, Bolívia, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá, Porto Rico e República Dominicana), podemos apresentar nossas conclusões parciais:

1. Verifica-se uma tendência crescente no abuso de fármacos controlados e de fármacos não controlados.
2. Medidas restritivas mais intensas aplicadas sobre alguns fármacos pode exercer influência sobre o aumento no consumo de outros.
3. A maior repressão a fármacos controlados pode ser seguida de um fenômeno crescente de abuso de álcool, sendo que este é um tipo de fármaco menos controlado.
4. As medidas repressivas visando o controle de fármacos são mais eficazes desde que associadas a medidas preventivas e de tratamento.
5. Em conseqüência, faz-se necessária a adoção de uma política global de controle de problema de drogas.

QUARTA PARTE

CONCLUSÕES GERAIS

1. Mais importante do que a intimidação do traficante pretendida pela severidade das penas previstas na lei é a intimidação exercida pela certeza de sua condenação.
2. A opinião pública no material examinado, permitiu concluir que ela é favorável à aplicação de penas severas ao traficante.
3. A eficácia da lei varia em função da viabilidade de sua aplicação e execução.
4. Em relação ao usuário, a atitude comunitária na cidade de São Paulo revelou-se favorável à idéia de tratamento para o usuário.
5. Sugerimos, diante da carência verificada, a criação de instituições especializadas no tratamento do farmacodependente, a nível hospitalar e ambulatorial, integradas por equipes interdisciplinares.
6. A gravidade do fenômeno do alcoolismo sugere a necessidade de se dar enfoque especial ao problema.
7. O material examinado permitiu verificar, no ano de 1976, em todas as áreas levantadas, um aumento intenso de casos de farmacodependência, inclusive nos de apreensão.
8. A incidência do abuso de fármacos "stricto sensu" recai, em grande parte, sobre os menores e o de álcool sobre os adultos.
9. Sugerimos a realização de pesquisas na área de menores visando conhecer novos instrumentos de controle mais adequado para se obter o diagnóstico precoce de casos de abuso de fármacos e, assim, possibilitar tratamento mais eficaz.
10. Considera-se que o problema de farmacodependência deve ser abordado associando-se medidas preventivas, de tratamento e repressivas.
11. Na prática, as várias manifestações do problema de drogas devem ser abordadas num contexto bastante amplo, fazendo-se necessária a adoção de uma Política Global de controle do problema de drogas.

TABELAS

TABELA N.º 1 — Estimativa de usuários de heroína e outros narcóticos nos Estados Unidos, no período de 1969-1971	193
TABELA N.º 2 — Quantidade de fármacos apreendidos por ano, pela Divisão de Investigações sobre entorpecentes, conforme sua natureza	206
TABELA N.º 3 — Internações com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu" e de abuso de álcool, em confronto com o total de internações, no Hospital I (público), na cidade de São Paulo, no período de 1969 a 1975	208
TABELA N.º 4 — Casos Ambulatoriais com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu" e de abuso de álcool, em confronto com o total de atendimentos, para ambos os sexos, no Hospital II (público), na cidade de São Paulo, no período de 1967 a 1975	209

TABELA N.º 5 — Internações de pacientes, com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de álcool, no Hospital III (particular), confrontados com o número total de internações, na cidade de São Paulo, entre 1966 e 1975	210
TABELA N.º 6 — Internações de pacientes, com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e por abuso de álcool, no Hospital IV (particular), confrontados com o número total de internações, na cidade de São Paulo, no período de 1969 a 1975	211
TABELA N.º 7 — Internações com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de abuso de álcool, no Hospital V (particular), em confronto com o número de internações, na cidade de São Paulo, no período de 1965 a 1976	212
TABELA N.º 8 — Internações com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de abuso de álcool, em confronto com o total de internações, no Hospital VI (particular), na cidade de São Paulo, no período de 1968 a 1975	214
TABELA N.º 9 — Desinternações de pacientes com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de abuso de álcool, em confronto com o total geral de desinternações, por meses, no Hospital VI (particular), na cidade de São Paulo, no decurso dos anos 1975 e 1976 (até maio inclusive) ..	215
TABELA N.º 10 — Atendimentos de pacientes em hospitais psiquiátricos, particulares, com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de álcool, na cidade de São Paulo, em confronto com o atendimento geral, entre os anos de 1969 a 1975	216
TABELA N.º 11 — Distribuição de internados, com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu”, segundo a faixa etária, no Hospital VI (particular), na cidade de São Paulo, entre 1968 e 1975	220
TABELA N.º 12 — Idade de pacientes correspondente a internações e a contato inicial com fármacos “stricto sensu”, entre os anos de 1968 e 1975, no Hospital VI (particular), na cidade de São Paulo	221
TABELA N.º 13 — Pacientes atendidos com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de álcool, em comparação com o total de casos com diagnóstico de abuso de fármacos, segundo a faixa etária, em Ambulatório Público, na cidade de São Paulo, entre 1972 e 1975	222
TABELA N.º 14 — Atendimento de pacientes menores, com diagnóstico de abuso de fármacos “stricto sensu” e de abuso de álcool, em relação com o total geral de atendimentos de pacientes menores, em Ambulatório Público, na cidade de São Paulo, no período de 1972 a 1975 (até 31 de julho)	223
TABELA N.º 15 — Sindicâncias realizadas, na cidade de São Paulo, pela Delegacia Especializada de Menores, da Secretaria da Segurança Pública, entre 1967 e 1976 (até 31 de julho)	224
TABELA N.º 16 — Sindicâncias realizadas, na cidade de São Paulo, pela Delegacia Especializada de Menores, da Secretaria da Segurança Pública, entre 1967 e 1976 (até 31 de julho)	227
TABELA N.º 17 — Sindicâncias realizadas, na cidade de São Paulo, pela Delegacia Especializada de Menores, da Secretaria da Segurança Pública, entre 1967 e 1976 (até 31 de julho), considerando 1971 como Ano Base	228

TABELA N.º 18 — Total de sindicâncias por abuso de fármacos “stricto sensu” e de álcool, em relação ao total de fármacos considerados, registrado pela Delegacia Especializada de Menores, na cidade de São Paulo, entre 1967 e 1976 (até 31 de julho)	229
TABELA N.º 19 — Pessoas condenadas por tráfico e uso de drogas, em confronto com o total de condenados em geral, em estabelecimentos prisionais da cidade de São Paulo, entre 1965 e 1973	230
TABELA N.º 20 — Opiniões sobre as penalidades de reclusão impostas pela lei, para usuários e traficantes	240
TABELA N.º 21 — Opiniões sobre lei, repressão e condenação	241
TABELA N.º 22 — Opiniões sobre a severidade da lei, quanto à pessoa que induz o menor ao uso de drogas	242
TABELA N.º 23 — Opiniões sobre a proposição na qual somente o traficante estaria sujeito às penas de reclusão, considerando-se o usuário como doente, merecedor de tratamento	242
TABELA N.º 24 — Opiniões sobre medidas de repressão, aplicáveis a usuários e traficantes	243
TABELA N.º 25 — Opiniões sobre a maior severidade da lei, aplicáveis a usuários e traficantes	244
TABELA N.º 26 — Opiniões sobre a individualização da pena na aplicação da lei	245
TABELA N.º 27 — Opinião sobre medidas de prevenção	245
TABELA N.º 28 — Opiniões sobre drogas e criminalidade	246
TABELA N.º 29 — Opiniões sobre algumas justificativas observadas do uso e abuso de fármacos	247

BIBLIOGRAFIA

- 1) BUIKHUISEN, W., “Intimidação Geral: Pesquisa e Teoria”, in “Temas de Criminologia”, Vol. I, Franco Ferracuti (Organizador), Editora Resenha Universitária, São Paulo, 1975.
- 2) BUIKHUISEN, W., “General Deterrence — Research and Theory”, Criminological Institute, Groningen University, The Netherlands, 1972.
- 3) HARREMOES E., “Reformes legislatives recentes dans les États membres du Conseil de l’Europe”, Paper presented at the 4th International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Belgrado, junho de 1973, ICAA.
- 4) HUTYRA, M.M., “Contribuição do CICRIB para o estudo comparativo das legislações latino-americanas relativas às drogas”, CICRIB, n.º 7, março de 1976.
- 5) KRAMER, J.F., e CAMERON, D.C., “La Pharmacodépendence”, OMS, Geneva, 1975.
- 6) NACIONES UNIDAS División de Estupefacientes, “Carta de Información”, n.º 1, Enero de 1976.
- 7) “The Socio-Political Phenomenon Called Drug Abuse”, Copenhagen, 8 de julho de 1974, inédito.

- 8) WORLD HEALTH ORGANIZATION, "WHO Expert Committee on Drug Dependence", 20th Report, Technical Report Series n.º 551, Genebra, 1974.
- 9) WORLD HEALTH ORGANIZATION, "Youth and Drugs", Report of a WHO Study Group, Genebra, 22-28, outubro de 1971.
- 10) YOLLES, Stanley F., "The numbers game: a commentary on statistical and sociologic study of drug abuse", Actes du 2e. Congrès International sur les Toxicomanies et du 13e. Congrès Français de Criminologie", Paris 1972, vol. II, n.º 2.

GRAFICOS

GRAFICO N.º 1 — Desinternações de pacientes com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu", por meses, no Hospital IV (particular), na cidade de São Paulo, no decurso dos anos 1975 e 1976	217
GRAFICO N.º 2 — Atendimentos de pacientes, em hospitais psiquiátricos particulares, com diagnóstico de abuso de fármacos "stricto sensu", na cidade de São Paulo, entre os anos de 1969 e 1975	218
GRAFICO N.º 3 — Atendimentos em hospitais psiquiátricos particulares, com diagnóstico de abuso de álcool, na cidade de São Paulo, entre os anos de 1969 e 1975	219
GRAFICO N.º 4 — Comparação por anos entre a evolução do número de sindicâncias por envolvimento com fármacos (stricto sensu) e o número de sindicâncias por abuso de álcool, realizadas pela Delegacia Especializada de Menores, na cidade de São Paulo, entre 1967 e 1976	226

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE DROGAS EN VENEZUELA

DR. A. GONZALEZ-CARRERO
(Venezuela)

1. CONSIDERACIONES ACTUALES DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Desde hace mucho tiempo personas de todas las clases sociales han abusado de las drogas; no obstante, solo recientemente el uso de las mismas se ha visto como un problema social y sanitario. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han hecho recomendaciones enérgicas a los Gobiernos a fin de que se comprometan a tomar medidas para garantizar el uso exclusivamente médico y científico de las sustancias estupefacientes y sicotrópicas. Sin embargo, es conocido que la responsabilidad propia de cada país depende del papel que desempeña en la producción, fabricación o uso de las drogas.

Evidentemente, la sociedad ha tomado conciencia de que el uso de estas sustancias acarrea problemas sociales e individuales; igualmente y en mismo sentido, los médicos, siquiátras y especialmente los sanitaristas han dado un paso decisivo al comprender que el usuario de drogas es un **enfermo que carece de salud mental**; y lo más importante, que padece de una **enfermedad crónica y epidémica**, con todas sus características, tratable desde el punto de vista médico y epidemiológico.

Actualmente el consumo de drogas es el fenómeno social por excelencia y su **difusión** (enfermedad epidémica) no es un misterio; su fuerza de **contagio** no respeta conceptos morales, familiares, sociales ni legales; evidentemente existen grandes intereses de ambas partes: usuarios y traficantes.

Como prueba de estos intereses, están los testimonios de cárceles, hospitales y cementerios; sin embargo, el problema fluctúa como las grandes epidemias, con altas y bajas, pero siempre sacrificando a los jóvenes.

Es necesario enfatizar que este punto de vista, el de considerar al usuario como un enfermo, es un concepto trascendental, porque con él se ha cambiado toda la dinámica del trabajo para la represión del tráfico y abuso de drogas; y es más, por primera vez se comienza a hablar de **prevención** en este problema.

En efecto, antes de este cambio existía fuerte acción represiva que producía gran tensión dentro de la sociedad:

- La Ley consideraba igualmente delincuente al traficante y al consumidor.
- La acción represiva no cumplía adecuadamente sus fines.
- Las estadísticas señalan que a pesar de todo aumentaban los consumidores.

Al modificarse el concepto y aceptarse el **consumidor como enfermo**, se realiza un cambio sustancial hacia los consumidores por parte de la sociedad.

- Los enfermos son tratados en hospitales en vez de recluirse en cárceles.
- En la familia se "tolera" mejor a un enfermo que a un delincuente.
- Como enfermedad, en la farmacodependencia hay posibilidad de hacer **prevención**.

Este cambio ha incidido sobre la dinámica de trabajo y ha permitido elaborar una nueva estrategia de acción, que puede referirse en la práctica a tres aspectos: Legal, Represivo y Preventivo.

1.1 **Aspecto Legal** — Un cambio de concepto necesariamente conlleva un cambio en los Códigos y Leyes especiales: se castiga fuertemente al traficante y por el

contrario, se promueve el tratamiento médico obligatorio para el usuario, así como otras medidas correctivas de tipo administrativo.

La evolución legal del problema en Venezuela es como sigue:

- Ley de Estupefactivos, vigente desde 1934.
- Código Penal, Artículo 367, modificación de 1963: Según este artículo se castiga con pena carcelaria tanto el traficante, como el usuario.
- Venezuela ha firmado y ratificado — la Convención Unica de Estupefacientes 1961; y la Convención de Sustancias Sicotrópicas, Viena 1971.

1.2 Aspecto Represivo — La acción represiva es tarea de los Cuerpos Policiales, Organizaciones Especializadas, etc. propias de cada país.

La acción represiva en Venezuela se lleva a cabo mediante la acción combinada de:

- Cuerpo Técnico de Policía Judicial, a través de la División Contra Estupefacientes.
- Policía Metropolitana.
- Fuerzas Armadas de Cooperación.

Venezuela no es un país productor de materias primas medicamentosas, por lo cual, sólo importa la cantidad necesaria para sus necesidades; por otra parte, en cuanto a sustancias naturales la mas importante es la **Cannabis sativa, L.** (Marihuana). Se han descubierto algunos cultivos que de ninguna manera cubren el mercado nacional; con mas frecuencia se descubren "cultivos caseros" para consumo personal.

La represión del tráfico ilícito de estupefacientes y sicotrópicos no puede ser efectuada sin una sólida cooperación internacional: en efecto:

- Las drogas se producen, transforman y consumen en países distintos.
- Prácticamente no existen fronteras para los traficantes quienes se desplazan de un país a otro con facilidades cada vez mayores.

El problema del control de las drogas es de tal naturaleza, que la cooperación entre países se ha hecho imperativa. La experiencia del **Opio** en el siglo pasado, a experiencia de la **heroína** en los últimos 50 años y la actual situación de la **Cannabis** y las nuevas **drogas sicotrópicas**, han demostrado hasta la saciedad, que el control nacional resulta insuficiente y en consecuencia se impone establecer medidas de control internacional.

Organismos internacionales como las Naciones Unidas y la OIPC — Interpol, promueven acuerdos o convenios multilaterales y otras acciones que permitan a los países signatarios, a través de la cooperación internacional, reprimir o cuando menos, disminuir el tráfico ilícito.

1.3 Aspecto Preventivo — Ha surgido como una necesidad la realización de programas de prevención a diferentes niveles. Hoy se concede gran importancia a este aspecto, que trata de llevar a la población, joven y adulta, una información seria y científica de los daños que acarrea el abuso de las drogas. Se piensa que una educación metódica y bien orientada en los centros de enseñanza puede ayudar a los jóvenes a tomar conciencia y actitudes adecuadas ante el problema; igual cometido, siendo diferente la metodología, se trata de alcanzar con charlas en grupos comunitarios.

Si realizamos un análisis somero de los diferentes aspectos que presenta en la actualidad el problema que nos ocupa, encontramos que la acción preventiva es necesaria ya que:

- Se trata de un problema esencialmente social, mas que policial.
- El consumidor debe ser considerado como un enfermo y no como un delincuente.
- La acción represiva policial es tan una acción de emergencia y no una solución.
- Las leyes actuales resultan insuficientes ante la problemática ya que la aparición de nuevas drogas, como son las sustancias sicotrópicas, distintas

desde todo punto de vista de los estupefacientes, complica los aspectos legales del problema.

Toda política de prevención, debe tener por parte del Estado, una estrategia educativa dirigida a la sociedad, así como la prohibición y el control del sensacionalismo irresponsable que asumen algunos medios de comunicación. En Venezuela, esta actividad es realizada por la División de Prevención del Delito del Ministerio de Justicia, la División de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y por el Ministerio de Educación.

2. DROGA Y DELINCUENCIA

Todavía se discute que relación existe entre el abuso de las drogas y la delincuencia y cual de los dos fenómenos tiene prioridad. Para responder a esta interrogante se han formulado dos teorías, a saber:

2.1 Una teoría que llamaremos **teoría clásica**, la cual se fundamenta en la definición de toxicomanía señalada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual "es un deseo, una necesidad compulsiva de consumir drogas y de procurarsela por cualquier medio"; lo cual propiciará la comisión de delito por el consumidor. Esta teoría ha sido comprobada en el hospital de Lexington, Kentucky (EUA) y otros hospitales donde son admitidos toxicómanos; según las estadísticas señaladas por ellos mas del 69% de los abusadores de drogas allí admitidos no tenían antecedentes judiciales.

2.2 La segunda teoría, que llamaremos "**Teoría Norteamericana**" formulada en una oportunidad por los voceros del Federal Narcotics Bureau, sostiene que "la Toxicomanía es consecuencia de la delincuencia", es decir, que un delincuente no esta exento de verse involucrado en una u otra ocasión en el tráfico, la tenencia y el consumo de estupefacientes; esta teoría ha sido comprobada por el estudio de la delincuencia en Norteamérica, Nueva Zelandia y otros países.

Estas dos teorías parecen en principio contradictorias; un análisis detenido nos señala que son valederas para los grupos de personas a las cuales han sido aplicadas; si bien es cierto, que la teoría clásica es aplicable a la mayoría de los casos no es menos cierto que la Teoría Norteamericana es válida para una gran parte de la población norteamericana y otros países anglosajones; además tiene el mérito de llamar la atención del medio socio-cultural.

La teoría clásica, nos señala al consumidor como a un enfermo que de acuerdo con lo expuesto, tiene una personalidad "inmadura", con desajustes en sus patrones de adaptación siendo por lo tanto un enfermo mental. El consumidor sólo comete delitos para satisfacer sus necesidades (robos, etc.) y excepcionalmente llega a cometer un homicidio.

2.3 Ahora bien, para encontrar la verdadera relación entre droga y delincuencia se deben **considerar y clasificar los hechos**, y no los sujetos. Cada vez se consideran los sujetos y se clasifican, se establece una gran variedad de categorías. Al contrario, las acciones de las personas, al menos en sus consecuencias jurídicas, son menos diferenciadas y por lo tanto mas fáciles de clasificar, y además, están previstas en los Códigos Penales.

Se distinguen dos grupos de hechos punibles:

2.3.1 Delitos provocados o engendrados por los estupefacientes y sicotrópicos (delitos directos):

- a) Consumo de drogas: constituye delito por si mismo.
- b) Infracciones o delitos cometidos bajo la acción de drogas, o sea las que pueden ser consideradas como consecuencia directa de la toxicomanía.

2.3.2 Delitos que tienen por meta las drogas (delitos indirectos):

- a) Proselitismo o propaganda en favor del consumo de estupefacientes y sicotrópicos.
 - b) Delitos efectuados por los consumidores para obtener la droga.
 - c) Delitos para procurar estupefacientes y sicotrópicos a los consumidores.
- Evidentemente este cuadro no es hermético y permite incluir otros grupos.

3. DELITOS ENGENDRADOS O PROVOCADOS POR EL CONSUMO DE LOS ESTUPEFACIENTES Y SICOTROPICOS

3.1 Debemos recordar la influencia de factores socio-culturales en las toxicomanías, así tenemos:

- La influencia de las profesiones: los médicos, odontólogos, farmacéuticos, oficios para-médicos, etc., son tanto por sus conocimientos científicos como por sus ingresos campo propicio para el consumo de estupefacientes.
- Los músicos y aficionados del jazz, quienes pasan muchas horas en su actividad, utilizan los estupefacientes para disminuir la “tensión”, “relajarse” o “estimularse”.
- Los homosexuales, las prostitutas (las hace mas sociables, les quita las menstruaciones y los deseos sexuales) y los proxenetas, que favorecen la toxicomanía en las prostitutas para hacerlas mas dóciles y obedientes.
- Los artistas de teatro e cine, que generalmente tienen una personalidad inestable, son muy sensibles a las tensiones extrañas y además, frecuentemente están sobrecargados de trabajo, pueden caer facilmente en la toxicomanía.
- Escritores y poetas, los cuales con frecuencia hablan de “**libertad de costumbres**”, de “no conformismo”, de obtener sensaciones particulares o visiones inéditas en el campo creativo, pueden llegar a consumir estupefacientes por evasión o investigación.
- Debemos recordar el proselitismo literario, ya que hay muchas obras literarias dedicadas a ensalzar las “cosas” buenas que se obtienen con los estupefacientes.

Finalmente, no debemos olvidar las masas de gente pobre, abandonadas en las grandes urbes, donde ademas de consumo de estupefacientes existe un alto índice de delincuencia juvenil.

3.2 Al margen de que el consumo se refiere a drogas controladas, es evidente que se plantea un problema sanitario: el perjuicio a la salud individual o colectiva.

En efecto, la **farmacodependencia**, se compara a las enfermedades infectocontagiosas y por definición produce:

- Tolerancia con dependencia física y síquica.
- Síndrome de privación o abstinencia.
- Intoxicación crónica e intoxicación aguda (sobredosis).

El consumo de drogas como problema sanitario, es una responsabilidad del Estado, que a su vez asume los controles a través de leyes especiales.

3.3 **Cuando la toxicomanía constituye un delito por si misma.** En la mayoría de los países el consumo, la tenencia y el tráfico está prohibido y por lo tanto, es perseguido y reprimido mediante el empleo de leyes especiales.

Sin embargo hay que hacer algunas consideraciones al respecto:

- El consumo y abuso de drogas se considera un delito cuando se trata de drogas controladas por leyes especiales.
- Algunas sustancias pueden ser consumidas por los humanos, sin mayores riesgos para la salud, por lo que el control legal sólo interesa al Estado como medio de renta por impuestos especiales.
- Existen sustancias que pueden producir daños a la salud, que requieren control médico y en consecuencia se exige la **receta médica**, para su administración.
- Hay sustancias, que una vez absorbidas producen actitud agresiva o conducta peligrosa, lo cual justifica la **acción penal**, como medio de disminuir el consumo y en consecuencia riesgos a terceros.
- Los opiados (opio y derivados), tienen poca acción delictógena.
- La cocaína y la cannabis, tienen marcado efecto delictógeno a la vez que hacen mas sensible e irritable, al usuario, a los estímulos del medio ambiente.
- Mas del 50% de los fumadores de cannabis terminan por cometer actos de agresividad.

- La asociación de drogas, generalmente origina un “comportamiento violento” y por lo tanto es potencialmente delictógena en mayor grado.
- Existe marcada relación entre el consumo de drogas y accidentes de tránsito.
- Hay datos que sugieren que los adolescentes que usan solventes (tóxicos volátiles), o bien, consumen mezclas de barbitúricos con anfetaminas, tienen conducta desviada o delictiva.
- Ciertas drogas como la cannabis y las anfetaminas que producen desinhibición, irritabilidad y conducta errática, promueven violencia y actos delictivos.

Sin embargo, debemos señalar que la influencia delictógena de los estupefacientes y sicotrópicos no es específica y depende en gran parte de la estructura somática y síquica del consumidor.

3.4 Delitos o infracciones cometidas bajo la influencia de los estupefacientes y sicotrópicos

Los delitos provocados por consumidores de estupefacientes varían según el tipo de “droga” y la “personalidad” del consumidor. Para la mayoría de los autores, los estupefacientes y sicotrópicos son sustancias potencialmente delictógenas, y generalmente, el consumidor se comporta como un antisocial que para mantener su consumo roba, hurta o atraca, siempre con **ánimo de lucro**; son delitos cometidos para obtener una ganancia. Menos frecuentemente se trata de agresiones contra las personas, pero tenemos que reconocer que las drogas condicionan un **comportamiento violento** del sujeto en la comisión de los delitos.

Se puede decir que los efectos perjudiciales varían con la condición de cada persona.

Por otra parte, debemos tomar en consideración que los peligros que ocasionan las drogas sedantes, tranquilizantes y analgésicas, varían de acuerdo con cada droga, incluyendo la dependencia, física y síquica; efectos fisiológicos: lentitud de reflejos, depresión, coma, muerte; efectos psicológicos: confusión, ansiedad, sicosis tóxica; y **especialmente otros efectos que orientan hoy el consumo de otras drogas.**

4. DELITOS QUE TIENEN POR META LOS ESTUPEFACIENTES

Este tipo de delitos son los llamados delitos “indirectos” y pueden clasificarse como sigue:

4.1 Proselitismo y propaganda a favor de los estupefacientes:

Bajo este título se distingue:

- La distribución gratuita de los estupefacientes para hacer clientela.
- El proselitismo del toxicómano para compartir el vicio.
- El caso del consumidor-vendedor de estupefacientes, para procurar dinero y mantener su vicio.

La distribución gratuita a sujetos no toxicómanos representa uno de los aspectos comerciales que mas favorecen el desarrollo de la toxicomanía. Para mantener y acrecentar el mercado hay que ampliar la demanda y por ello, es necesario hacer nuevos “clientes” de estupefacientes a través de una distribución gratuita; así ciertos toxicómanos, organizan reuniones en su domicilio u otros locales acondicionados para tal fin e invitan a sujetos no consumidores, dando los estupefacientes en forma gratuita.

A esta forma de proselitismo hay que añadir el llamado **proselitismo individual** del toxicómano, el cual quiere compartir su vicio y a la vez, hacer el círculo de sus semejantes, solidarios de su condición y de su vicio; es por ello, que son frecuentes las parejas de toxicómanos.

No olvidemos que el toxicómano prosélito, a menudo busca con su propaganda un beneficio económico que le permita a su vez comprar la droga para sí mismo.

4.2 Delitos cometidos por el toxicómano para obtener los estupefacientes

La opinión general, un tanto exagerada, es que el consumidor siempre llega a delinquir para procurarse el estupefaciente; se admite como un postulado, que el toxicómano es empujado por la **necesidad compulsiva** de consumir la "droga" y procurarsela por todos los medios llegando así a cometer delitos.

Por otra parte, hay que considerar que no están en las mismas condiciones el consumidor rico y el consumidor pobre; el rico podrá arruinarse, vender sus bienes, pero no necesitará recurrir al delito; por el contrario, los pobres cometen ciertos delitos al alcance de sus medios, delitos donde aprovechan la ocasión y que desde luego, necesitan pocos preparativos y poco tiempo porque hay que realizarlos antes de que aparezca el **síndrome de abstinencia**. Así, los delitos mas comunes son:

Robos (características, almacenes o abastos, autos de médicos) atracos a farmacias y depósitos de medicinas, pequeñas estafas, falsificaciones de récipes médicos y constancias médicas, la reventa de estupefacientes a otros toxicómanos.

Hay que señalar, que generalmente cuando el toxicómano comete un acto de violencia para procurarse dinero o estupefacientes es porque ha sido sorprendido robando, atracando, etc., ya que normalmente no es violento.

Finalmente, la delincuencia del toxicómano guarda cierta fidelidad o constancia a sus actos: el que falsifica récipes médicos seguirá siempre esta vía; el simulador se perfeccionará cada vez mas a fin de obtener un récipe médico con su droga favorita.

4.3 Delitos por tráfico ilícito de estupefacientes y sicotrópicos. En todos los países se encuentran clientes para el tráfico ilícito de estupefacientes.

Hay países donde no está muy extendido el abuso de drogas mientras que en otros, está arraigada y afecta a diversos sectores de la sociedad; en consecuencia, ningún país puede considerarse inmune, pues si bien puede no tener un problema de consumo, puede en cambio ser objeto de tránsito, es decir, servir de estante a las actividades nacionales o internacionales de los traficantes de drogas.

Cualquiera que sea la droga de que se trate, toda producción o fabricación ilícita de ella, si no se suprime, terminará por extenderse a zonas de influencia cada vez mayores, aumentando por consiguiente, el número de usuarios, si se considera la habilidad y la tecnificación de los traficantes de drogas, y en cierta forma, la facilidad para esconder los "estupefacientes blancos" (morfina, heroína, cocaína, etc.), acompañado de los altos dividendos económicos que produce esta ilícita actividad, se comprenderá porque los esfuerzos que realizan los estados por separado fracasan; por ello, se necesita cierto grado de cooperación entre los países a fin de que la fiscalización internacional resulte eficaz.

Como es lógico comprender, cuando los traficantes encuentran problemas en algún país, trasladan sus actividades a otras áreas o idean nuevos itinerarios; o bien, desvían la droga de ruta lícita a los mercados de consumo; incluso sustituyen el tráfico de una droga por otra más peligrosa o que tenga menos problema para el contrabando. El contrabando de drogas no tiene un **modus operandi** uniforme pero se basa esencialmente en el traslado del estupefaciente de fuente de producción clandestina a las zonas de consumo.

El tráfico ilícito de estupefacientes es complejo y los expertos internacionales en la materia señalan que las cantidades de drogas decomisadas sólo representan, aproximadamente, un 20% de dicho tráfico, y que normalmente, no suele pasar de un 10% del tráfico efectivo; tal circunstancia obedece, en gran parte, a que los traficantes se dedican frecuentemente a otras actividades delictivas; el tráfico ilícito de drogas está ligado a delitos de falsificación de moneda, trata de blanca, tráfico ilícito de piedras preciosas y de diversos metales, etc.; por otra parte, la carencia de cifras absolutas en relación a esta actividad, se debe al mismo hecho de que el consumo de drogas está prohibido en muchos Estados.

Ademas de la pluralidad en la actividad del traficante, existen otros factores no menos importantes que entorpecen la estadística y el buen conocimiento de esta actividad ilícita: la eficacia de las policias nacionales, la movilidad e ingenio del traficante, el volumen del mercado de la droga, etc.

Sin embargo, al margen de todo comentario, esta actividad ilícita es cada vez más audaz; a pesar de la eficacia de los organismos represivos, el volumen de decomisos de drogas es cada vez mayor, lo cual es una indicación de que el tráfico ilícito de drogas sigue siendo alto.

Aquí hay que distinguir entre la **delincuencia aislada** y la **delincuencia asociada u organizada**.

- a) **Delincuencia individual o aislada:**
Frecuentemente se trata de personas que están legalmente autorizadas para tener o aprovisionar a otros de estupefacientes, los cuales desvían de su ruta legal para darlos o revenderlos conscientemente a los usuarios; menos frecuentemente, se trata de médicos que hacen récipes de complacencia o simplemente explotan a los toxicómanos.
- b) La delincuencia asociada se refiere prácticamente a los "gangs" o traficantes de drogas que se encargan del contrabando y la distribución al por mayor o al granel de los estupefacientes.

4.4 El papel que juega la Policía Científica en el descubrimiento del tráfico ilícito de estupefacientes es muy complejo. Se hace necesaria la inversión continua de grandes sumas de dinero para poder "penetrar" las bandas y recabar suficiente información y pruebas que hagan posible iniciar un proceso judicial. La investigación comienza en "silencio" y la mayor parte de ella debe ser realizada así. Generalmente en el "sitio del suceso" son pocos los indicios a trabajar y pocas las posibilidades de observación y análisis técnicos. Además se requiere gran paciencia y tiempo, ya que en este campo específico, la investigación sufre muchos contratiempos que la alargan y entorpecen.

5. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN VENEZUELA

5.1 **Antecedentes Historicos** — recordemos algunos antecedentes que son de importancia a fin de enjuiciar adecuadamente el abuso de las Drogas en Venezuela.

5.1.1 **Tradicionalmente se han controlado** — el Opio (*papaver somniferum*) y sus derivados naturales y sintéticos; la hoja de coca (*Erithroxylum coca*) y su alcaloide principal la cocaína; la planta conocida como Marihuana (*Cannabis Sativa*). El control internacional se realizó primero por la Liga de las Naciones y luego por las Naciones Unidas.

5.1.2 Los Sicotrópicos se controlan internacionalmente a partir del convenio de Viena en 1971.

5.1.3 Desde comienzos de la década de los años 50, se han sucedido cambios ostensibles en cuanto a los patrones de consumo, edad de los usuarios, clase socioeconómica y tipo de droga.

5.1.4 A partir del año 1960, surgió con carácter de epidemia un movimiento de gente joven, matizado por la llamada "brecha generacional", dirigido contra la — sociedad de consumo alienante, — en lucha contra la sociedad tradicional, en cuanto se refiere a familia, educación, y valores tradicionales.

5.1.5 En algunas ocasiones el consumo de drogas es reforzado por algunas ideologías políticas. En estos casos la droga es considerada "arma de combate".

5.2 En Venezuela, el problema del consumo de drogas es relativamente nuevo. Para dar una idea, esquematizaremos el problema en tres etapas consecutivas, tomando en consideración los mismos parámetros para todas ellas.

5.2.1 **Antes de 1960:**

- a) **Drogas consumidas:** la información existente señala consumo moderado de Marihuana (*cannabis sativa*) y de cocaína. Prácticamente no se plantea como un problema social grave. Se conoce un grupo muy reducido de morfinómanos.
- b) **Consumidores:** Los usuarios son personas adultas, generalmente mayores de 30 años; con oficios variados y criminológicamente en situación delictual o pre-delictual.

- c) **Régimen legal:** está vigente desde 1934 la Ley de Estupefactivos. Esta Ley es muy útil en cuanto a control administrativo se refiere y la penalidad por transgresión de la misma es de una multa hasta (5.000 Bs.) cinco mil bolívares. De acuerdo con esta Ley se acepta el internamiento hospitalario como tratamiento médico.
- d) **Concepto criminológico:** se sigue prácticamente el concepto dominante de consumidor-delincuente. Este concepto va a presionar fuertemente a la opinión pública.
- e) **Consideración Internacional:** la información de organismos especializados consideran al país como zona de tránsito, señalando su magnífica posición geográfica.

5.2.2 Entre 1960-1970

Esta década se caracterizó por presentar el abuso de drogas como una pandemia; en efecto, se informó a través de los medios de comunicación que el patrón de consumo va hacia la **polidroga**, que en todos los estratos socio-económicos, sean consumidores y como agravante, estos son cada vez mas jóvenes. Por otra parte, se acentuó mas la brecha generacional, y la rebeldía de los jóvenes contra la sociedad establecida considerada alienante; además, el joven lucha contra el sistema educacional y reniega de los estatus y el sistema clasista. La situación culmina en nuestro país con la lucha por la "renovación de la educación" y la aparición del llamado "poder joven".

De hecho, esta década es de gran importancia en la problemática de la droga.

- a) **Droga consumida:** la marihuana (*Cannabis sativa*) se mantiene como la droga mas distribuida, consumida y decomisada. La cocaína se consume poco y tiende a desaparecer del mercado ilícito de drogas. Por el contrario, aparecen los barbitúricos y las anfetaminas; se abusa especialmente de los barbitúricos en forma pura (*Seconal Sódico* (R) *Nembutal* (R)), o en combinación con otras sustancias en medicamentos analgésicos-antitérmicos (*Optalidón* (R) *Cafenol* (R)). Hay evidencia de abuso de polidrogas. Hacia fines de esta decada se pone de manifiesto, al principio muy timidamente y luego como epidemia, el consumo y abuso de L.S.D. (*Dietilamida del ácido lisérgico*). Se consumió muy poca mescalina. Hay información de que está aumentando el consumo de opiados (*Morfina*, *Sosenyl* (R), *Demerol* (R), *Heroína* 8).
- b) **Consumidores:** Se trata de jóvenes, adolescentes y aún niños, de todas clases socio-económicas. Se comenta insistentemente la situación de Liceos con problemas de drogas.
- c) **Régimen Legal:** Se mantiene vigente la Ley de Estupefacientes. En 1963, se modificó el Código Penal, Artículo 367, donde establece pena carcelaria entre 2-8 años para quienes infrinjan el mencionado Artículo. No hay diferencia penal entre consumidor y traficante.
- d) **Concepto Criminológico:** Hasta mediados de la década de los 60, se mantiene la idea de consumidor-delincuente; sin embargo, la experiencia había demostrado que los usuarios de drogas carecían, en sentido estricto, de salud mental por lo cual se comienza a manejar la idea de consumidor-enfermo.
- e) **Concepto Internacional:** El país, paulatinamente se va convirtiendo de zona de tránsito en zona de consumo.

5.2.3 1970 en adelante:

Aparecen menos cambios en cuanto a patrón de consumo, y desde luego aparejados a nuevos cambios socio-económicos en el país, que sean a reorientar el problema de las drogas.

- a) **Droga Consumida:** Hay cambios sustanciales a saber: la marihuana se mantiene en primer lugar de consumo; disminuye, hasta prácticamente desaparecer la utilización del L.S.D. y otros alucinógenos; disminuye sustancialmente el consumo de anfetaminas y barbitúricos. Por el contrario, reaparece la cocaína, y aumenta su consumo a medida que avanza la década. Es de hacer notar que se comienzan a utilizar

alucinógenos naturales, tales como el "Ñongue" (*Datura Stramonium*); Te de campanitas" (*Datura Suanolensis*). Igualmente, hacia 1972, aparece una epidemia de consumo de "Hongos alucinógenos" (*Psilocibe Cubensis*). Es de señalar que el consumo de alucinógenos naturales se ha mantenido estacionario, con alguna tendencia a descender. Persiste el consumo no selectivo (Polidrogas).

- b) **Consumidores:** Siguen siendo gente joven con tendencia a iniciarse en el consumo de drogas a edades cada vez mas tempranas.
- c) **Régimen Legal:** Se mantiene vigente la "Ley de Estupefactivos", el artículo 367 del Código Penal; además Venezuela firma y ratifica el convenio de sicotrópicos de Viena en 1971. Hay que señalar que existe, para discusión y aprobación por el Soberano Congreso Nacional de Venezuela un anteproyecto de "Ley de Estupefacientes y Sicotrópicos" consigado por la Comisión Contra el Uso Indebido de las Drogas (C.C.U.I.D.).
- d) **Concepto Criminológico:** Con algunas alternativas parece ya definitivamente establecido el concepto de consumidor-enfermo y traficante-delincente. En el anteproyecto de Ley mencionado existe una figura jurídica denominada consumidor-traficante que recibe un tratamiento especial dadas las circunstancias particulares que lo rodean, su frecuencia y la importancia que esto tiene desde el punto de vista social.
- e) **Concepto Internacional:** Se considera al país como Zona de Consumo.

5.3 Unidad de Terapia Especial (U.T.E.)

El esquema siguiente corresponde a un estudio exploratorio, producto de las observaciones realizadas por un grupo interdisciplinario de trabajo, adscrito a la Unidad de Terapia Especial (U.T.E.), Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de las Fuerzas Armadas "Dr. Carlos Arvelo".

En base al estudio sistemático de las historias siquiátricas se elaboró el perfil bio-sico-social y toxicológico de los pacientes hospitalizados en la mencionada unidad, en el período comprendido de junio 1974 a junio 1976, en el cual se estudiaron 47 pacientes: 45 pacientes corresponden a personal de tropa 2 pacientes civiles, familiares de oficiales. Las características son como sigue:

1. Edad media del grupo es de 20 años, oscilando entre 17 y 24 años.

2. Características socio-económicas

Las variables que utilizamos para la construcción del perfil socio-económico son las siguientes:

- a) Estructura y composición del grupo familiar.
- b) Status socio-económico del grupo familiar.
- c) Condiciones sociales de los pacientes para el ingreso al S.M.O.

a) Estructura y composición del grupo familiar

El 51.11% de los padres de los pacientes han disuelto sus uniones y establecido nuevas uniones. Encontramos numerosos casos con figuras maternas sustitutas abuelas, tíos, hermanas y/o en forma inestable de los padres fallecidos.

- El 20% son producto de uniones esporádicas, lo cual significa el desconocimiento de la figura paterna. Esto suma un total de 71.11% de pacientes provenientes de padres cuyas uniones han sido disueltas.
- El 8.89% de los padres viven unidos en concubinatos estables, y el 20% están casados. Ahora bien, en estas familias observamos que aún cuando la pareja haya permanecido unida, las funciones propias de cada uno de sus miembros no son cumplidas satisfactoriamente. La figura paterna no desempeña su rol de enlace del grupo familiar con el medio social, por padecer trastornos de personalidad, inmadurez y alcoholismo. En la figura materna encontramos una posición minismática para el buen ejercicio de su rol.

- Como consecuencia del tipo de uniones de los padres, obtenemos la filiación del grupo estudiado: El 80% son hijos naturales y de estos el 42,2% no reconocidos. Solamente un 20% son hijos legítimos.
- El número de hijos promedio por familia es de 6, lo cual siendo un número elevado de hijos sigue los patrones demográficos de la familia venezolana, principalmente de las que poseen menos recursos económicos como veremos a continuación.

b) Status socio-económico del grupo familiar

Para la construcción del índice para medir el status socio-económico se utilizaron los siguientes parámetros: — Ocupación e ingresos de los padres, nivel de instrucción y tipo de vivienda.

- El resultado obtenido es como sigue:
- 68,89% pertenecen al status socio-económico bajo caracterizado por ingresos inferiores a 1000 bolívares mensuales; un nivel de instrucción de primaria incompleta y se desempeñan como mano de obra no calificada o sub-empleos. Habitan en ranchos o viviendas rurales con toda la problemática social que las caracteriza:
- El 26,6% pertenece al status socio-económico medio con ingresos de 2000 bolívares y el 4,44% al status socio-económico alto, con ingresos de 3000 bolívares y más mensuales.

Este cuadro nos muestra como el problema de la farmacodependencia ha penetrado más nuestras clases de bajos recursos socio-económicos que habitan en las áreas marginales del país, sin descartar su elevada incidencia en las clases media y alta ya que sabemos que el servicio militar obligatorio es prestado mayoritariamente por jóvenes de escasos recursos socio-económicos.

c) Condiciones sociales de los pacientes para el momento de su ingreso:

Situación Estudiantil

- El 51.11% de la muestra estudió hasta los primeros años de bachillerato (1.º y 2.º año) y el 33.3% hasta 6.º grado de educación primaria.
- Un 75.56% expone como causa de no haber continuado los estudios falta de motivación e interés, mientras que un 24.44% solamente por necesidades económicas.

Luego correlacionamos las variables causas del abandono de los estudios y la edad del inicio del consumo de las drogas y observamos la alta correlación que existe entre ellas. Es decir que coinciden cronológicamente ambas variables.

Situación Laboral

- El 71.11% no estudiaba ni trabajaba para el momento de su ingreso al Servicio Militar aún cuando las necesidades del grupo familiar así lo requirieron. El 28,89% trabajaba en forma inestable (máximo 3 meses en un trabajo).

Todo esto indica la inadaptación, desorientación e irresponsabilidad que caracteriza a este grupo de jóvenes farmacodependientes, y constatamos que los que ingresan voluntariamente al S M O (28.9%) lo hacen buscando seguridad, orientación y solución a los problemas que se han creado en la vida civil.

3. ASPECTO TOXICOLÓGICO

- Edad inicio de consumo: 13 años con un mínimo 10 y un máximo 17 años.

— Promedio de tiempo de consumo: 7 años.
 Cuanto mas temprano sea el inicio de consumo de drogas mayor peligro habrá en cuanto a cantidad y variedad de drogas a consumir.

— Droga utilizada de una muestra de 45 pacientes:

	%	
Marihuana (Cannabis sativa, L.)	100	45
Hongos Alucinógenos (Psilocybe Cubensis)	64,4	29
Barbitúricos	100	45
Cocaína (Erithroxylon coca)	55,6	25
Anfetaminas	40	18
L.S.D. (Dietilamida del Acido Lisérgico)	37,8	17
Drogas Tranquilizantes	37,8	17
"Ñongue" o "Locovich" (Datura Stramonium)	22,2	10
Analgésicos no opiados	15,6	7
"Té de Campanitas" (Datura Suavolens)	13,3	6
Solventes (Cloretíl, Tinner, Gasolina, etc.)	8,8	4
"Ñopo" o "Niopo" (Piptadenia peregrina)	4,4	2

— Forma de consumo (cuadro n.º 12)

No hay consumidores selectivos y por el contrario son usuarios a poli-drogas.

- a) Consumo de mezclas simples 40% 18 años
- b) Consumidores de mezclas complejas 60% 27 años

Frecuencia de consumo:

El 91,1% lo hace diariamente y el 8,9% cuando puede.

— Droga de Inicio

Marihuana 75,6%, Barbitúricos 20%, Cocaína 2,2%; solventes 2,2%

— Forma de Contacto de las drogas

Con amigos 62,2%; familiares 15,6%; amigos y educación secundaria 8,9%; como traficante o por prescripción médica 2,2%

— Motivación del consumo

	%
Sentirse mejor	29,4
Curiosidad o experimentación	20
Huir de la realidad	19
Adaptarse a grupo	9,40
Otras causas	15,00
Desconocen motivación	7,00

4. COMENTARIO SIQUIÁTRICO

El estudio de los pacientes señala trastornos variados de la personalidad, manifiesto por una sintomatología Sicopática en 97,8% de los pacientes. Este porcentaje incluye casos que corresponden a **carecteropatía** como los que funcionan primordialmente con **manejos sicopáticos** (expresiones conductuales) que opacan la patologia de fondo. Se trata de adolescentes que carecen de control interno, sexualmente inmaduros y que no funcionan en relación a su potencia. En general, se manejan con muy baja capacidad de tolerancia a la frustración, escasas o ninguna responsabilidad, dependencia acentuada y conflictos con las figuras de autoridad. En estos pacientes tambien se observa marcada dificultad para discriminar sus emociones (miedo, dolor, rabia, angustia, amor) las cuales se le hacen confusas por lo que la expresión de las mismas no se corresponden con

sus vivencias, esta situación les produce angustia y tensión que los induce a actuar con conducta anormal que los perjudica. En estos pacientes, la droga actúa como inhibidor de la ansiedad, les crea una convicción de realidad y de comunicación; en estas condiciones se crea un círculo vicioso que conduce al deterioro del consumidor.

FILIACION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UTE.
(cifras absolutas, relativas)

Filiación	N.º	%
Hijo Legítimo	9	20.00
Hijo Natural Reconocido	17	37.78
Hijo Natural No Reconocido	19	42.22
TOTAL	45	100.00

STATUS SOCIO-ECONOMICO DEL GRUPO FAMILIAR
(cifras absolutas, relativas) ute

Status Socio-Economico	N.º	%
Alto (mas de 3.000 Bs)	2	4.44
Medio (2.000 Bs)	12	26.67
Bajo (menos de 1.000 Bs)	31	68.89
TOTAL	45	100.00

**GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL PERIODO JUNIO 74 A JUNIO 76**
(cifras absolutas, relativas) ute

Grado de Instruccion	N.º	%
Primaria Completa	15	3.33
Primaria Incompleta	7	15.56
Secundaria Completa	0	0.0
Secundaria Incompleta	23	51.11
TOTAL	45	100.00

MOTIVACION PARA EL CONSUMO (ute)

Motivacion	Casos	%
Sentirse mejor, mas potente, sin miedo	25	29.4
Curiosidad, experimentacion	17	20.0
Huir de la realidad, olvidar problemas	16	19.0
Adaptarse al grupo, ser aceptado	8	9.4
Sentimiento de soledad	7	8.2
Lograr mejor entendimiento, sensibilizacion	6	7.0
No contesto	5	5.9
No sabe	1	1.1
TOTAL	85	100.0

INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS

Edad	Casos	%
10 años	6	13.3
11 "	2	4.4
12 "	8	17.8
13 "	13	28.9
14 "	7	15.6
15 "	3	6.7
16 "	4	8.9
17 "	2	4.4
TOTAL	45	100.0

Edad Promedio

(ute)

TIEMPO DE CONSUMO DE DROGAS

Tiempo	Casos	%
3 años	1	2.2
4 "	2	4.4
5 "	5	11.1
6 "	10	22.2
7 "	8	17.8
8 "	7	15.6
9 "	7	15.6
10 "	3	6.7
11 "	2	4.4
TOTAL	45	100.0

Tiempo Promedio

(ute)

FORMA DE CONSUMO (ute)

Forma	Casos	%
Consumidor Selectivo	0	0
Mezclas Simples	18	40
Mezclas Complejas	27	60
TOTAL	45	100

PRIMERA DROGA CONSUMIDA (ute)

Tipo de Droga	Casos	%
Marihuana	34	75.6
Barbiturico	9	20.0
Cocaina	1	2.2
Solvente	1	2.2
TOTAL	45	100.0

FORMA COMO ENTRO EN CONTACTO (droga)

Forma	Casos	%
Amigos	28	62.2
Familiar	7	15.6
Amiga (novia)	4	8.9
Liceo	4	8.9
Prescripcion Medica	1	2.2
Vendiendo Primero	1	2.2
TOTAL	45	100.0

(ute)

CAUSA DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS
Y EDAD EN QUE SE INICIO EL CONSUMO (ute)

EDAD \ CAUSA	Necesidad de Trabajar		Falta de Motivacion	
	Casos	%	Casos	%
9 a 11 años	1	2.22	6	13.33
12 a 14 años	9	20.00	21	46.67
15 a 17 años	1	2.22	7	15.56
Total Relativo	11	24.44	34	75.56
Total Absoluto: 45 casos — 100%				

SITUACION FAMILIAR DE LOS PADRES (ute)

Situacion Legal	Casos	%
Casados	9	20.00
Separados (nueva union)	23	51.11
Concubinatos Estable	4	8.89
Separados (union esporadica)	9	20.00
TOTAL	45	100.00

FRECUENCIA DEL CONSUMO (ute)

Frecuencia	Casos	%
Diario	41	91.1
Cuando Podia	4	8.9
TOTAL	45	100.0

DROGA UTILIZADA

NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADOS: 45 (ute)

Droga	Casos	%
Marihuana (Cannabis Sativa)	45	100.0
Barbituricos	45	100.0
Hongos Alucinogenos (Psilocybe cubensis) ..	29	64.4
Cocaina (Erithooxylum coca)	25	55.6
Anfetaminas	18	40.0
L.S.D. (Dietilamida del Acido Lisergico)	17	37.8
Drogas Tanquilizantes	17	37.8
Ñongue o Locovich (Detura stramonium) ...	10	22.2
Analgesicos no Opiados	7	15.6
Te de Companitas (Detura suaveolens)	6	13.3
Solventes (Clorofil, Tinner, Gasolina, etc.) ..	4	8.8
Ñopo o Niopo (Piptadenia peregrina)	2	4.4

5.4 Centro de referencia y orientacion juvenil: Puesto en funcionamiento por la Comisión Contra el Uso Indebido de las Drogas y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través de la División de Higiene Mental.

Este Centro fue fundado con el propósito de ayuda y orientar a nuestros jóvenes, así como a sus representantes y familia en la búsqueda de soluciones en diferentes áreas conflictivas, propias de la adolescencia. Entre otros objetivos propuestos, hay que señalar:

- Asesorar a los padres y representantes sobre la forma como deben proceder en los casos de los familiares jóvenes iniciados en el consumo de drogas.
- Informar a los profesionales interesados, sobre los diferentes centros de prevención, tratamiento y rehabilitación, existentes en el país, así como sobre fuentes bibliográficas.

— Investigación de motivaciones y consecuencias del abuso de las drogas y otros efectos relacionados.

Labores y Prevención:

Prevención Primaria: El Centro no solo realiza una labor de ayuda al joven drogadicto, sino a cualquier joven que tenga conflictos de tipo psicológico, ya sean de orden familiar, social, educativo, laboral, etc. sin que necesariamente sean consumidores.

Prevención Secundaria: Se realiza con los jóvenes iniciados en el uso de las Drogas, que no presentan dependencia y usan de ellas en forma ocasional.

Prevención Terciaria: Es la asistencia a jóvenes adictos que presentan dependencia fisiológica y psicológica, a los cuales se trata de ayudar y motivar para su rehabilitación.

En los tres casos se realiza además una labor psicoterapéutica sobre las tendencias suicidas y las conductas desviadas, ya que todo aquel que abusa de las drogas se puede convertir en un suicida o en un delincuente.

**CASOS ATENDIDOS, POR CONSUMO DE DROGAS
EN EL CENTRO DE REFERENCIA JUVENIL DE VENEZUELA
DURANTE LOS AÑOS 1974 Y 1975**

TIPO DE DROGA	AÑO 1974		AÑO 1975		Total Casos	% Total
	Casos	%	Casos	%		
Marihuana	273	42,72	373	32,04	646	35,82
Hongos	39	6,10	98	8,41	137	7,50
L.S.D.	98	15,33	81	6,96	179	9,93
Cocaína	56	8,76	129	11,08	185	10,26
Morfina	14	2,19	53	4,55	67	3,72
Heroína	10	1,56	43	3,69	53	2,94
Anfetaminas	32	5,00	97	8,33	129	7,15
Barbituricos	42	6,75	75	6,44	117	6,49
Tranquilizantes .	30	4,69	115	9,88	145	8,04
Alcohol e Inhalantes	45	7,04	100	8,59	145	8,04
TOTALES	639		1.164		1.803	

Características de los jóvenes atendidos en el Centro.

Edad: Promedio de 19 años (se han atendido algunos casos de alcoholismo en mayores de 30 años).

Nivel Socioeconómico: Clases: Media Alta (hijos de profesionales y comerciantes), Media (hijos de obreros clasificados y oficinistas) — Marginal (muy bajos ingresos). No se han atendido jóvenes pertenecientes a las clases de altos ingresos porque no han solicitado aún, los servicios del Centro.

Grupo Familiar: Un 90% pertenecen a hogares desechos, por divorcio, muerte de los padres, producto de uniones concubinarias. En la gran mayoría solo conocen a la figura materna, quien es en gran parte de los casos autoritaria y sobreprotectora. El 10% restante pertenecen a hogares donde las relaciones de los padres entre si son malas y las de estos con sus hijos poco satisfactorias. Algunos jóvenes negaron todo vínculo de tipo familiar.

Analisis del cuadro estadístico

Observando cuidadosamente, el Cuadro Estadístico, sobre casos atendidos por consumo de drogas, en el Centro de Referencia y Orientación Juvenil, podemos darnos cuenta que del total de casos atendidos durante los años 1974 y 1975, la Marihuana, la Cocaína y el LSD, tienen el mayor porcentaje de incidencia de consumo en el mismo orden, seguidos muy de cerca por los tranquilizantes. Los porcentajes menores corresponden a la Morfina y la Heroína. Sin embargo, estudiando las cifras correspondientes a cada año en particular, observamos que durante 1975, se atendió un porcentaje menor de casos de consumo de Marihuana y LSD que en el año anterior, mientras que los casos por cada cien de consumo de Heroína, Morfina y Cocaína aumentaron sensiblemente. El porcentaje por consumo de tranquilizantes, también registra un aumento evidente.

5.5 Informe de la Policía Técnica Judicial

5.5.1 Cuando los Estados reglamentan mediante instrumentos legales todo lo concerniente a la producción, distribución y consumo de los estupefacientes y sicotrópicos, aparece el tráfico ilícito, circuito entre los países productores y consumidores, que utiliza vías ilegales.

Todo mercado, lícito o no, posee tres factores que le son propios: Una clientela cuya demanda puede ser decisiva sobre la calidad y los precios del producto; un producto que debe responder a las exigencias de la demanda; una red de distribución y venta, que abarca desde los mas altos ejecutivos de las empresas productoras, las agencias de publicidad, hasta el mas humilde vendedor. El mercado ilícito de drogas tiene características muy especiales en cada uno de esos renglones específicos.

- La Clientela: Está formada por jóvenes en su mayor parte, que nunca ponen reparos a la mercancía, que jamás discute el precio, que la consume todo el año, y que le es tan necesaria que resulta ser su producto de primera necesidad.
- El Producto: Gran variedad de drogas estupefacientes y sicotópicos, cuya calidad e incontaminación nadie controla resultando ser muy dudosas.
- Rede de Distribución: Constituye el engranaje de una Organización clandestina que va desde los mas altos promotores, muchos de ellos probablemente pertenecientes a altas esferas económicas, sociales o políticas, hasta el mas infeliz distribuidor. No tienen agencia publicitaria conocida, pero en muchos casos no han sido pocos los medios de comunicación que inconscientemente les han servido de forma gratuita en este renglón con su amarillismo y sensacionalismo.

5.5.2 Antes de entrar a analizar el tráfico de drogas en Venezuela, se hace necesario nombrar previamente algunas consideraciones que determinan muy claramente las diferencias existentes entre lo que se debe considerar tráfico ilícito internacional y tráfico ilícito nacional. Estas son:

- Se considera tráfico ilícito internacional de sustancias estupefacientes y sicotópicos, toda circulación de dichas sustancias no autorizadas que entrañen el paso de fronteras reales o supuestas.

- Se considera tráfico ilícito nacional de sustancias estupefacientes y sicotrópicas, toda circulación no autorizada de esas sustancias en territorio nacional.
- Se considera traficante internacional de sustancias esupefacientes o sicotrópicas a toda persona o asociación dedicada al tráfico ilícito internacional.
- Se considera traficante nacional de sustancias estupefacientes o sicotrópicas a toda persona o asociación dedicada al tráfico de dichas sustancias, con caracter nacional.

En cuanto al tráfico nacional debemos distinguir: El tráfico local, destinado a abastecer una clientela de consumidores que habitan en determinada zona y el tráfico de tránsito, que solo pasa por la zona, con destino a otro lugar donde ha de ser distribuido.

5.5.3 Producción — Venezuela es un país que no tiene producción de drogas; sin embargo, a través del tiempo la División Contra Estupefacientes ha ido detectando en diversas regiones sembradíos de Cannabis de variadas extensiones, pero que su cuantía no hace pensar en una producción organizada como para copar el mercado nacional.

En cuanto a sustancias sicotrópicas, tales como alucinógenos del tipo LSD, de estimulantes como ANFETAMINAS o sustancias depresivas como los BARBITURICOS, Venezuela no es un país productor. El tráfico de este tipo de drogas es una desviación del mercado normal de estas sustancias destinadas al uso médico. Las drogas bases utilizadas en la fabricación de diversas sustancias sicotrópicas, provienen de laboratorios extranjeros a través de la importación legal; por diversos mecanismos burlan los controles naturales, y así van a engrosar el "depósito de tráfico ilícito".

Mención especial merece la Cannabis, por ser la sustancia que de acuerdo con nuestras estadísticas es la más traficada, y en consecuencia la más consumida. La Cannabis tiene entre otras ventajas para el traficante, el no requerir una manufactura especializada ni tratamiento tecnificado ni embalaje especial. Esta Circunstancia ha hecho que el tráfico de Cannabis sea suigéneris, lo cual será explicado en lo referente al modus operandi.

5.5.4 Almacenamiento — Se entiende por almacenamiento el lugar ó depósito que permite conservar en condiciones óptimas un volumen grande o suficiente para mantenerse en la categoría de mayoristas y lograr cubrir la distribución por cierto tiempo. En este sentido hasta la presente, en Venezuela no se han descubierto depósitos de importancia, si bien es cierto que se han incautado cantidades apreciables, provenientes sobre todo de contrabandos, localizados en sitios de tránsito.

5.5.5 Tipos de Drogas — Dentro de las drogas que se consumen en el país, de acuerdo a nuestras estadísticas, tenemos la Cannabis, seguida de drogas sicotrópicas estimulantes como son las Anfetaminas y sicotrópicas depresivos como los Barbitúricos. Nuestro trabajo ha revelado que en Venezuela existe un consumo que progresivamente aumenta como son la Cocaína y alucinógenos naturales. Se considera que existe un consumo de importancia de morfina y otros opiados.

Mención especial merece la practica de consumir algunos hongos en estado natural que producen alucinaciones y que han sido consumidos en forma epidémica y estacional en los alrededores de la ciudad de Mérida, Estado Mérida.

Finalmente es necesario enfatizar que se ha detectado el consumo sistematico de las siguientes combinaciones:

- Cannabis con Anfetaminas.
- Cannabis con Barbitúricos.
- Alcohol con Barbituricos.
- Anfetaminas con alcohol.
- "Batidos": mezcla de diferentes drogas con bebidas alcoholicas.

Cabe señalar que algunos jóvenes se dedican a consumir sustancias volátiles con la finalidad de drogarse, entre ellas gasolina y pegamentos sintéticos.

DETENCIONES POR CONSUMO DE DROGAS

Clasificadas por Sexo (1974) P.T.J.

SEXO	N.º DETENCIONES	%
Masculino	796	91.08
Femenino	78	8.92
TOTAL	874	100.00

DETENCIONES POR CONSUMO DE DROGAS

Clasificadas por Edad (1974) P.T.J.

EDAD	N.º DETENCIONES	%
14 años y menos	22	2.52
15 a 18	216	24.71
19 a 25	428	48.97
26 a 40	179	20.48
Mas de 40 años	29	3.32
TOTAL	874	100.00

AMBOS FICHA EXPERIMENTAL (C.C.U.I.D.)

Por cuanto la estadística nos demuestra que la Cannabis y los sicotrópicos representan el porcentaje de mayor consumo, la División Contra Estupeficientes ha enfocado con realismo y conciencia el problema atacando los centros de producción en el área metropolitana, a la vez coordina las actividades de represión con las demás Delegaciones del país. Así mismo, en cualquier población rural donde se plantee algún problema de tráfico ilícito de estupeficientes, los servicios de la Policía Judicial estarán en condiciones de reprimirlo, puesto que entre los conocimientos propios de sus atribuciones normales figuran los necesarios para esta misión. En cuanto existe un problema de importancia es decir, cuando hay tráfico ilícito organizado, la División Contra Estupeficientes comisiona a uno o más de sus agentes especializados que se encargaran de coordinar la acción a fin de reunir las informaciones necesarias, aplicar la experiencia y la técnica para combatir en una forma eficaz el problema planteado.

5.5.6 Trafico Nacional — En tráfico nacional hay que distinguir dos ramas:

1. El tráfico local destinado a abastecer a los consumidores que habitan en una zona determinada.
2. El tráfico en tránsito que simplemente pasa a travez de esa zona con destino a otro lugar.

A tal efecto la División Contra Estupeficientes y las Brigadas Operativas en las diferentes Delegaciones deberan conocer:

- Personas sospechosas de tráfico ilícito que viven o trabajan en las diferentes zonas.
- Medios de transporte.

- Modus Operandi.
- Rutas utilizadas.
- Lugares frecuentados.

5.5.7 Rutas

- a) **Internacionales:** Hemos querido explicar en forma breve las rutas internacionales utilizadas por los traficantes en donde se ubica a Venezuela como puente, trampolín o país de tránsito.

Heroína — Las bandas organizadas han escogido algunos países de América Latina siguiendo las rutas:

- Marsella, París, Caracas, Haití, Puerto Rico y Estados Unidos.
- Marsella, Lima, Buenos Aires, Brasil, Puerto Rico y Estados Unidos.

Cocaína — El tráfico se inicia en las regiones andinas de Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, pasando por Venezuela como país puente en ruta hacia los Estados Unidos.

- b) **Nacional** — La ruta nacional en lo que se refiere al Cannabis comienza en la ciudad de San José de Cúcuta (Colombia), San Antonio y San Cristóbal (Estado Táchira), Barinas, Valencia, Maracay, Caracas.

(cont.)

DETENCIONES PRACTICADAS POR TENENCIA DE DROGAS

Clasificadas por Sexo (1974) P.T.J.

SEXO	N.º DETENCIONES	%
Masculino	421	88.63
Femenino	54	11.37
TOTAL	475	100.00

DETENCIONES PRACTICADAS POR TENENCIA DE DROGAS

Clasificadas por Edad (1974) P.T.J.

EDAD	N.º DETENCIONES	%
14 años y menos	23	4.84
15 a 18	138	29.05
19 a 25	239	50.32
26 a 40	64	13.47
Mas de 40 años	11	2.32
TOTAL	475	100.00

AMBOS FICHA EXPERIMENTAL (C.U.I.D.)

- San José de Cúcuta (Colombia), San Antonio del Táchira, San Cristóbal, La Fría, El Vigía, Maracaibo.
- San José de Cúcuta (Colombia), San Antonio del Táchira, San Cristóbal, Barinas, Guanare, Barquisimeto.
- San José de Cúcuta (Colombia), San Antonio, San Cristóbal, La Fría, El Vigía, Mérida.
- Maicao, Maracaibo.
- Maicao, Maracaibo, Coro.
- Arauca, Guasqualito, Barinas, Guasqualito, Barinas, Guanare, San Carlos, Valencia, Maracay, Caracas.

Hacia los Estados Centrales y Orientales, el tráfico parte del Area Metropolitana, así como también de ciudades principales escogidas por los traficantes como son Valencia, Maracay y Barquisimeto.

5.5.8 Modus Operandi

En las labores policiales se emplea esta frase cuando se habla de actividades de los delincuentes. El Modus Operandi o método de operación, abarca las peculiaridades individuales así como los métodos técnicos utilizados por los delincuentes para cometer sus delitos.

Los traficantes de estupefacientes son ingeniosos para llevar a cabo su tráfico ilícito y cada vez que los investigadores les descubren su modus operandi, ellos se las ingenian para hacer otros métodos que puedan burlar la vigilancia de las autoridades.

La búsqueda de drogas es uno de los problemas más dificultosos que se le presenta al investigador policial; al efecto, son muchos los lugares de ocultamiento utilizados por los traficantes: así pueden ser escondidos en el fondo de una caja, cigarrillos, en plumas fuentes, cámaras fotográficas, tubos para pasta dental, tarjetas postales utilizadas en el tráfico de L.S.D., etc.

Se estima que en los buques que cruzan los océanos hay más de 3000 posibles lugares para esconder un contrabando de drogas, así como en los vehículos a motor, equipajes, maletines, abrigos, muebles, etc. Son pues, innumerables los métodos utilizados por los traficantes y detectados por la Policía y autoridades afines.

La División puede informar, por ejemplo, que en el año 1971, del modus operandi utilizado para transportar drogas ilícitamente en lo que se refiere a Marihuana, de 134 casos ocurridos, el 26,12% traspasó las fronteras ocultas en cauchos o neumáticos; el 9,70% en tanques de gasolina de doble fondo; 0,75% en bombonas para gas, el 5,07% en envases, el 9,70% en partes íntimas de la mujer; el 5,97% en cajas de cigarrillos y el 4,93% en otros medios no declarados.

La población existente en el Area Metropolitana para el año 1962 fue de 1.336.119, incrementándose en un 1,76% entre 1962 y 1972, teniendo para esta fecha una población de 2.351.570 habitantes. Lo expuesto sirve para demostrar que al mismo ritmo de 1980 a 4.138.763 habitantes aproximadamente. Con este aumento de la población, sin duda alguna, los recursos con que cuenta la División Contra Estupefacientes del Cuerpo Técnico de Policía Judicial, para el año 1980, resultará insuficiente si la población aumenta a la misma rata que aumentó en la década de 1962 a 1972. Las detenciones se incrementarán en la misma proporción que la población; si en el año de 1972, se detuvieron a 2.126 personas (ver cuadro demostrativo), al calcular progresivamente hasta el año de 1980 y a un promedio de crecimiento de población de un 15% anual, habrá forzosamente también que aumentar en base a la rata de crecimiento o incremento de la población. Así tenemos, que si para el año 1980, se detuviesen 6.502 personas (cantidad calculada en base a un término medio), a esta cantidad habrá que aumentarle 5.358 detenidos más influenciados por el aumento de la población. Este simple cálculo progresivo, obliga a señalar la necesidad de ampliar los servicios policiales y técnicos con los que cuenta la División. En

**CALCULOS PROGRESIVOS DEL INCREMENTO
EN EL TRAFICO Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES — P.T.J.
Deducidos desde el año 1968 hasta 1972. Calculados hasta 1980**

Año	marihuana	(%)	barbiturico	(%)	alcaloides	(%)	Total	(%)	(%)
1962	158	2.04	85	6.91	—	—	243	2.65	—
1963	175	2.26	115	9.36	2	0.96	292	3.18	—
1964	168	2.18	95	7.73	6	2.90	269	2.94	—
1965	393	5.08	157	12.77	26	12.56	576	6.28	—
1966	545	7.05	105	8.55	11	5.31	661	7.21	—
1967	325	4.20	80	6.51	3	1.45	408	4.75	—
1968	220	2.85	25	2.03	8	3.87	253	2.76	0.62
1969	780	10.09	76	6.18	4	1.93	860	9.38	2.14
1970	1.071	13.85	85	6.92	20	9.67	1.176	12.83	2.92
1971	2.064	26.70	160	13.02	79	38.16	2.303	25.12	5.72
1972	1.832	23.70	246	20.02	48	23.19	2.126	23.20	5.28
	7.731	100.00	1.229	100.00	207	100.00	9.167	100.00	
1973							2.445		6.07
1974							2.811		6.98
1975							3.233		3.02
1976							3.718		9.24
1977							4.276		10.61
1978							4.917		12.21
1979							5.654		14.04
1980							6.502		16.15
TOTAL							40.276		100.00

consecuencia, es imperativo, el solicitar los fondos económicos necesarios para cumplir cabalmente las funciones encomendadas.

Es necesario señalar que para este cálculo no se han tomado en consideración ni el denominado método de "ajuste de curvas" ni el denominado método de "los componentes". Igualmente, tampoco se han tomado en consideración el éxodo de poblaciones rurales y la tendencia en agruparse en megalópolis, ni otros factores como facilidades ejecutivas y médicas, servicios culturales y recreativos, modos de consumo y poder adquisitivo, problemas de concentración demográfica, etc., etc.

Se trata simplemente de un cálculo progresivo que permite estimar aproximadamente las necesidades para 1980.

5.6 Informe Sobre el Analisis de Datos Recolectados a Partir de la "Ficha Experimental" Para Recopilar Datos Epidemicos:

5.6.1 Los Datos fueron recogidos en las siguientes instituciones:

- HOSPITAL MILITAR = U.T.E. (Unidad de Terapia Especial)
- HOSPITAL PSIQUIATRICO (Consulta Externa)
- CENTRO DE REFERENCIA Y ORIENTACION
- CENEDHOM
- EL PEÑON
- AVILUZ
- HOGAR VIDA NUEVA
- POLICIA TECNICA JUDICIAL

Se recogió la información a partir de las fichas o historias de las personas que acudieron o estuvieron reclusas en dichas instituciones a partir de 1974.

5.6.2 Años en Que Empezaron a Consumir Drogas

Hospital Psiquiátrico:

Número de personas 110, acudieron al Hospital en 1974 y 1975. Comenzaron a consumir Drogas en 1960 o antes y 1975. Los años 1971 al 1973 presentan las mayores incidencias. Toma carácter de epidemia.

Centro de referencia y orientación

Número de personas: 215 — acudieron el centro entre 1974 y 1975 y febrero — mayo de 1976, comenzaron a consumir en 1960 hasta 1975. La mayor incidencia de inicio de consumo se presenta en los años 1970 hasta 1973.

Cenedhom:

Número de personas: 91. Ingresaron entre 1974 y 1976. Comenzaron a consumir en 1961 hasta el 1976. La mayor incidencia de inicio de consumo se establece entre los años de 1970 y 1973.

Total de las tres instituciones

Número de personas: 416.

Comienza el aumento progresivo en 1965.

El mayor porcentaje de inicio en el consumo está en los años de 1970 al 1972. (Carácter de epidemia).

5.6.3 Edades de consumo por primera vez. Todas las fuentes. (Centro de Referencia, Cenedhom, Aviluz, Hospital Militar, Hospital Psiquiátrico, Hogar Vida Nueva, El Peñon)

— Para cualquier Droga: El total de personas es de 681 y entre los 13 y los 17 años se nota la mayor incidencia de inicio.

AÑO EN QUE EMPEZARON A CONSUMIR DROGAS PERSONAS ATENDIDAS
EN HOSPITAL PSIQUIATRICO, CENTRO DE REFERENCIA, CENEDHOM
(datos CCUID ficha experimental)

Año	Hosp. Psiquiatrico		Centro de Ref.		Cenedhom		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1960	1	0.91	4	1.87	—	—	5	1.20
1961	2	1.82	2	0.93	1	1.09	5	1.20
1962	1	0.91	2	0.93	—	—	3	0.72
1963	3	2.73	2	0.93	—	—	5	1.20
1964	4	3.64	2	0.93	—	—	6	1.44
1965	3	2.73	4	1.87	2	2.20	9	2.16
1966	2	1.82	6	2.79	—	—	8	1.92
1967	7	6.36	5	2.33	—	—	12	2.88
1968	6	5.45	14	6.51	8	8.79	28	6.73
1969	13	11.82	18	8.37	9	9.89	40	9.62
1970	7	6.36	35	16.28	12	13.19	54	12.98
1971	14	12.73	39	18.14	14	15.38	67	16.11
1972	20	18.18	35	16.28	14	15.38	69	16.69
1973	19	17.27	33	15.35	22	24.17	74	17.79
1974	5	4.55	11	5.12	5	5.49	21	5.05
1975	3	2.73	3	1.39	2	2.19	8	1.92
1976	—	—	—	—	2	2.19	2	0.48
TOTAL	110	100.00	215	100.00	91	100.00	416	100.00

EIDADES DE CONSUMO POR PRIMERA VEZ

TODAS LAS FUENTES: Centro de Referencia, Cenedhom, Hospital Militar, Hospital Psiquiatrico Hogar Vida Nueva, El Peñon, Aviluz

(Datos CCUID Ficha Experimental)

Edad	Cualquier Droga		Heroína Morfina Cocaína	
	Casos	%	Casos	%
Menos de 11 años ..	44	6.50	—	—
11 años	24	3.50	1	2.50
12 años	55	8.00	1	2.50
13 años	75	11.00	—	—
14 años	87	12.75	9	21.00
15 años	99	14.50	7	17.00
16 años	78	11.50	6	14.00
17 años	75	11.00	6	14.00
18 años	54	8.00	3	7.00
19 años	34	5.00	2	5.00
20 años	20	3.00	2	5.00
21 años	12	1.75	—	—
22 años	14	2.00	3	7.00
23 años	10	1.50	1	2.50
24 años	—	—	—	—
25 años	—	—	1	2.50
26 años o mas	—	—	—	—
TOTAL	681	100.00	42	100.00

— Para Heroína, Morfina y/o Cocaína el total de consumidores es de 42 personas y las edades entre 14 y 17 años son las de mayor incidencia para el inicio.

5.6.4 Detenciones (arrestos) por edades en consumidores (PTJ)

Se tomaron los datos de un total de 266 personas detenidas por consumo entre 1974 y 1975.

De 15 a 18 años hay un porcentaje del 25% y entre 19 y 25 del 50%. Es decir que entre 15 y 25 años existe un porcentaje de detenciones igual al 75%.

5.6.5 Detenciones practicadas por tenencia de Drogas en el año 1974:

Por Sexo: El 88,63% masculino.

Por Edad: De 19 a 25 años el 50,32%.

6. COMISION CONTRA EL USO INDEBIDO DE LAS DROGAS (CCUID)

6.1 La Comisión Contra el Uso Indebido de las Drogas, fue creada por **Decreto Número 684**, el 25 de Agosto de 1971, siendo Presidente de la República, el Dr. Rafael Caldera. Decreto que fue ratificado en Consejo de Ministros.

Dicho Decreto respondía plenamente a los votos y recomendaciones de los siguientes Organismos Internacionales: Organización de las Naciones Unidas, División de Estupefacientes de la ONU, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Asamblea Mundial de la Salud, etc.

La Comisión Contra el Uso Indebido de las Drogas (CCUID), estaba adscrita a la Presidencia de la República y debía ser presidida por el Fiscal General de la República (Ministerio Público de la Nación), en ese entonces Dr. César Naranjo Osty, y constituida por representantes de los Ministerios: de Relaciones Interiores, de Defensa, de Educación, de Justicia, de Sanidad y Asistencia Social, y de la Oficina Central de Coordinación y Planificación, a la cual estaba asignada la Secretaría de la Comisión.

Sus funciones primordiales en ese entonces eran: Estudios de planes y acciones referentes a la problemática de las drogas en Venezuela y formulación de recomendaciones sobre la misma materia.

En el año de 1975, con fecha 22 de julio, y siendo Presidente de la República el señor Carlos Andrés Pérez, mediante **Decreto Número 1029**, se determina la reestructuración de la Comisión Contra el Uso Indebido de las Drogas. Dicho decreto determina el campo de acción y las atribuciones de dicha comisión y le confiere mayor autonomía y autoridad. Estipula que será presidida por un Comisionado Especial designado por el Presidente de la República y especifica el número de sus integrantes.

El **Decreto Número 1052**, de fecha 7 de agosto de 1975, especifica que el Comisionado Especial designado por el Presidente de la República, señor Carlos Andrés Pérez, es el Dr. Marcel Granier Dayeux.

El **Decreto Número 1144**, de fecha 15 de Septiembre de 1975, dió a conocer los nombres de los funcionarios que habrían de representar sus diferentes despachos en la nueva Comisión.

6.2 **Funciones de la CCUID:** Planificar, organizar y coordinar, en el ámbito nacional, todo lo relacionado contra el tráfico ilícito y el uso indebido de las drogas. Sus atribuciones inmediatas son:

6.2.1 El estudio de los problemas originados por el uso indebido de las Drogas.

6.2.2 La preparación y realización de los Programas en los campos de:

- a) La investigación.
- b) La prevención.
- c) La rehabilitación.
- d) La represión.
- e) La evaluación.
- f) La solución de cualquiera otros problemas que sean considerados convenientes para su implementación por los organismos competentes en la materia.

6.2.3 La promoción, la programación y la creación de Institutos u otros Organismos para el desarrollo de Proyectos de adiestramiento, entrenamiento y capacitación de personal especializado en la materia.

6.2.4 La creación de grupos de trabajo, destinados a estimular todo cuanto sea conveniente y conducente al cumplimiento de los Objetivos de la CCUID, con el concurso y la cooperación de cuantas instituciones oficiales o privadas se interesen en materia tan especializada.

6.2.5 El recabar de todos los Organismos, tanto públicos como privados, cuanta información se requiera para el máximo rendimiento de sus funciones.

6.2.6 Colaborar con las Universidades Nacionales y Privadas, los Institutos Superiores de Educación, el Ministerio de Educación y cuantos Institutos y Orga-

nismos Educativos, Docentes y de formación profesional, así como de aquellos encargados de los Programas de fomento de la Cultura, del deporte, de la educación física y todos cuantos se interesen en el desarrollo de programas contra el uso indebido de las drogas.

6.2.7 El Fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el abuso y el uso indebido de las drogas, mediante la programación y la promoción de convenios, tratados, acuerdos, y pactos internacionales, regionales o bilaterales, en el campo de su competencia.

6.2.8 La creación de subcomisiones en los diferentes Estados y Territorios Federales de la República, supervisadas por la CCUID establecida como organismo central, en el Distrito Federal.

6.3 Uno de los Artículos del Decreto Número 1029, estipula que la CCUID "estará representada en todos los actos nacionales o internacionales relativos a la materia que le compete y a los cuales deberá asistir el Estado Venezolano".

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones:

7.1.1 Las drogas mas abusadas en Venezuela son la Marihuana y los Barbitúricos, seguidos de los Hongos alucinógenos y la Cocaína. Con menor frecuencia, Anfetaminas, LSD y Drogas Tranquilizantes.

7.1.2 La edad de inicio de consumo de drogas puede situarse entre los 13 y 17 años, para nuestro país; el promedio de tiempo de consumo en los pacientes estudiados es de 7 años aproximadamente, y la mayor incidencia de iniciación, tuvo lugar entre los años 1969 y 1973.

7.1.3 La droga con que se inicia la mayoría es la Marihuana; la iniciación es efectuada, en gran proporción, con amigos; mas del 90% de los consumidores acostumbra a utilizar la droga diariamente; practicamente no existe consumo selectivo: los consumidores utilizan la poli-droga; las mezclas complejas son las mas abusadas.

7.1.4 La situación familiar, para la mayoría de los consumidores es problemática; suelen ser hijos de padres divorciados o producto de uniones esporádicas (hijos naturales no reconocidos en su mayoría). Mas de la mitad pertenecen a las capas económicas mas bajas (ingresos máximos de 1.000 bolívares mensuales). De los encuestados ninguno logró terminar sus estudios de secundaria; de estos el 75% aproximadamente alegó "falta de motivación".

7.1.5 En cuanto al tráfico y tenencia, el mayor número de detenciones se efectúa en individuos del sexo masculino y entre los 19 y 25 años.

7.1.6 Los datos expuestos y la situación socio-económica y geográfica del país, permiten predecir que se incrementará el consumo de drogas fuertes, tales como la Cocaína y Heroína, manteniendose la Marihuana como la primera droga traficada y consumida.

7.1.7 No tenemos datos que permitan apreciar la influencia de las leyes sobre la disminución o no del consumo de drogas y delitos afines, ni de si existe una relación cierta entre droga y delincuencia, ni mucho menos de que personas con antecedentes delictivos sean causa del aumento de estas actividades.

7.2 Recomendaciones

7.2.1 Se hace necesaria una labor de prevención, educación e información a todos los niveles. que permita: Preserva y proteger a la familia como la célula mas importante de la sociedad; orientar y educar a los jóvenes de forma positiva, canalizando sus inquietudes, ofreciéndoles oportunidades para realizarse; reeducar a los padres, haciendolos mas conscientes del papel que deben cumplir como orientadores de sus hijos, y de la responsabilidad que ello significa.

7.2.2 Es necesario que los Gobiernos y las Instituciones, establezcan programas que permitan elevar el nivel de vida y educación de las clases marginales.

7.2.3 Es necesario que los organismos Internacionales dedicados al control del tráfico ilícito establezcan programas destinados a destruir las fuentes de producción y disminuir el tráfico ilícito de drogas.

FUENTE DE INFORMACIÓN

GONZALES-CARRERO, A.; APONTE-VILLORIA, E.; JIMENEZ LOPES, C. y VALERA, P. — "Policía Judicial y las Drogas", Revista Policía Científica, Vol. X, N.º 1:21-46, 1973 (Venezuela).

GONZALES-CARRERO, A. — "Drogas que Producen Dependencia". Cap. VIII. 4.^a Ed. Editorial Monte Avila (Venezuela), 1973.

ECHEVERRIA, J. M. — "Las Drogas en Venezuela con Especial Referencia a su Investigación". Policía Judicial (Venezuela) Abril 1974.

SUAREZ, L; MARCANO, M.; FOYTA, C.; CAPRILES, G.; PARRELA, M.; SCARANNO, L. y GONZALES-CARRERO, A. — "Observaciones Fenomenológicas de dos Años de Tratamiento en la Unidad de Terapia Especial (UTE) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de las FF.AA." — XII Coloquios Médicos del Hospital Central de las FF.AA. "Dr. Carlos Arvelo", Julio 1976 (Venezuela).

CABRERA, C. C. y Col. — "Centro de Referencia y Orientación Juvenil como Agente Preventivo Dentro de la Comunidad" I. Jornadas Nacionales de Intercambio sobre programas de prevención sobre la Problemática de Drogas, Julio 1976 (Venezuela).

Comisión Contra el Uso Indebido de Drogas (CCUID) "Informes sobre el Análisis de Datos Recolectados a partir de Ficha Experimental para Recopilar Datos Epidemiológicos". CCUID 2-5-76 (Venezuela).

Comisión Contra el Uso Indebido de Drogas (CCUID) "Informe de la Situación Actual de la Problemática de Drogas en el País". III Seminario Latinoamericano sobre Programas Nacionales de Investigación en Farmaco-Dependencia, Cuernavaca (México), 24-27 de Agosto de 1976.

Policía Técnica Judicial, División contra Estupefacientes. "Modus Operandi de los Traficantes de Estupefacientes", Caracas, Junio 1972 (Venezuela).

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL URUGUAY

DR. JOSÉ DAVID (Uruguay)

Agradezco mucho se me haya pedido mi intervención como delegado del Uruguay. Si bien es una distinción que mucho me honra, quiero dejar constancia que mi corta intervención será a título personal dado que no desempeño en mi país, funciones en cargos públicos ni tampoco fui designado oficialmente para tal representación.

Mi exposición constará de tres partes:

1. Datos sobre la situación actual y
La Metodología utilizada para la obtención de los mismos
2. Los métodos preventivos contemplados desde el punto de vista jurídico a partir de la Ley N.º 14.294
3. Los organismos o instituciones encargados de ofrecer una respuesta a la situación

1. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL Y LA OBTENCIÓN DE LOS MISMOS

El tema de la farmacodependencia si bien cuenta con un creciente interes por parte del gobierno, no figura aún (y con razón) dentro de la lista de problemas prioritarios.

Es igualmente cierto que comparando nuestra realidad con la del resto de los países del área, el Uruguay, está en una situación de privilegio. Algunos factores que podrían ser perjudiciales en la consideración de otros problemas inciden beneficiosamente en el control de la farmacodependencia. Contamos con una población reducida y bastante homogénea que cuenta con un buen nivel de instrucción, que no está influida por pautas culturales indígenas dominantes (como sería el caso de países con población de origen auctóctono), que habita en un marco geográfico con características tales que no permite el cultivo ilícito. Los centros poblados no son lo suficientemente grandes ni impersonales como para que el farmacodependiente pueda dedicarse al consumo independientemente del control social.

Sigue siendo obvio, a pesar de que se vislumbran cada vez más indicios en contrario que nos movemos dentro de una pobrísima realidad de documentos oficiales con una otro tanto fundamentación estadística que nos permita referirnos mas objetiva y científicamente al problema. En lo personal no considero que esta ausencia sea todo lo nefasta que muchos especialistas creen. No solo por su alto costo económico, sino por que la realidad corre a un ritmo mucho mas veloz que el de la capacidad de investigación y tabulación por lo que siempre estaríamos manejando cifras y realidades ya caducas.

Por la mera observación, la consulta a profesionales e instituciones, la bibliografía y artículos sobre el tema podría aseverarse que el alcohol y el tabaco son las drogas de mayor consumo. Es indudable que el consumo masivo y legalizado ha dado un halo de inocuidad y por lo tanto la percepción distorsionada de que ambos son un componente más de la vida cotidiana.

Parecería que la marihuana es la droga que sigue a las dos mencionadas anteriormente, en aceptación social, especialmente entre los adolescentes.

Como indicador de las reducidas dimensiones del problema, podría decir que de las cifras recogidas por la Brigada de Narcóticos y Drogas desde su creación en 1973 a la fecha sólo se pueden contar con los siguientes totales:

Detenidos	884
Remitidos	110
Internados	69
Requeridos	32

Por tipo de drogas:

Anfetaminas	179
Alucinógenos	161
Barbitúricos	69
Cocaína	34
Opiáceos	3

Por lo antedicho, se puede fácilmente ver que se trata de cifras con escasísimo valor estadístico.

En lo que respecta al tabaco y al daño que el cigarrillo ocasiona particularmente en la juventud ha motivado en octubre de 1976 la realización de las Primeras Jornadas sobre Tabaquismo en las que el Dr. Saralegui Padrón se refirió a los resultados de una investigación realizada en centros estudiantiles. Esta encuesta permitió conocer que entre un 15 y un 20 por ciento de los alumnos ya ingresan al liceo (12 años de edad como mínimo) con el hábito, es decir que ya lo han adquirido en el período escolar. En el cuarto año liceal, un 40% de los educandos son fumadores.

En mi búsqueda de datos, y es lógico que lo consigne aquí, me he enfrentado con dificultades provenientes del ocultamiento y/o la parcialidad de los mismos ya que no cubren todo el territorio nacional y/o la coexistencia de criterios disímiles de clasificación y registro.

2. ALGUNAS MEDIDAS ORIGINADAS POR LA LEY N.º 14.294

- a) Por esta ley se crea la **Unidad Ejecutora denominada Comisión Nacional de Lucha Contra la Toxicomanía** la que será integrada por un psiquiatra, un epidemiólogo y un químico farmacéutico especialmente versados. Serán sus cometidos preparar y supervisar programas de prevención y tratamiento de las toxicomanías, promover la creación de policlínicas en cada departamento, entre otros.
- b) Se crea igualmente la **Comisión Honoraria de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas** integrada por tres miembros designados por el poder ejecutivo cuyos cometidos serán la actuación en materia de prevención y represión. De esta dependerá la formación de una Brigada Nacional Antidrogas de la que más adelante hemos mencionado algunas cifras.
- c) Extiende el monopolio del Estado a la importación y exportación de las sustancias contenidas en las listas anexas que el Poder Ejecutivo revisará periódicamente.
- d) Por el Art. 3 prohíbe toda plantación y/o cultivo de cualquier planta que determine dependencia física o psíquica con excepción de los que se realicen con fines de investigación científica.
- e) La Comisión Nacional de Lucha Contra las Toxicomanías organizará al comienzo de cada año escolar, previo acuerdo con las autoridades respectivas, cursos para educadores con el fin de prepararlos para colaborar en la prevención de la drogadicción en los establecimientos de enseñanza. Sólo podrán concurrir a dichos cursos los educadores autorizados.
- f) Le competirá a esta misma Comisión llevar un registro en el que figurarán todos los casos de toxicomanía, drogas utilizadas, circunstancias en que se consumieron sin figurar los nombres de las personas implicadas.

- g) A partir del Capítulo IV y siguientes se refieren a las penas y formas de tratamiento dentro de las que está previsto que este puede ser también ambulatorio previniéndose garantías especiales para los que se sometan a él en carácter voluntario.

3. A NIVEL INSTITUCIONAL SON MUY POCOS LOS RECURSOS COMUNITARIOS QUE PUEDEN DESTACARSE

En la esfera estatal se cuenta con el Hospital Vilardebo que suministra tratamiento psiquiátrico a enfermos de ambos sexos.

Consultado el Dr. Stassi dijo que los pacientes internados con antecedentes de adicción no exceden la decena.

El centro de información y asesoramiento toxicológico que funcionando en el Hospital de Clínicas tiene por objetivos a nivel preventivo prestar información y asesoramiento sobre tóxicos en general, usos, modo de utilización, mecanismo de acción, toxicidad y precauciones a tener en cuenta para la prevención de accidentes. A nivel asistencial: el asesoramiento sobre el diagnóstico precoz y tratamiento específico para cada intoxicación con el fin de lograr un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno y eficaz.

A nivel privado funcionan en toda la república aproximadamente diez grupos de A.A. de los que uno hace en el Hospital Vilardebo mencionado anteriormente.

Cabe anticipar aquí que el día Viernes me referiré al tema; **pueden A.A. utilizarse como referencia para el tratamiento?** donde analizaré en particular los logros de otro de estos grupos, el que históricamente fué el primero de los formados en el Uruguay y que aun existe.

Rol de los medios de comunicación masiva

Es mi opinión que en esta materia es muy reducido aún el control que el Estado hace sobre los mensajes relacionados con el tema de esta exposición, sean estos de contenido explícito o no.

Creo que se distorsiona en objetividad permitiéndose la repetición de mensajes falaces. Se distorsiona en calidad permitiéndose la intromisión de valores ajenos al sentir nacional que por repetidos y adecuadamente presentados, se transforman en populares y deseables.

Por último, en dirección, permitiéndose como válido lo uno y lo opuesto, creando ambivalencias poco recomendables especialmente en los jóvenes.

Es cierto que estos criterios son aplicables a cualquier producto pero es fácilmente comprensible que la situación indefensa en que se encuentra el consumidor se hace particularmente importante, cuando se trata de la promoción de este tipo de sustancias.

Para terminar quisiera compartir con ustedes algunas ideas.

He oído mencionar aquí a algunos colegas términos como "motivar a la comunidad". A veces pienso que no debemos dejarnos atrapar por las palabras, ni por su mera justificación teórica. Enfocando ahora desde un punto de vista más realista pienso, que se trata de metas muy difíciles de alcanzar por lo menos en los centros poblados de mi país que como ustedes saben no poseen ni la dimensión ni la impersonalidad de muchas de las grandes ciudades del mundo. Resulta difícil formar un equipo de trabajo que comparta la misma filosofía, máxime porque motivar está creo yo, relacionado con el concepto de éxito.

Luego la imprecisión del término comunidad. No se trata de ponernos de acuerdo en cual de las miles de definiciones utilizaremos, no es un problema semántico, sino si alguna de ellas la consideramos aceptable verdaderamente para aplicarla a nuestra realidad social.

Los estados no siempre están de acuerdo o preparados para apuntalar estos planes de tratamiento y ofrecen muchas veces respuestas lentas, a veces demasiado

poco oportunas si tomamos en cuenta el proceso de nuestros pacientes a los que con gran sacrificio hemos "motivado". La frustración deviene en muchos casos ampliada o lo que yo llamo "profesionalizada".

Otra frase repetida es que debemos ofrecer un trabajo en equipo, no de cualquier equipo sino de uno interdisciplinario que comulgue con todos los preceptos que esto implica. Aquí también veo que existen problemas. Criados en una sociedad competitiva, que no fomenta las tareas en común, no siempre tenemos ni la tradición ni la sinceridad suficiente para reconocer lo limitado que pueden ser nuestros aportes. Pero si nosotros no siempre podemos complementarnos, como podremos exigir que nuestros asistidos (generalmente no tan cultos como nosotros, no tan informados, provenientes de hogares mucho más irregulares que los nuestros), lo hagan. Esto solo para citar algunos puntos incidentes.

La sociedad uruguaya, como la mayoría, actúa ambivalentemente. Por un lado se inquieta por la necesidad de hacer algo, por otro, permite que se continúe aceptando el uso y abuso de drogas llamadas legales a las que nosotros como profesionales corresponde el deber de desenmascarar. De ellas ahora sabemos que "solo" producen cancer, cirrosis, enfermedades mentales varias, distorsión de la dinámica familiar, accidentes.

He tenido estas ideas en mi mente desde hace ya varios congresos. Hoy que las he compartido con ustedes, me siento mucho mejor, no porque volqué en ustedes parte de mis ignorancias sino porque sé que en muchos de ustedes están las mismas preguntas y lo que es más importante aún, el deseo sincero de encontrar respuestas sinceras.

A los traductores pido disculpas si involuntariamente me he apurado y a ustedes, por la atención presta, muchas gracias.

**ENFOQUES MÉDICO, LEGAL, Y SOCIOLOGICO EN LA
CATEGORIZACIÓN DEL ADICTO A DROGAS:
LA BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS**

PROF. JAIME TORO CALDER
Catedrático
Centro de Investigaciones Sociales
Universidad de Puerto Rico

1. INTRODUCCIÓN

Como el título de esta ponencia sugiere, el problema de las drogas y del adicto a drogas (*) por distintos sectores de nuestra sociedad dista mucho de ser algo claro y específico, reflejando un desacuerdo básico entre éstos. Los enfoques han variado de acuerdo a los intereses y orientaciones (médico, legal, sociológico) de estrato social o el sector profesional u ocupacional que reacciona al fenómeno. Ante este señalamiento tenemos obligadamente que centrar nuestro interés inicial en la primera realidad a que tenemos que enfrentarnos al hablar del tema: lo limitado del conocimiento al presente y lo poco objetivo que hemos sido al reaccionar al problema manifestando reacciones subjetivas y alejadas de la realidad social, y tácitamente limitando o hasta excluyendo la investigación científica -empírica y objetiva al emitir opiniones, tanto médicas como psicológicas y sociales. Esto ha resultado en una carencia de criterios válidos en que cimentar la acción a tomar al reaccionar la sociedad al problema y planificar su acción. También se ha proyectado una visión limitada en su alcance cuando se concibe el problema como exclusivamente médico, legal, o sociológico, carente del elemento empírico esencial para conocer los datos objetivos mínimos sobre la naturaleza y extensión del problema.

Ante el vacío de conocimiento científico sobre el tema, y las exigencias y presiones sociales, en ocasiones oficiales, hemos recurrido a llenar el vacío de conocimiento con datos supuestos, estudios infundados, y especulaciones lógicas. Asimismo se ha recurrido a opiniones de profesionales muy versados en campos del conocimiento asociados al problema, sustituyendo o suplantando la investigación científica y la realidad social objetiva sobre drogas por "opiniones autorizadas." Esta actitud ha sido muy acertadamente llamada por algunos sociólogos como el subjetivismo de un pretendido empirismo que nunca existió.

Otra fuente común de subjetividad en el proceso de investigación la constituye las deficiencias en el proceso investigativo aplicado y su metodología. Estas limitaciones surgen cuando no se define claramente el problema, o la población a estudiarse, o se selecciona una muestra accidental y luego se trata estadísticamente como si fuese una de probabilidad; o se usan los instrumentos menos apropiados en la recopilación de los datos. Igual efecto obtenemos cuando el entusiasmo se desborda y se llega a conclusiones que los datos encontrados no apoyan. Son éstos algunos de los más frecuentes errores metodológicos en que se incurre, de los que tenemos que cuidarnos. Asimismo, deseo llamar la atención a la necesidad de crear conciencia sobre las limitaciones de los datos clínicos, que tienen una genuina función en la descripción de condiciones patológicas, pero que no satisfacen la necesidad del conocimiento necesario sobre la población en general.

(*) Usamos el concepto **adicto a drogas** y no el de **farmacodependiente** o **toxicómano**, por ser el primero el de uso acostumbrado en el país de procedencia del ponente.

Estas situaciones han dado margen a una diversidad de enfoques y nociones subjetivas al reaccionar ante miembros de aquel sector de la población que no sólo está habituado al uso de drogas o que las consumen para fines no médicos, sino en la búsqueda de placer, esto es, los llamados "droga-adictos."

Es este tema el interés central de nuestra ponencia. Nos proponemos, primero, justipreciar objetivamente los diferentes enfoques y definiciones del droga-adicto; segundo, examinar y comentar sus consecuencias sociales, médicas y legales, y tercero, explorar nuevas alternativas. Finalmente, ponderaremos el conocimiento acumulado hasta el presente, y en base a éste, postular conclusiones y recomendaciones.

Seguidamente daremos una mirada sinóptica al conocimiento sobre las drogas que el hombre ha tenido a través de la historia. Con este esfuerzo esperamos dejar establecido las bases para nuestra exposición.

2. SINOPSIS DEL CONOCIMIENTO DE LAS DROGAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA DEL HOMBRE

El captar conciencia de la importancia del conocimiento y uso de las drogas por el hombre a través de la historia nos permitirá entender las raíces del problema del abuso de las mismas y de las leyendas y conceptos errados que han dado margen a tantos enfoques parcializados sobre el problema de las drogas en las sociedades humanas, así como de los múltiples desaciertos en las prácticas encaminadas a bregar con éste.

Existe evidencia para afirmar que desde tiempos remotos el hombre conoce y usa las drogas. Homero nos habla en la Odisea del "elixir que hace olvidar", describiendo una sustancia que sin lugar a dudas se trataba de opio.

En Egipto el uso del opio era patrimonio de los sacerdotes, de donde pasó a Asia Menor, y de aquí a Grecia y Roma. En las monedas romanas y en las judaicas de los macabeos se encuentra representada la adormidera, y en el arte antiguo encontramos ésta como símbolo mitológico del sueño.

El conocimiento sobre el uso y efecto de las drogas se introduce únicamente en Occidente por los escritos de viajeros, botánicos y orientalistas de la época. Hacia el Siglo XVIII, y como manifestación del espíritu enciclopédico reinante, se cuenta ya con conocimiento y amplia información sobre el tema de las drogas.

No obstante, no es hasta el Siglo XIX que entre ciertas clases sociales de Europa se populariza el uso de las drogas. Antecedentes a esta culminación la ocurrencia de eventos históricos que no podemos dejar de pasar por alto. En primer lugar, la expedición Napoleónica a Egipto (1798-1801) que le permitió a estudiosos franceses recopilar amplias informaciones sobre las drogas usadas por los egipcios. Ejemplarizan este episodio los escritos "Noticias de Medicina comunes usadas por los egipcios", "Catálogo de drogas simples", y el "Ensayo sobre los habitantes modernos de Egipto". Asimismo, el General Menou, Comandante en Jefe de las Fuerzas Expedicionarias, ofrece amplia noticia de la alta incidencia del uso de **hashish** entre el pueblo.

En segundo lugar, los trabajos científicos de Silvestre de Sacy, profesor de Lenguas Arábicas en el Colegio de Francia siembra la semilla para una revitalización del interés en los estudios orientales. A éste se le suman Gerard de Nerval, Baudelaire, y Makrisi, incrementándose los escritos sobre el tema. Igual función desempeñan los trabajos de Hormmer y de Moreau que versan sobre observaciones de los efectos de la marihuana.

El señalamiento sobresaliente sobre la situación prevalescente en el Siglo XIX en Europa es reconocer que, a pesar de la amplia evidencia de que en esta época se tiene conocimiento de las drogas narcóticas y sus efectos, y en especial del opio y la marihuana, y que la evidencia con que se cuenta tiende a sostener que se usaba extensamente tanto entre los grupos intelectuales como entre las clases bajas, no se observa una reacción social ante estas prácticas,

que sin lugar a dudas representaban una seria amenaza para la salud pública y la moral. Consecuentemente, no se cuenta con ninguna evidencia de legislación que aluda a esta situación, aun cuando existía legislación para reducir los envenenamientos donde a pesar de mencionarse el opio, el láudano, la morfina y sus componentes, no se asocia a éstos con el peligro que representa el abuso del uso de los mismos como narcóticos.

En contraste con la situación descrita para el Siglo XIX, el Siglo XX se caracteriza por la reacción de los Estados en todas partes del mundo en contra de la libertad en el tráfico de las drogas y su consumo, en particular el opio y sus derivados. Se ve esta actividad como una amenaza común, lo que lleva a un esfuerzo concertado entre los países afectados de Asia, América y Europa. Se prohíbe la importación de opio hacia China, que es el mercado de mayor demanda, lo que trae como consecuencia la Guerra del Opio (1840-1842) entre la Gran Bretaña y China, con gran éxito para la primera de éstas. Al firmarse el tratado de Nanking, que puso fin a este conflicto, la Gran Bretaña adquiere grandes ventajas en los mercados chinos.

De igual manera se suscitan numerosos episodios históricos, todos ellos encaminados a controlar la producción, el comercio y el uso del opio. En China, el Decreto imperial de 21 de noviembre de 1906, reduce la producción y uso de opio, impone fuertes penalidades, prohíbe la manufactura, importación y venta de morfina y de la jeringuilla hipodérmica; el acuerdo Anglo-Chino del 27 de enero de 1908 constituyó un esfuerzo por reducir periódicamente la exportación del opio de India a China; y las resoluciones de la Comisión Internacional de Shanghai del 26 de febrero de 1909, reafirma iguales disposiciones.

Los Estados Unidos de Norteamérica, que venían sufriendo el impacto del problema, se unen a este esfuerzo legislando para limitar el tráfico y uso de opio en sus territorios, y penalizan con encarcelamiento o multa la violación de estos estatutos. Asimismo, se unen a los acuerdos adoptados por la Comisión Internacional del Opio en Shanghai en 1909.

En el caso de Francia, el uso del opio se había convertido en un serio problema nacional así como en sus territorios en Indo-China, llegando a proporciones de escándalo nacional cuando se denuncia que del 15% al 30% del personal de las Fuerzas Armadas fumaba opio, lo que lleva de inmediato a tomar medidas en la venta del opio y a enjuiciar a oficiales y personal militar y naval vinculados a esta práctica. El Decreto del 1.º de octubre de 1908 se encamina a remediar esta situación al prohibir la importación y venta del opio, excepto para fines médicos y penaliza el fomentar la posesión o consumo al proveer facilidades para ello u otros medios (las casas de fumadores de opio). Estas medidas probaron ser inadecuadas, originando legislación subsiguiente en el Senado en los años 1911, 1915, y 1916, encaminada a castigar el tráfico ilegal de todo narcótico, en especial el opio, la morfina, los alcaloides del opio, la cocaína y sus sales, el hashish y sus preparaciones. Esta acción fue resultado de haberse cobrado conciencia de la seria amenaza que representó para Francia el abuso en el consumo de drogas por sus Fuerzas Armadas, lo que ponía en peligro la seguridad nacional.

Asimismo, deseamos destacar en el Siglo XIX la importancia del descubrimiento de la morfina (1803), la cocaína (1855), la heroína (1898) y la jeringuilla hipodérmica, que vienen a representar una nueva amenaza para la salud pública.

En las primeras décadas de nuestro siglo las reacciones internacionales al control de los narcóticos y otras drogas se dejan sentir. La Convención de la Haya de 1912 abre el camino a la acción concertada entre países afectados. En ésta se consigue identificar y definir las sustancias a controlar (opio, morfina, cocaína y heroína y sus sales) y se especifica medidas a adoptarse por los países participantes en la Convención. Estas medidas conllevaban acción preventiva (prohibición, reducción gradual, importación, exportación, etc. de las drogas); medidas restrictivas (abolición gradual del uso del opio, restricción en su manufactura, uso, consumo reducido a usos médicos solamente); medidas preventivas (declarar ilegal la posesión de cualquiera de las sustancias restringidas); y finalmente, la cooperación internacional. El conflicto bélico (Primera Guerra Mundial) retrasó la ratificación de los acuerdos de la Convención pero, para aquellos países que firmaron, entró en efecto el 31 de diciembre de 1914.

Entre 1920 (Tratado de Versalles) y 1961 (Convención Unica de NU) se suceden numerosos acuerdos. (Acuerdo de Ginebra del 11 de febrero de 1925, Acuerdo de Hong Kong del 17 de noviembre de 1931, Convención de Ginebra del 19 de febrero de 1925, Convención de Ginebra del 26 de junio del 1936, el Protocolo de París del 19 de noviembre de 1948, y el Protocolo de Nueva York de 1953), todos ellos encaminados a reforzar los controles y la prohibición del tráfico y uso de los narcóticos.

Estos esfuerzos culminan en 1961 cuando las Naciones Unidas llama a una Convención Unica sobre narcóticos con el propósito de sustituir la multiplicidad de acuerdos en existencia con un solo instrumento. En este nuevo esfuerzo se dejan vigentes, con leves enmiendas, los acuerdos de la Convención de Ginebra de 1936, y se incluyen provisiones encaminadas a definir las sustancias objeto de supervisión, a especificar las obligaciones legislativas y administrativas de los países participantes, estableciendo organismos internacionales de control, definiendo medidas preventivas y represivas, y restringiendo el consumo. Subsiguientemente, se celebran otras reuniones (Protocolo de Ginebra del 23 de marzo de 1972 y la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas en Viena el 23 de febrero de 1971 entre otras) enmendando los acuerdos anteriores pero en la misma línea de pensamiento. Mas recientemente se observa un interés creciente de organismos internacionales en el problema.

El más importante impacto de este interés al nivel internacional es promover conciencia nacional del problema que resulta en acción legislativa al nivel nacional.

Podemos afirmar que en los países del continente europeo y en el norteamericano (E.E.U.U. de Norteamérica y Canadá) la generalidad de los países que adquieren conciencia de que estaban y están siendo afectados por el problema de las drogas toman acción legislativa para atender el mismo. Esta legislación resulta ser diversa y tomaría amplio espacio detallarla por países. No obstante, nos parece importante señalar, y después ilustrar, los elementos sobresalientes a esa legislación:

1. la legislación varía de país en país, y es tan diversa como son los intereses de los países;
2. se nota una tendencia a introducir trato diferencial entre el traficante y el adicto a drogas, colocando un énfasis mayor en perseguir y castigar al primero de éstos;
3. se tiende a penalizar la posesión y consumo de drogas sin una discriminación adecuada entre drogas, y se tiende a definir, paradójicamente, al adicto "per se" como una persona enferma y no como un delincuente;
4. se introduce la tendencia a desacriminar la posesión y uso de ciertas drogas, y a acriminar a otras;
5. se introducen medidas que abren el camino al tratamiento o de la pena cuando es su primer caso por drogas y el adicto se aviene a tratamiento;
6. se introduce la tendencia de rebajar las penalidades por uso o posesión de algunas drogas, resultando en una desacriminación del delito;
7. se reconoce la necesidad de un acercamiento multidisciplinario para bregar con el problema al cobrarse conciencia de las limitaciones de los conocimientos con que contamos.

Las disposiciones de la legislación sobre drogas vigente en Puerto Rico ilustra claramente los elementos señalados anteriormente. Estos están contenidos en la Ley número 4, **Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico** aprobada el 23 de junio de 1971, mejor conocida por la **Ley de Drogas de Puerto Rico**. Esta ley se aprueba como parte del compromiso político del partido triunfante en las elecciones de 1968, y se le da vigencia como instrumento para bregar con el

problema de las drogas, que era entonces muy poco conocido en su naturaleza y extensión, lo que en gran medida la explica. La misma tipifica las tendencias de la legislación estatal en los E.E.U.U. de Norteamérica, pues usó como modelo el propulsado a tal fin por el Gobierno Federal.

La exposición de motivos nos indica su tónica:

Para reglamentar la fabricación, distribución y dispensación de las sustancias controladas en Puerto Rico, delimitar las funciones del Secretario de Salud, establecer procedimientos administrativos, establecer delitos y penalidades, autorizar transferencias, derogar y modificar leyes, y disponer sobre la asignación de fondos para llevar a cabo los propósitos de esta ley.

Del contenido de la ley, y a nuestros fines, nos interesa aquella parte que se refiere a, primero, ¿qué prohíbe?, segundo, ¿cómo lo penaliza? y tercero, ¿cómo afecta al droga-adicto? Como instrumento inicial se expone una elaborada y rigurosa clasificación de las sustancias controladas, usando como criterio básico de clasificación el "potencial de abuso de las drogas", pareando este criterio con el del grado de peligrosidad o daño a la sociedad, y consecuentemente, penaliza al transgresor de acuerdo al tipo de droga envuelta en la comisión del delito. En cuanto a la clarificación de las sustancias controladas nos dice:

Artículo 202 — Clasificaciones de Sustancias Controladas:

a) Se establecen cinco clasificaciones de sustancias controladas que se conocerán como Clasificaciones I, II, III, IV y V. Tales Clasificaciones consistirán inicialmente de las sustancias enumeradas en este artículo. Las Clasificaciones establecidas por este artículo serán puestas al día y publicadas por el Secretario de Salud dos veces al año durante el período de dos años en un periódico de circulación general comenzando un año después de la promulgación de esta ley, y serán puestas al día y vueltas a publicar en un periódico de circulación general de ahí en adelante anualmente.

b) Las determinaciones que se requieren para cada clasificación serán como se expresan a continuación:

1. Clasificación I.

- A) La droga u otra sustancia tiene un alto potencial de abuso.
- B) La droga u otra sustancia no tiene uso medicinal aceptado en los Estados Unidos.
- C) Ausencia de condiciones aceptadas de seguridad para su uso bajo supervisión médica.

2. Clasificación II.

- A) La droga u otra sustancia tiene un alto potencial de abuso.
- B) La droga u otra sustancia no tiene uso medicinal aceptado en los Estados Unidos, o uso medicinal aceptado con severas restricciones.
- C) El abuso de la droga u otra sustancia puede conducir a una grave dependencia psicológica o física.

3. Clasificación III.

- A) La droga u otra sustancia tiene un potencial menor para el abuso que el de las drogas u otras sustancias enumeradas en las Clasificaciones I y II.
- B) La droga u otra sustancia tiene uso medicinal aceptado en los Estados Unidos.

- C) El abuso de la droga u otra sustancia puede conducir a una dependencia física de carácter leve o moderado o a una fuerte dependencia psicológica.

4. Clasificación IV.

- A) La droga u otra sustancia tiene un bajo potencial de abuso en comparación con las drogas u otras sustancias incluidas en la Clasificación III.
- B) La droga u otra sustancia tiene uso medicinal aceptado en los Estados Unidos.
- C) El abuso de la droga u otra sustancia puede crear dependencia física o dependencia psicológica limitada en comparación con las drogas u otras sustancias incluidas en la Clasificación III.

5. Clasificación V.

- A) La droga u otra sustancia tiene un bajo potencial de abuso en comparación con las drogas u otras sustancias incluidas en la Clasificación IV.
- B) La droga u otra sustancia tiene uso medicinal aceptado en los Estados Unidos.
- C) El abuso de la droga u otra sustancia puede crear dependencia física o dependencia psicológica limitada en comparación con las drogas u otras sustancias incluidas en la Clasificación IV.

Las disposiciones sobre prohibiciones y penalidades ilustra con claridad la aplicación del criterio expresado anteriormente:

Artículo 401 — Actos prohibidos y Penalidades:

- a) Excepto en la forma autorizada en esta Ley, será ilegal el que cualquier persona, a sabiendas o intencionalmente:
 - 1. fabrique, distribuya, dispense, transporte u oculte, o posea con la intención de fabricar, distribuir, dispensar, transportar u ocultar una sustancia controlada;
 - 2. produzca, distribuya o dispense, transporte u oculte o posea con la intención de distribuir o dispensar, transportar u ocultar una sustancia falsificada.
- b) Excepto lo establecido por el artículo 405, toda persona que viole lo dispuesto por el inciso (a) de este artículo convicta que fuere será sentenciada en la forma siguiente:

(Resumen de penalidades)

- 1. Por violación que incluya droga en Clasificación I o II, (opio y sus derivados): pena mínima de 10 años y máxima de 30 y podrá ser multado hasta en \$25,000.
Si es reincidente: pena mínima de 20 años y máxima de 50 años y podrá ser multado hasta \$50,000.
- 2. Por violación que incluya droga en Clasificación I no narcótica (marihuana, L.S.D.): pena mínima de 5 años y máxima de 20 años, y podrá ser multado hasta \$20,000.
Si es reincidente: pena mínima de 10 años y máxima de 40 años, y podrá ser multado hasta \$30,000.
- 3. Por violación que incluya droga en Clasificación II no narcótica (anfetamina) o Clasificación III: pena mínima de 5 años y máxima de 10 años, y podrá ser multado hasta \$15,000.
Si es reincidente: pena mínima de 10 años y máxima de 20 años, y multado hasta \$50,000.

4. Por violación que incluya droga en Clasificación IV (Fenobarbital): pena mínima de 1 año y máxima de 5 años, y podrá ser multado hasta 10,000.
Si es reincidente: pena mínima de 2 años y máxima de 10 años, y podrá ser multado hasta \$20,000.
5. Por violación que incluya droga en Clasificación V (expectorante con codeína): pena mínima de 1 año y máxima de 3 años, y podrá ser multado hasta \$5,000.
Si es reincidente: pena mínima de 2 años y máxima de 6 años, y podrá ser multado hasta \$10,000.

No obstante lo punitivo de las medidas expuestas anteriormente y la clara acriminación de los actos, la ley provee para una disposición especial cuando se posee la droga para consumo propio y en el Artículo 404 especifica "pena mínima de 1 año y máxima de 3 años, y podrá ser multado en una cantidad que no exceda de \$5,000." Si es reincidente "pena mínima de 2 años y máxima de 6 años de prisión además podrá ser multada en una cantidad que no exceda de \$10,000." Adicionalmente, si se trata de su primer caso de drogas, si la persona así lo desea el Tribunal podrá suspender todo procedimiento y someter a dicha persona a libertad a prueba bajo los términos y condiciones razonables que tenga a bien requerir, y por el término que estime a bien prescribir el cual no excederá de tres años.

Cuando se porta bien en su libertad a prueba, el Tribunal "podrá exonerar la persona y sobreseer el caso en su contra." Asimismo, se le devolverá todo récord en la Policía y Tribunal. Esta acción se le concede solamente "en una ocasión a cualquier persona."

En contraste con lo anterior, la intención clara de la ley es penalizar al máximo cuando se trata de una venta o transferencia a un menor (de 18 años en Puerto Rico), penalizando al convicto de esta acción con el doble de lo provisto en el Artículo 401—(a) y (b), y en triple pena si es en reincidencia. Esto implica una pena por convicción en que la droga Clasificación I está envuelta, de un mínimo de 20 años y máximo de 60 años, y hasta \$50,000 de multa; y en reincidencia de un mínimo de 30 años y un máximo de 90 años, y multa hasta \$75,000.

Una última provisión que amerita mención es la llamada Empresa criminal continua, en que un grupo de personas (un jefe y 3 o más personas) se asocia con fines de traficar drogas, que conlleva penalidad "no menor de 25 años, y hasta un máximo de prisión perpetua," y podrá ser multada por un máximo de \$ 100,000, y serias confiscaciones de bienes y ganancias; si es reincidente conlleva pena de no menos de 40 años y hasta un máximo de prisión perpetua, podrá ser multado hasta en \$200,000, y serias confiscaciones.

Huelga comentar la ilustración, pues es obvio su carácter exageradamente punitivo, y las grandes lagunas en sus supuestos penales y sociales.

Al presente, y no obstante lo aleccionadora que resulta la experiencia reseñada, estamos todavía en la búsqueda de una orientación adecuada para el esclarecimiento del problema y la recopilación de conocimiento objetivo sobre el mismo, para sentirnos que contamos con unos cimientos objetivos razonables, para proceder a una acción acertada para bregar atinadamente con el problema. En ese empeño, pasemos ahora a considerar el tema de la categorización del adicto en nuestra sociedad.

3. Enfoques a la droga-adicción y el adicto

Como punto de partida en la exposición y ponderación de los diferentes enfoques, nos parece prudente advertir sobre la dificultad en la definición del concepto de **adicción**. Unos aparejan este concepto con dependencia física y tolerancia, limitándose así a una consideración estrictamente fisiológica del fenómeno. En este paso se ignoran importantes consideraciones como son la personalidad del adicto, sus motivaciones, sus creencias y su medio social y cultural.

De otra parte, la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) nos define la adicción a drogas como "un estado de intoxicación periódica o crónica perjudicial al individuo y a la sociedad, producto del consumo repetitivo de una droga..."

A esta definición se le señala como limitaciones el caracterizar la adicción como intoxicación; el calificar la adicción como perjudicial a la sociedad y al individuo, lo que no tiene que resultar necesariamente cierto; y que resulta inadecuada pues incluye como adicción el uso repetitivo de cualquier droga que pueda ser perjudicial (alcohol, bromuro, o cualquier otra), y consecuentemente considera al consumidor un adicto.

Enmarcando el problema en un enfoque funcional, Lindensmith (1968) señala como la característica primordial de la adicción el **deseo ardiente** ("craving") por el consumo de la droga, relevando características como la tendencia a recaer en el uso de la droga y otras que frecuentemente se enfatizan, como aspectos vinculados al deseo o consecuencias de éste. Este enfoque nos abre nuevas avenidas a importantes consideraciones, pues postula que una persona en un momento dado puede estar adicta (sentir el deseo) sin necesariamente estar usando la droga, o en contraste, puede estar físicamente habituada a una droga sin ser adicta. Esta implicación se esclarece cuando consideramos que los síntomas fisiológicos que se manifiestan cuando le falta la droga al cuerpo se alivian cuando se consume la droga, no obstante, el deseo del consumo de la droga por el adicto surge sólo cuando éste establece una asociación o relación entre el malestar que se experimenta cuando le falta la droga ("se enferma") y el alivio que siente cuando consume la droga. Consecuentemente una persona que ignora el origen de los síntomas fisiológicos desagradables que se experimentan al faltarle la droga, o que las atribuye a otras causas, no se convertirá en un adicto en el verdadero sentido del concepto.

La limitación de esta definición reside en la dificultad de reconocer el deseo por la droga en el adicto que no está activo en el uso de la droga, ya por abstención voluntaria o por encontrarse recluido en una institución, quienes frecuentemente niegan su deseo por la droga pero que recaen en la práctica tan pronto las circunstancias se lo permiten. Frente a esta limitación, Lindensmith comenta que tal vez el impulso para recaer existe en forma latente o inconsciente en la persona, por lo que ésta no lo reconoce. Esto coloca el deseo del adicto en un nivel irracional y, por ende, fuera de su elección voluntaria, siendo básicamente resultado de una compulsión irracional que surge de la repetición de una secuencia de experiencias en un proceso similar a la respuesta condicionada de que nos habla la psicología.

Como podemos ver, prevalece un desacuerdo básico en cuanto a cuál es el enfoque adecuado en la definición y categorización del adicto a drogas. Es esta situación la que nos lleva a la ponderación de los diferentes enfoques en la búsqueda de alternativas, que, aunque tal vez no nos satisfagan plenamente nos estimule a considerar nuevas avenidas en el pensamiento y conocimiento sobre el problema que nos ocupa.

a) **Exposición y ponderación del enfoque médico**

Cuando se adquiere conciencia en una sociedad de una situación considerada perjudicial a la misma, esta reacciona en un intento por remediarla. La experiencia en los Estados Unidos de Norte América, así como en otros países, dramatiza, tal vez trágicamente, esta situación. En la década del '60 el abuso en el consumo de drogas, en especial marihuana y heroína, se agudiza. Agrava esta situación el hecho que el sector poblacional más impactado fueran los jóvenes, y que se señalara corrupción oficial alegándose que la policía era no tan solo objeto de soborno de parte de los traficantes en drogas, sino que estaba vinculada a la venta y distribución de drogas.

Ante esta situación la sociedad norteamericana reacciona. Entre otros, una importante organización privada nacional, que goza de gran prestigio profesional, el **Consejo Nacional sobre el Crimen y la Delincuencia** (National Council on Crime and Delinquency) expresa su posición ante el problema de la adicción y la categorización del adicto a drogas. (**Crime and Delinquency**, January 1975). En esta declaración se critica el enfoque legal y la represión policial que se usa para bregar con el problema, enfocando el mismo desde el punto de vista médico.

El enfoque médico parte de la consideración del adicto como una persona enferma, postulando que el esfuerzo para bregar con el problema y el adicto debe dirigirse al ofrecimiento de ayuda médica y no a la persecución del adicto como un criminal, aun para aquellos que la necesidad de proveerse la droga los lleve a la venta de la misma como medio para satisfacer colateralmente su necesidad. La ayuda médica debe conllevar no tan solo proveerle dosis de mantenimiento al adicto sino cualquier medida médica terapéutica que se estime necesaria.

Asimismo, aboga por la eliminación del confinamiento civil del adicto, pues en realidad es un confinamiento impuesto involuntariamente en forma parecida al penal, pero que crea la ilusión que está recibiendo tratamiento. Se señala el fracaso del enfoque legal y el esfuerzo policial para bregar con el problema; y se pide la eliminación de las leyes que crean "delitos sin víctimas." Finalmente se concluye que las medidas punitivas existentes sólo han servido para promover el tráfico de drogas, intensificar la corrupción policial y fortalecer el crimen organizado.

En apoyo a los puntos de vista expresados por el enfoque médico, Lindensmith (1967) nos cita experiencias que alega sostienen el argumento de que cuando el adicto es tratado como paciente y tiene acceso por medios legales a la droga, el número de éstos tiende a limitarse, y que su exposición inicial respecto a la droga se debió a razones médicas. Para confirmar este argumento, este autor examina los sistemas de control en varios países, y los compara con el sistema de orientación punitiva-prohibitiva que prevalece en los Estados Unidos de Norte América, el que, no obstante su limitado éxito ha sido importado por otros países. Asimismo, nos llama la atención el hecho de que los países que tienen los sistemas de control que parecen ser más eficientes, pues cuentan con un número menor de adictos, como es el caso de Inglaterra, tratan el adicto como caso médico, proveyéndole la droga por medios legítimos.

Más allá de estos puntos de vista, deseamos expresar nuestro planteamiento de si sólo se trata de un intento de controlar al adicto a drogas y su impacto en la sociedad o si debemos aspirar a bregar con el adicto como un ser humano con problemas que manifiesta con su uso de la droga, y que una vez resueltos esos problemas podrá funcionar satisfactoriamente en nuestra sociedad. Ciertamente, el enfoque médico clásico se queda corto al enfrentarlo con esta meta.

b) Exposición y ponderación del enfoque legal

En contraste con un enfoque médico, que concibe al adicto como un "enfermo," tenemos el enfoque legal que lo concibe como un "delincuente." Este enfoque se basa en la llamada teoría del hábito, que sostiene que la adicción es meramente un acto de abandono voluntario y vicioso al consumo de las drogas, el que el individuo puede controlar y sobreponer por el ejercicio de su voluntad. Consecuentemente, se concluye que el adicto se debe definir y tratar como un delincuente.

Una vez más, la experiencia Norteamericana nos tipifica este enfoque dando base para la ponderación del mismo.

En los últimos cuarenta y cinco años, no obstante haberse hecho esfuerzos por cambiar la filosofía y las prácticas, el enfoque de la adicción en los EEUU de Norteamérica ha permanecido esencialmente el mismo. Para todos los fines prácticos el adicto se define como un criminal, se trata oficialmente a este como un criminal y generalmente es visto como tal.

La evolución de esta experiencia nos lleva a los primeros años de este siglo. No obstante, el logro en el caso Linder (Linder vs US, 268 US 5 1925), en que el Tribunal Supremo de los EEUU de Norteamérica decidió unánimemente que el Dr. Charles O. Linder no actuó contrario a la ley al recetar a un paciente adicto, que resultó ser un informante a la División Federal de Narcóticos, la profesión médica ha cedido a los tropiezos provocados por el Negociado de Narcóticos y abandonaron sus intentos de tratar como enfermo al adicto, dejando prevalecer el criterio oficial, resultando en una confirmación de la imagen del adicto y subsecuentemente de la adicción como una de maldad. En la década de 1920 al '30 se lleva esta noción a norma nacional (como parte del Negociado de la Prohibición). En 1930 se separa el Negociado de Narcóticos del Negociado de la Prohibición, siendo designado director del nuevo Negociado de Narcóticos el entonces asistente

del comisionado, Harry J. Anslinger. Bajo su dirección, y por los próximos treinta y dos años se instrumenta una filosofía inspirada en la noción de que el adicto es un "leproso social inmoral vicioso" que no puede escapar de la responsabilidad por sus actos y que debe sentir la suave fuerza del castigo imparcial, lo que sirve para reafirmar el enfoque legal prohibitivo punitivo para la nación.

Otro importante episodio lo constituyó la aparición de la marihuana en el cuadro de las drogas, alegándose un aumento en su uso entre los jóvenes y creando la imagen de la marihuana como la "droga asesina" que provocaba crímenes violentos, excesos en los delitos sexuales, impotencia, demencia, y degeneración moral, todo esto amenazando al niño en el patio de su propia escuela. Se escala esta imagen hasta culminar en la Ley de Impuesto sobre la Marihuana (Marihuana Tax Act) que crea una nueva clase de "criminales," generando gran actividad para el Negociado de Narcóticos. En base a esta noción traída del nuevo problema de la marihuana, se "educa" — o mejor dicho, se tuerce — la imagen ante el público, creando una situación que hace imposible entender y pensar objetivamente este problema.

Durante la Segunda Guerra Mundial (1940-50) se le da muy poca importancia al problema de las drogas pero en 1951 la Comisión Kefauver sobre el Crimen revive y fomenta en sus vistas televisadas la atención a los narcóticos y la marihuana, creando de nuevo gran revuelo. Adicionalmente se populariza la idea del gran aumento en la adicción, en especial entre niños y adolescentes, resultando en la adopción de medidas legislativas que aumenta el personal del Negociado de Narcóticos, así como aumenta las medidas punitivas. De igual manera, el triste episodio del Macartismo pretende asociar el problema de las drogas con el comunismo, caracterizando los narcóticos como agentes de subversión y corrupción, y a aquéllos asociados con su tráfico ilícito como políticamente sospechosos.

En la década del '50 se aumenta la política punitiva con la aprobación de la Enmienda Bogg (1951) haciendo mandatorio una sentencia mínima para los violadores de las leyes sobre narcóticos, la eliminación de sentencias suspendidas o de probación para reincidentes; y la Ley sobre Control de Narcóticos, que incrementa las penalidades y las hace más inflexibles. Refuerza este brazo fuerte de la ley la Ley sobre Control de Narcóticos (1956). En este período de máximo miedo por el problema de las drogas, la adicción ~~per se~~ se convierte en un delito, reafirmando el enfoque legal con la acción al nivel congresional y estatal que caracteriza al adicto como violento, degenerado, y leproso social anti-americano.

Esta política oficial de incremento en la acriminación del problema de las drogas y del adicto provoca una reacción a fines de la década del '50, siendo la declaración conjunta de la Asociación de Abogados Americanos (American Bar Association) y de la Asociación Médica Americana (American Medical Association), en su versión original (1958) y su versión final (1959) una de las más controvertibles. Esta se publicó en 1961 bajo el título de **Adicción a Drogas. ¿Delito o Enfermedad?** La dirección del Negociado de Narcóticos se horrorizó ante la propuesta de que el adicto a drogas debe tratarse en clínicas ambulatorias experimentales (outpatient experimental clinics), y llegó a la conclusión de que el esfuerzo represivo legal no era la contestación al problema, posiciones que representaban un ataque abierto a la política y acción de dicha agencia. Se crea un Comité Consultivo que publica una declaración cargada de ataques personales y emocionales por la acción anti-americana de la ABA y la AMA, y haciéndose esfuerzos por entorpecer la publicación y circulación de este documento.

En la década del '60 y bajo la tutela de un nuevo director, todavía persiste el enfoque legal, alimentándose una vez más por campañas de un aumento en el consumo de marihuana entre los jóvenes. Ante los argumentos de que la marihuana no es más dañina que el tabaco y el alcohol, sostenido por algunos sectores en nuestra sociedad, el Negociado inicia un plan de contraataque para refutar o reafirmar que la marihuana es, de hecho, una droga peligrosa y dañina, punto de vista que muy difícilmente puede sostenerse en un examen objetivo de la realidad.

En 1968 las agencias responsables del control de las drogas ubicadas en el Departamento de Salubridad, Educación y Bienestar y el Departamento del Tesoro se funden, y son trasladadas al Negociado de Narcóticos y Drogas Peligrosas adscrito

al Departamento de Justicia. Esto da margen al inicio de una presunta reorientación que incluye una estrategia más ilustrada, confiando investigaciones a científicos sociales para la recopilación de datos y el desarrollo de estudios. No obstante, el enfoque legal prevalece como el método para bregar con el problema. Asimismo debemos señalar que se inicia un énfasis en el "tratamiento" y la "rehabilitación", logros que podemos acreditar a legislación aprobada en los comienzos de la década del '70.

Cuando ponderamos objetivamente el enfoque legal en términos de sus logros podemos señalar su fracaso al intentar bregar con el tráfico de drogas responsable de suplir los mercados nacionales; y que cuando se logra arrestar a los responsables del mismo, rara vez se consigue procesar y sentenciar a éstos. En la realidad, la inmensa mayoría de los arrestados y convictos son adictos, quienes se ven empujados a la venta de drogas como medio para asegurarse la provisión de la droga para satisfacer su necesidad, resultando ser víctimas de esa circunstancia, más que criminales que usan el tráfico de drogas para lucrarse. No obstante, se debe señalar la importante participación del adicto en la comisión de delitos contra la propiedad, comportamiento delictivo vinculado a la necesidad antes mencionada. Finalmente, se precisa comentar sobre los llamados "delitos sin víctimas", los que se basan no en el daño ocasionado a otras personas sino en las normas morales decretadas en los estatutos y donde se incrimina un comportamiento donde no existe víctima o en el que resulta afectado es el actor. Asimismo se arguye que un enfoque legal al problema de las drogas sólo ha servido para promover el tráfico de drogas, intensificar la corrupción policial y fortalecer el crimen organizado.

La experiencia puertorriqueña en el manejo del problema de las drogas no obstante haber sido en gran medida un reflejo de la experiencia continental, suma a ésta unas particularidades que la enriquecen. Me refiero a la manera en que la participación comunal ha ayudado a reorientar la visión del adicto y la política pública en cuanto al problema. Conjuntamente con los programas gubernamentales, que se caracterizaron por un enfoque médico, de un lado, y legal de otro, se desarrollaron programas comunales que han obtenido un relativo éxito en la reeducación psicosocial del adicto. Entre otros, el de mayor éxito es el Centro de Rehabilitación y Educación del Adicto (CREA), actividad comunal concebida y desarrollada por ex-adictos rehabilitados. Este programa, al que se une el adicto voluntariamente, se inicia bajo comités comunales autónomos y usa los ex-adictos como recursos en un programa que comprende prevención mediante educación comunal, reclutamiento de adictos al programa de tratamiento, tratamiento psicosocial — ofrecido en su totalidad por ex-adictos como "terapeutas" sin la participación de profesionales — y terapia ocupacional. Esta actividad se desarrolla en "hogares" donde el adicto permanece alrededor de 18 meses, logrando graduarse rehabilitado cuando prueba con su comportamiento que ha cambiado su personalidad, y que puede funcionar saludablemente en su sociedad.

En la década del '70, se crea la Administración contra la Adicción y el Alcoholismo, con carácter de agencia miembro del gabinete. Este departamento inicia una nueva orientación, caracterizándose por los intentos de considerar e iniciar nuevas alternativas ante los problemas que confronta. Logra identificar sus problemas mediante investigación científico social, y luego de vencer oposiciones de otros enfoques, ha conseguido acción en cuanto a alternativas que permiten desviar al adicto del enfoque legal, y hacer viable su tratamiento. Asimismo, acaba de establecer con carácter experimental un Centro de Atención de Emergencia para Adictos — casos de sobre dosis y de crisis vinculadas al síndrome de abstinencia, tanto para adictos a drogas como para alcohólicos — que promete ser modelo en ese campo. — Resulta temprano para juzgar la labor de esta agencia, aunque estimamos que su orientación basada en la educación social en su fase preventiva y en servicios encaminados a satisfacer necesidades de la población de adictos, se encamina a logros positivos que resultarán en aleccionadoras experiencias, en un campo de acción urgentemente necesitado de nuevos enfoques y alternativas.

c) Exposición y ponderación del enfoque sociológico

A diferencia de un acercamiento psicológico al problema de la adicción, que intenta definir la personalidad que predispone a la adicción ignorando el medio cultural del adicto, el enfoque sociológico enriquece la visión del problema al

ampliar los marcos de referència examinando el medio cultural y el significado y consecuencias de las relaciones sociales del adicto.

En una amplia descripción de las características de la personalidad del adicto, Chein (1966) nos señala como características de la personalidad del adicto su baja capacidad para resistir el pánico y la frustración, su desconfianza de otras personas, su inclinación a la futilidad, baja estimación de su persona, y la inclinación a deprimirse, entre otras. Asimismo nos señala que la personalidad del adicto promedio la engendra y perpetúa elementos que forman un círculo vicioso, identificando éstos como la sociedad, el grupo étnico a que pertenece, el vecindario, la familia, la escuela, y la particularidad de su desarrollo individual. Abundando en el tema, Chein nos señala que aun cuando la adicción se ha incrementado en las clases altas de la sociedad, todavía sigue concentrándose en los vecindarios de mayor deprivación cultural y económica. Las familias en este medio social, de donde viene la mayor proporción de adictos crónicos resultan ser las más pobres no tan sólo en medios económicos sino en afecto mutuo, respeto, y medios sociales apropiados. A estas familias las apabullan las demandas por la supervivencia, dejándole muy poco tiempo y energías para atender adecuadamente a los hijos. La desconfianza y sospecha de la sociedad y las instituciones que la representan, son parte misma de su medio social. Su futuro es incierto y los niveles de aspiraciones para sus hijos bajos. Los niños productos de estos hogares refuerzan sus experiencias hogareñas con la realidad vivida en la escuela, en la calle, y en sus trabajos.

Un esfuerzo por entender las motivaciones que nos expliquen por qué el medio descrito anteriormente engendra adicción nos lleva a tres avenidas. La primera, **el efecto psicológico de la droga**, y no me refiero a la euforia o alucinaciones que producen algunas drogas, pues bien sabido es que para muchos adictos el consumo de la droga es fuente de ansiedad, temor, remordimiento, y hasta de malestar físico (Bishop 1921) sino el alivio al permitirle escapar de las situaciones intolerables producidas por las pesadas tensiones en su medio social. (Chein, 1968).

Una segunda consideración es **el consumir la droga**, que le provee al adicto un sentido de identidad, lo que le permite sentirse que pertenece a una subcultura donde se siente aceptado. El uso de la droga le ofrece un estilo de vida con cierto "encanto" y cierto "estímulo" que proviene del riesgo que representa sostener el hábito y ser imitado por su grupo que admira su astucia y riesgos.

Una tercera consideración es la oportunidad que ofrece a un marginado social — el adicto — el poder **sentirse que puede agredir a la sociedad** mediante la violación de sus preciadas normas sociales (Finestone 1969).

No obstante lo revelador de las motivaciones señaladas anteriormente, Lindensmith (1967) nos llama la atención a que debido a la diversidad de contextos sociales en que las drogas se han usado y se siguen usando, tenemos que admitir que son muchos los caminos que conducen a la adicción y que no podemos señalar motivos particulares ni en conjunto que se puedan señalar como características para todos los adictos. [No obstante, un intento teórico adecuado para explicar el fenómeno de la adicción y su incremento en nuestra sociedad deberá incorporar tanto los factores sociales y culturales como las motivaciones, así como las perspectivas sociológicas que discutiremos seguidamente: anomía, movimiento social, y asociación diferencial.

"Anomía" se refiere a aquella discrepancia entre metas culturalmente inducidas, como posición social y éxito, y los medios percibidos disponibles para alcanzar las metas.

El conflicto o frustración que resulta se ve ejerciendo presión sobre el individuo como una imposición social o del grupo, y lo lleva a recurrir a algún mecanismo adaptativo para descargar la tensión interna. Se puede concebir la adicción como la manera usada por el adicto para escapar a sus problemas mediante la renuncia a las metas de la sociedad así como a las pautas establecidas por ésta para lograrlas. Cloward y Ohlin (1960) sugieren que las personas que fracasan doblemente, pues están mal ajustadas tanto al mundo legítimo como al criminal, son las que tienden a convertirse en adictos.

Ante esta posición Lindensmith (1966) comenta que, por el contrario, la adicción aumenta las tensiones en vez de descargarlas. Esta posición, vista a la luz de los argumentos de Ohlin antes presentados, no parece sostenerse, pero la explicación de la "retirada" del adicto sí.

Seeman considera el concepto de enagenación en sus diversas acepciones. En la primera de éstas — la ausencia de normas — se refiere a la situación anómica en que comportamiento desviado es requerido para conseguir una meta específica.

Un segundo uso del término enagenación, según Seeman (1957) es el de ausencia de poder en situaciones donde las personas tienen la seguridad de que la probabilidad es que los resultados no serán afectados por la acción individual. Finalmente veamos la concepción en términos de aislamiento, siendo éstas las personas que le asignan poco valor a metas o creencias que gozan de un alto reconocimiento en la sociedad en pleno. El uso de las drogas puede ocurrir como una respuesta a esta situación anómica en que las metas sociales son inalcanzables usando los medios convencionales. Consecuentemente, una persona que viene de un hogar pobre en un área de privación cultural y económica, o rico que le cree igual vacío por otras razones, y que no puede alcanzar aquellas cosas de valía social, puede recurrir al uso de las drogas como mecanismo compensatorio. En esta interpretación, el adicto es una persona que se siente marginado no tan solo por la ausencia de normas o de poder, sino también por la presencia de un sentido de aislamiento, y sus metas difieren de aquellas de la sociedad en general. Ahora bien, debe advertirse que este sentido de aislamiento puede no existir con anterioridad a la adicción, teniendo un peso inicial menor que la ausencia de normas o de poder en el inicio del uso de las drogas.

Lindensmith nos llama la atención a la concepción del uso de las drogas en nuestra sociedad como un tipo de movimiento social. Nos señala el hecho que la prohibición de las drogas las hace ilegales y costosas, lo que les confiere un significado simbólico que atrae a ciertas personas para quienes el consumo de las drogas se convierte en un modo de vida, un medio de protesta, e instrumento de revuelta en contra de los valores sociales imperantes.

Finestone (1969) coincide con esta apreciación al afirmar que el uso de las drogas puede ser un movimiento social para ciertos segmentos de nuestra sociedad, tal como ha sido sustentado por sus investigaciones entre los negros jóvenes en la ciudad de Chicago.

Finalmente, el enfoque sociológico nos llama la atención a la teoría de asociación diferencial de Sutherland (1970) que sostiene que gran parte del aprendizaje del comportamiento criminal se aprende en el grupo íntimo de asociados, y que este aprendizaje incluye las técnicas para cometer los delitos, así como motivaciones, valores diferenciales y actitudes. Este marco de referencia teórico parece ajustarse a la experiencia del uso de las drogas, pues en la subcultura de donde provienen la mayoría de los adictos, el grupo primario de relaciones interpersonales del joven son aquellos miembros que son adictos, los que responden a los valores y actitudes de la subcultura de la adicción. En esta situación se enfatiza el aprendizaje de definiciones favorables a la violación de las leyes establecidas, lo que predispone al adicto a la delincuencia.

Al ponderar el enfoque sociológico podemos captar el peso que se le atribuye al aislamiento social en la etiología del uso de las drogas, consideración que debe guiar cualquier intento por afectar el proceso social que lleva al uso de las drogas. La implicación de este señalamiento nos parece obvia: las medidas encaminadas a bregar con el problema de las drogas deben ir dirigidas a reducir el aislamiento que sufre el grupo de adictos en nuestra sociedad, haciendo posible a estos el alcanzar las metas de la sociedad en general. A estos fines se deberá concebir y desarrollar un plan para el mejoramiento de las oportunidades educativas y de adiestramiento vocacional, así como oportunidad para mejorar sus condiciones de vivienda y beneficios sociales (servicios médicos, servicios de orientación social, etc.). Una medida importante a considerar es la reconsideración

de la política pública (del Estado) en cuanto al problema de las drogas, las que deben incluir medios para justipreciar — objetiva y realmente — el problema de las drogas en cada sociedad en particular. Esto nos debe llevar a desacriminar aquellas acciones que así lo ameriten, así como a reconsiderar, en base a estudios científicos, la verdadera peligrosidad de las drogas, e instrumentar alternativas que le permitan al adicto obtener la droga legítimamente, pero con la seguridad de un control efectivo por el Estado. Con esta acción podemos esperar la desaparición del valor simbólico de la droga, se resolvería el problema de la inflación en el precio de la droga resultado de su escases, y rompería el vínculo de la asociación entre adictos o con el mundo de lo criminal.

d) La búsqueda de alternativas y una nueva visión del adicto a las drogas, conclusiones y recomendaciones.

Al concluir la reseña expuesta en la sección anterior a ésta sobre los diversos enfoques y nociones sobre la adicción y el adicto, nos queda una sensación de falta de profundidad en el entendimiento de la problemática que pretendemos sondear, aun cuando hemos visto diferentes puntos de vista y hemos enjuiciado sus logros y limitaciones.

De esta experiencia captamos dos ideas que consideramos significativas: la primera, que decididamente el enfoque legal no promete contribuir nada a la solución o el manejo del problema, por lo que urge la búsqueda de alternativas que permitan el control social a la vez que salidas para bregar con el problema de la adicción; y la segunda, la importancia de la noción del aislamiento del adicto por la sociedad al macularlo con señalamientos categóricos que nada contribuyen al manejo adecuado de su situación.

Esto nos lleva a introducir una noción, que a nuestra manera de ver, salva los aspectos positivos de los otros enfoque y permite iniciar un nuevo acercamiento al adicto con gran esperanza de conseguir restaurarlo a la sociedad y encaminarlo a su reintegración a la misma. Me refiero a un esfuerzo por concebir al adicto como un ser humano con problemas, como todos los seres humanos los tienen, pero que su particularidad consiste en que recurrió, por una diversidad de circunstancias individuales, a una solución equivocada a su problema. De esta manera se coloca la droga en su perspectiva correcta. Cuando se coloca al adicto en esta dimensión situacional se le libra de la categorización tradicional, que lo macula y limita las alternativas para enfrentarse a éste. Una consideración positiva de esta propuesta es que mueve el énfasis de la categorización a unas necesidades del individuo, que pueden ser de índole médica, o psicológicas, o educativas, o de adiestramiento vocacional, o de reeducación social, o de cualesquiera naturaleza particular o múltiple que un diagnóstico científico del caso nos revele.

En base a los hallazgos de un estudio de reciente publicación por la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico (Toro-Calder y Sánchez Longo, 1975) nos inclinamos a postular que la expectativa en la búsqueda de orígenes médico-patológicos o psicológicos en la génesis del comportamiento del adicto, ofrece pocas esperanzas. En este estudio, que evaluó una población penal que en su mayoría resultó ser adicta, no se pueden establecer condiciones médico-neurológicas, (incluyendo examen clínico de laboratorio, EEG y estudio de anormalidad cromosómica), que diesen margen a establecer como importante el acercamiento médico al problema. Iguál suerte corrió la búsqueda en evaluaciones psicológicas. No obstante, el perfil de características sociales nos resultó altamente revelador, del cuál citamos los siguientes datos:

“Casi la mitad de éstos se encontraban desempleados al cometer el delito y los que se encontraban empleados devengaban ingresos* que los colocaban próximos a los estratos sociales más bajos económicamente (MA= \$209.15 U.S. Dollars).

* Mensual.

La gran mayoría viene de la zona urbana pero reside en una vivienda localizada en los sectores de privación cultural y económica del área.más de dos quintas partes se encuentran cumpliendo sentencias por delitos relacionados con la ley de drogas un tercio por delitos contra la propiedad la mayoría advierte ser reincidentes”.

“En cuanto al medio social aún cuando la mayoría vivían con sus padres naturales, la experiencia social y su impacto deja mucho que desear, ... relaciones interpersonales tirantes... llegando a la agresión... actitud del padre de sospecha y rechazo... prácticas reñidas con las normas sociales. Crece en vecindario con grandes problemas de desviación social... familia con múltiples y complejos problemas... temprano fracaso social en la escuela y en sus relaciones interpersonales. Se ve envuelto en problemas que lo llevan a buscar ayuda profesional y a manifestar su problema con comportamiento violento. ...actitudes de desafío al orden social y llega a la agresión simbólica y personal siendo dificultoso contener la agresión.”

Otra reciente publicación (Ferracuti, Dinitz y Acosta, 1975) nos presenta un cuadro similar para delincuentes menores en Puerto Rico, destacándose una vez más la importancia del aprendizaje social en la génesis del comportamiento definido como anormal, incluyendo el uso de drogas.

Ya en la postrimería de esta ponencia deseamos resumir e interpretar el mensaje que intentamos traer a esta distinguida audiencia. No obstante, procede advertir que el llamado abuso de las drogas como fenómeno social y humano tiene que ser considerado en el contexto de la sociedad en que ocurre, y que toda experiencia y conocimiento en otras sociedades debe ser ponderado adecuadamente a la luz de este principio. Como hemos visto, la droga adicción está vinculada a desajustes o tensiones en la sociedad particular donde ocurre, situación que impacta al individuo que manifiesta el problema; y está íntimamente ligado a factores históricos, culturales y sociales, a cambios económicos y sociales, y a contactos exteriores de esa sociedad. Asimismo, como fenómeno social está vinculado a otros de desviación social como lo son la delincuencia, el alcoholismo, la prostitución, altas tasas de desempleo, alta incidencia de deserción escolar, problemas de vivienda, crisis en las familias, entre otros. Todos estos dan testimonio del estado de deterioro en la sociedad.

Al considerar y ponderar los comentarios que siguen, esperamos que se tengan muy presentes estas advertencias que conllevan la intención de ubicar el problema en una más amplia perspectiva.

Resumimos nuestras conclusiones y recomendaciones en los siguientes comentarios:

1. Necesitamos crear conciencia del problema de las drogas en la sociedad y su significado. En este proceso tenemos que reconocer las grandes lagunas del conocimiento sobre el mismo, empleando una actitud objetiva, y encaminando nuestro esfuerzo inicial a entender la naturaleza y la extensión del fenómeno según se manifiesta en cada sociedad en particular.

Este logro supone la recopilación sistemática y objetiva de datos sobre los elementos constitutivos del fenómeno, así como su interpretación adecuada según aplica a cada sociedad en particular, y ponderar con un criterio sociológico la importación de otros países de conocimiento y experiencias sobre el problema.

2. Una vez logrado el primer nivel, la consideración de acción sobre el problema debe contemplar todas las alternativas, no meramente conformarse con un acercamiento multidisciplinario, sino ajustado a las realidades culturales y sociales, con ajustes diferenciales en énfasis aun dentro de una misma sociedad, aunque esto represente un reto a los formulismos tradicionales. Una amplia actitud se inspiraría en el principio de que todo medio que respete la dignidad humana y no amenace la integridad personal al poner en peligro la seguridad o la vida del individuo es genuína, y merece una oportunidad. En el logro de este principio debe renunciarse a orgullos personales y a tradiciones profesionales, cuando éstos se convierten en obstáculos.

3. En cuanto a acción social, necesitamos contar con las experiencias de otras sociedades para aprovechar aquello que nos pueda ser útil y estudiar los errores cometidos para no repetirlos. Aquellas experiencias que prometan utilidad deben ser ponderadas adecuadamente, y reducidas a la dimensión y realidad cultural y social del país.

4. De especial interés en este paso es el examen del proceso de acriminación del uso de las drogas y de acciones relacionadas con éstas sin una base objetiva para la acción. Me refiero a evitar el uso genérico del término "problema de las drogas", sin diferenciar entre éstas, y ubicar la acción donde razonablemente corresponde.

5. Otra importante consideración a este respecto es evitar legislación que impida el tratamiento médico del adicto o que haga virtualmente imposible la investigación científica sobre los efectos de las drogas.

6. Se debe considerar como un logro de gran promesa el dato de la vinculación entre el aislamiento social del adicto, como individuo y como grupo, y la etiología del problema del uso de las drogas, pues nos abre nuevas alternativas para explorar y representa un potencial en la reeducación del adicto y su reintegración a la sociedad.

Finalmente, deseamos citar de otro escrito nuestro (Toro Calder y Sánchez Longo, 1975) una conclusión que estimo significativa, y que lee como sigue:

"... la insistente búsqueda del positivismo de una causa en el individuo para explicar su comportamiento... se queda corta ante la abundante evidencia de que la raíz del problema está en el fracaso de la sociedad al no ofrecer una justa oportunidad de satisfacciones humanas, psicológicas y sociales a todos en una alternativa razonable."

Señores, dejo ante Uds. la consideración de este planteamiento. Muchas gracias por vuestra atención.

REFERENCIAS

BISHOP, E. S. — *The Narcotic Drug Problem*, 1921.

CHEIN, I., *The Road to H*, 1964.

————— — "Psychological, Social, and Epidemiological Factors in Drug Addiction", en *Rehabilitating the Narcotic Addict*, 1966.

CLOWARD, R. A. y OHLIN, L. E. — *Delinquency and Opportunity — A theory of delinquent gang*, 1960.

COHEN, S. — *The Drug Dilemma*, 1969.

FINESTONE, L. — "Cats, kicks, and color", en Rushing, W., ed., *Deviant Behavior and Social Process*, 1969.

LINDENSMITH, A. L. — *The Addict and the Law*, 1967.

————— — "Basic problems in the social psychology and a theory", en O'Donnell, J. A., y Ball, J. C., *Narcotic Addiction*, 1966.

————— — "Dope Fiend Mythology", *Journal of Crim. Law, Criminology and Police Science*, 1940. (July-Aug.).

- KING, R. — "Narcotic drug laws and enforcement policies", **Law and Contemp. Prob.**, 1957.
- MERTON, R. K. — "Sociological Structure and Anomie", en **Amer. Soc. Rev.**, Oct., 1938.
- SCHUR, E. M. — **Crimes without victims**, 1965.
- SEEMAN, M. — "On the meaning of alienation", en **Amer. Soc. Rev.**, Dec., 1957.
- SUTHERLAND, E. H. y CRESSEY, D. — **Criminology**, 1970.
- TORO-CALDER, J. y L. P. SANCHEZ LONGO — **Perfil de características sociales, psicológicas, y médico-neurológicas de la población penal en Puerto Rico: 1972-1974**, 1975.
- THE PRESIDENT'S COMMISSION ON LAW ENFORCEMENT AND ADM. OF JUSTICE — **Narcotics and Drug Abuse**, Task Force Report, 1967.
- RAYMOND, F. B. — "A sociological view of narcotics addiction", **Crime and Delinquency**, Jan. 1975.
- NATIONAL COUNCIL ON CRIME AND DELINQUENCY, BOARD OF DIRECTORS — "Drug Addiction: a medical, not a law enforcement problem", **Crime and Delinquency**, Jan. 1974.
- REASONS, C. E. — "The addict as a criminal: perpetuation of a legend", **Crime and Delinquency**, Jan. 1975.
- EUROPEAN COMMITTEE ON CRIME PROBLEMS — **The Importance of Narcotics in Relation to Criminality**, Council of Europe, Strasburg, 1975.

LA DROGADICCIÓN EN LOS PAISES EN DESARROLLO

DR. ADOLFO PAULO GONZALEZ
PETIT (Paraguay)

Desde los albores de la humanidad, ya los pueblos de todas las latitudes usaron en ceremonias solemnes en ocasiones especiales sustancias euforizantes, estimulantes u oníricas generalmente de origen vegetal.

El aumento del consumo de las drogas en los habitantes de una comunidad, vá acentuandose a cada año, llegando a proporciones alarmantes, constituyendo por lo tanto en nuestros países problema de difícil solución.

La drogadicción es de por sí un factor determinante de la conducta antisocial y de la criminalidad, de degeneración física y mental, de esclavitud a las drogas, de muertes dolorosas y trágicas y incalculable daño económico.

Los medios de comunicación masiva, han hecho desaparecer las fronteras, haciendo de las costumbres, la moda, los vicios los elementos principales de difusión, suscitando por ende deseos de imitación.

Esta situación es aprovechada por nuestra sociedad de consumo, cuyo único objetivo es el comercio y las ganancias ilícitas carentes de toda ética, de todo sentimiento indiferente al dolor y a la miséria humana.

La escalada de la delincuencia juvenil, favorecida por un deterioro de la autoridad paterna, la influencia nefasta de los medios de comunicación, que hacen de la apología de la violencia y la pornografía, mercaderías corrientes de nuestra sociedad de consumo.

Los adelantos técnicos, el maquinismo y las otras fuentes de progreso han desumanizado a la sociedad, convirtiendo al hombre de las ciudades en autómatas, en donde la lucha por la vida y el éxito fácil del ambiente obligan a una desenfadada competencia del más nefasto maquiavelismo.

Las grandes frustraciones, la comodidad excesiva, el lujo, el refinamiento en el modo de vivir, satisfaciendo todos los apetitos en el modo de vivir, satisfaciendo todos los apetitos en su más diversa gama, excita sobre toda a la juventud, ansias de experimentar nuevas sensaciones, emociones, placeres, comenzando entonces a conocer el "fantástico" nuevo mundo de las drogas, para poder ser admitidos en los respectivos grupos de adeptos.

La vida moderna obliga a los padres a estar ausentes de su hogar en las horas de mayor riesgo para la juventud, perdiendo de por sí esa comunicación que debe existir entre padres e hijos, que viven como extraños en un mismo hogar.

El problema del abuso de las drogas ha asumido en la sociedad grandes proporciones. Se plantea no solo en el mundo circundante de los marginados, criminales y elementos antisociales, sino que muchas veces se detecta un gran número de toxicómanos en la alta y media sociedad, por lo que se hace muy difícil, el mantener un buen control en el número de adictos en un grupo determinado.

Es sabido que el problema vá en aumento y los estudios que se efectúan muchas veces son contradictorios, pero cuyo común denominador es la clara indicación de la gravedad del hecho sea por su extensión como por la peligrosidad social.

En esta última se aprecia con mayor claridad pués afecta a todas las edades y a todos los niveles sociales, principalmente a la juventud del sector urbano.

SITUACION ACTUAL DE LA DROGADICCION EN EL PARAGUAY

Hasta el año 1960 aproximadamente, la única substancia de abuso en el Paraguay era la mariguana. Pero a partir de entonces se notó un acentuado repunte en el uso y abuso de las drogas; por lo que tanto las autoridades, como el sector público y privado mostraron su preocupación por controlar el problema pues se aprecia que el mismo afecta más a la juventud.

Una serie de observaciones realizadas durante los últimos cinco años, nos indican que el problema es casi totalmente urbano. Esto es, en las áreas rurales no se le considera como un caso complejo de Salud Pública. Existe sí el hecho aislado y el uso vinculado a costumbres que por lo general son importados, es decir, hay en ciertas comunidades el uso como siendo de una función religiosa ó simplemente como elemento de sub-cultura del grupo.

En cuanto al período en que la farmacodependencia ejerce su máxima prevalencia, se ha observado que comprende los grupos de edad que vá desde los diez y seis años a los veinte y cinco; siendo que estos límites pueden extenderse a niños y adultos.

También se ha podido demostrar la relación directa del factor económico con la elección de las drogas: las clases desposeídas usan el alcohol y el tabaco, barato y de fácil obtención; en la clase media y alta dominan la mariguana, los barbitúricos y las anfetaminas; también se ha logrado detectar el consumo de drogas fuertes, en las clases altas propiciado quizás, por la fuerza económica que ella representa.

Sabemos que la farmacodependencia es ahora a diferencia de tiempos atrás, un problema de politosicomanía, es decir que un mismo individuo en los tiempos que vivimos no se restringe a la toma de una sola droga, sino que recurre a varias en forma simultánea o escalonada, lo que hace suponer que sobreviene un encadenamiento de las de un aparente menor peligro a las más fuertes.

Además de los factores económicos aludidos, la consumición de uso y abuso, se vincula insistentemente con la edad. Los adultos muestran preferencia por las drogas más fuertes; Los adolescentes y los niños utilizan los inhalantes; los barbitúricos, anfetaminas y alucinógenos. Por otra parte el abuso de los tranquilizantes menores tiene una primacía entre el grupo de los jóvenes en edad escolar, sobre todo universitario.

La ubicación geográfica del Paraguay, situado en el Corazón de la América del Sur, ha sido un factor determinante en el aumento de la farmacodependencia, es un puente de entrada y salida de substancias provenientes de otras latitudes y por lo tanto la producción interna ilícita ha aumentado al disponer de un amplio mercado de paso. Es por eso que el Gobierno Nacional en colaboración con las instituciones especializadas han establecido un cronograma de trabajo que se viene cumpliendo perfectamente, amparado por la legislación que reprime el uso y abuso de las drogas peligrosas.

Tomando como base las leyes vigentes, el combate de las drogas en el Paraguay se efectúa, teniendo en cuenta una recuperación saludable de los drogadictos, y persecución del traficante aplicándole a este último las normas del Código Penal.

Es así, que el 22 de Septiembre de 1972, se promulga la Ley Especial 357, que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes, drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas para la recuperación de los toxicómanos.

A raíz de esta Ley, se creó el Registro Nacional de Sustancias Estupefacientes y Drogas Peligrosas, en cuyo registro se inscribieron todas las personas naturales ó jurídicas que por razones de carácter comercial, industrial, profesional ó científica usen tales substancias o productos que las contengan; o se dediquen en forma habitual u ocasional a la importación, exportación, producción, fabricación, fraccionamiento, envasamiento, distribución gratuita, venta al público ó cualquier otra actividad relacionada con su tráfico.

Este Registro Nacional, está directamente supervisado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que es el encargado de modificar, mejorar, elaborar periódicamente la lista de nuevas drogas y substancias psicotrópicas.

Las farmacias y otros establecimientos autorizados, para la venta ó expendio de substancias estupefacientes, drogas peligrosas y productos que la contengan, están

obligados a llevar un "Libro de Registros", siendo que los mismos serán efectivizados solamente contra la presentación de recetas expedidas por los profesionales médicos, debidamente registrados en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Cualquier irregularidad en el modo de actuar de estas casas y/o personas, comprobada debidamente será castigada de acuerdo a las reglamentaciones vigentes.

Como un ejemplo de la rigurosidad en la aplicación de las penas, podemos mencionar dos o tres casos específicos; la persona que estando autorizada para la venta ó expendio de las drogas y productos afines, las suministre sin receta, será sancionado con penitenciaría de uno a cuatro años e inhabilitación especial hasta seis años y el comiso de las mercaderías existentes en su negocio.

Al farmacéutico, regente ó empleado se aplicará la misma pena del anterior.

El que suministrare a título oneroso ó gratuito, sustancias estupefacientes, drogas peligrosas ó productos que las contengan sin hallarse expresamente autorizado, será sancionado con uno a cinco años de penitenciaría y el comiso de la mercadería. Si fuere un profesional, será aplicada una inhabilitación especial de hasta seis años.

Por la misma disposición legal, se prohíbe la importación, introducción, transformación y exportación de las sustancias arriba mencionadas, por las personas no autorizadas. Siendo que ocurriendo lo contrario ó siendo el contrabando sea la introducción clandestina de los mismos ó encubiertas serán sancionados con penas que varían de los dos a los doce años.

Los parientes de toxicómano consanguíneo, hasta el cuarto grado y los afines hasta el segundo grado, quedan obligados a pedir al Juez de Primera Instancia en lo Civil, su internación en los Centros de Recuperación del Estado ó privado si así lo deseara, para su tratamiento y recuperación.

A los efectos de su internación, el Juez requerirá un dictamen pericial y si el afectado positivamente sufre del mal, dará lugar lo peticionado.

En la ciudad capital, se encuentra en funcionamiento el nuevo Laboratorio de Control de Drogas, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, cuya finalidad entre otros es el de Control a nivel oficial de las drogas debidamente inscriptas en el Registro correspondiente;

Dictaminar sobre cualquier solicitud que venga tanto de las instituciones oficiales, como del sector privado, enseñar e investigar todo sobre la materia, etc.

También se halla en plena ejecución un programa especial de prevención y tratamiento del alcohólico, cuya responsabilidad en la materia esta a cargo de un equipo multidisciplinar.

Los grupos de personas que colaboran con el equipo multidisciplinar, son ciudadanos que tuvieron alguna relación con el problema del alcoholismo sean ellos como alcohóaltras o simples observadores, y estan nucleados en Asociaciones tales como los alcohólicos anónimos. Los familiares y amistades de alcohólicos anónimos y los hijos y parientes de alcohólicos anónimos.

Todos ellos trabajan bajo la estrecha supervisión del Departamento respectivo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Por la Ley 357/72 queda prohibido el cultivo de las plantas que sirvan como materia prima básica para la fabricación de las sustancias estupefacientes; el que así lo hiciere será penado con penitenciaría de uno a cinco años.

Actualmente se encuentra en pleno funcionamiento el Departamento Nacional de Narcóticos, organismo dependiente del Ministerio del Interior, creado em virtud de la promulgación de la Ley 357/72.

Entre los fines principales del Departamento Nacional, figura el de formar, capacitar y adiestrar a sus funcionarios para la lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes, drogas peligrosas y delitos afines; realizar campañas de información y divulgación pública sobre los peligros de la toxicomanía y los grandes peligros que ella acarrea, tanto en lo físico como en lo síquico; colaborar con el Poder Judicial, Ministerio de Salud Pública u otras instituciones nacionales similares, en la coordinación de sus actividades para el mejor cumplimiento de las disposiciones de esta ley; mantener relaciones e intercambio de información con instituciones similares del

exterior o de caracter científico-internacional con fines de coordinación y cooperación.

Aparte de esta legislación positiva la República del Paraguay firmó, se adhirió y ratificó varios convenios internacionales tales como: La Convención Internacional sobre el opio, de La Haya 1912, la Convención sobre el opio del 1925; la Convención para la limitación de la manufactura y regulación de la distribución de las drogas narcóticas del 1931; El Protocolo sobre Drogas Narcóticas de New York de Diciembre del 1946; la Convención Unica sobre Drogas Narcóticas de las Naciones Unidas del 30.III.1961; el Convenio sobre Substancias Psicótropicas de las Naciones Unidas, en Viena el 21.II.71.

Por leyes promulgadas el 17 de Septiembre de 1972 (y que llevan los numeros 338 y 339) se aprueban y ratifican la Convención Unica sobre los Estupefacientes y el Convénio sobre Substancias Psicótropicas.

Las Convenciones Internacionales y las leyes nacionales, se refieren en general, a la cooperación internacional y dentro de los países de todos los organismos estatales, para limitar las áreas de producción, el control ó fiscalización de substancias estupefacientes, narcóticos, psicotrópicos, etc., sobre su producción y fabricación, importación y exportación, limitación de usos afines médicos y científicos, sistema universal de información de estadística y control de tráfico ilegal y represión de este, combate a las toxicomanias, etc.

QUE DEBEMOS HACER A NIVEL NACIONAL

Siendo el índice de la drogadicción en el Paraguay aún relativamente bajo y contando el país con una legislación eficiente y el apoyo continuado del Gobierno, quién por ser el celoso custodio de los intereses de la ciudadanía, es el primero en cuidar del avance ó no de este flagelo, tenemos que concientizar a nuestros ciudadanos de la repercusión negativa que ella acarrea a una sociedad aún en pleno desarrollo como es la nuestra.

Es de parecer, que tanto a nivel Nacional, como vecinal, comunitario y familiar, todos deberemos trabajar para que este mal no pase a mayores, y lo primero que se debe hacer es mantener informada a la población sobre los peligros de las drogas.

En ese sentido, podemos aseverar, que el Paraguay es un punto de tráfico dentro de la América del Sur, pero ya en etapa de absoluto control por las autoridades policiales o de represión, como lo demuestran los recortes de diario en donde se vé que la Policía de la Capital y del Interior actua con todo el rigor que se le permite, persiguiendo, decomisando y colocando al traficante a disposición de la magistratura de turno.

Se debe intensificar la promoción y realización de acciones educativas tendientes a capacitar e informar a los docentes, lideres juveniles y de la colectividad, autoridades, profesionales de la salud y de la seguridad interna, en relación a la farmacodependencia y sus implicaciones, por metodos adecuados a la realidad nacional, cuidadosamente elaborados, celosamente supervisados y dirigidos según sectores y niveles de capacitación.

Intensificar dentro de los organismos ya existentes, los recursos humanos especializados, materiales adecuados y recursos financieros estables.

Creación de Institutos que se destinen a la investigación, enseñanza y recuperación del individuo. Son los llamados Centros de Recuperación y Tratamiento.

La lucha contra el tráfico ilícito de drogas peligrosas impone la necesidad de un estudio de las disposiciones contenidas en el Código de Procedimientos Penales, con el objeto de actualizar y adecuar dicho documento legal a los procedimientos requeridos para prevenir y reprimir las acciones de los narco-traficantes.

Crear conciencia a nivel de los responsables de la Prensa, Radio y Televisión en cuanto a la magnitud del problema y sus proyecciones negativas en la colectividad, mediante la adopción de criterios que regulen la publicidad y promoción de substancias que pueden modificar la conducta humana.

Establecer programas específicos para la prevención y represión del cultivo, tráfico y consumo de drogas peligrosas en el area rural.

Promover reuniones técnicas y de información en todos los niveles de la población y encomendar la realización de Seminarios sobre la materia a nivel nacional.

Por lo tanto, la lucha contra la toxicomania se fundamenta en las siguientes premisas:

- 1) Educación e información amplia sobre los peligros del uso de las drogas y lo falaz de los supuestos placeres e ilusiones que dan, y el alto costo de vida y depravación física, moral e intelectual que acarrea;
- 2) Acción policial y judicial severas y rigurosas contra los traficantes clandestinos y la venta ilegal;
- 3) Tratamiento del drogadicto no solo en busca de su curación y rehabilitación, sino que también medida para evitar el contagio y propagación del mal. El drogadicto debe ser considerado como un enfermo y un peligro social y tal debe ser tratado.

QUE DEBEMOS HACER A NIVEL INTERNACIONAL

Debemos aunar esfuerzos para implementar un sistema y enseñanza, que utilizando las estructuras existentes, sean capaces de colocar a la población en condiciones de rechazar cualquier hecho que propague el cultivo de siembras, uso y abuso de las drogas y sustancias estupefacientes.

En el terreno de la investigación, formar los recursos humanos capaces de satisfacer las necesidades de nuestro sistema de prevención y represión de las actividades delictivas.

Estar atentos a lo que los demás países y pueblos realizan, recibir su colaboración y estudiarlo de modo a posibilitar el intercambio en igualdad de condiciones, desechando de una vez y para siempre la imposición de algo que en la práctica sería imposible de realizarlo.

Formar hipótesis de trabajo basándose en hechos reales propios, construir sus propios instrumentos y establecer las prioridades de investigación y acción.

En el terreno del tratamiento esa acción debe ser capaz de orientarse en una forma tal que la recuperación del toxicómano sea real y positiva.

En el terreno de la prevención, es la de evitar en lo posible la importación de las sustancias, de las materias primas, evitar la siembra de las semillas, en donde cada ciudadano sea el celoso custodio de su bienestar y por lógica razón el principal interesado en cultivar las buenas costumbres.

Por eso vemos que el Centro Internacional de Criminología Biológica y Médico Legal de São Paulo es el nexo de las actividades Criminológicas Latinoamericanas e Internacional, que puede dar su fruto si: los Gobiernos, los investigadores y la comunidad en mancomunación de esfuerzos toman para sí el intercambio de ideas y planes en el estudio de nuestros propios problemas con un enfoque realista y práctico.

Si algo de estas premisas, se encuentra en plena ejecución en nuestros respectivos países es indudable señores que se está cumpliendo con el sagrado deber de buscar un alivio a este peligroso elemento que a cada día nos acecha.

EPIDEMIOLOGÍA, ACTITUDES COMUNITARIAS Y POLÍTICAS DE CONTROL

DR. RAFAEL RUIZ HARRELL
(México)

No hay duda que los factores que determinan las modalidades que adopta el consumo ilícito de drogas en cada país son de muy diversa índole. Entre los que actúan de manera más directa se encuentran la disponibilidad de drogas de uso ilícito; el nivel de ingresos de la población que las emplea; las actitudes que tenga la comunidad — o sus diversas sub-culturas —, hacia el consumo de tales sustancias; la eficacia con que se apliquen las leyes, y los instrumentos con que se cuente para combatir el problema, sea en cuanto a la producción, tráfico y comercio de drogas, sea en lo que toca a la rehabilitación de los farmacodependientes.

Muy a menudo, sin embargo, no basta con analizar estos factores directos para tener una idea cabal del problema, ya que hay otros, indirectos, que determinan a los primeros. Esto es lo que ocurre en el caso de mi país, México, en el cual los factores decisivos no son de naturaleza directa, ya que el problema está condicionado fundamentalmente por nuestra vecindad geográfica con los Estados Unidos y por las diferencias en el grado de desarrollo industrial entre este país y el mío. Debo explicar esta afirmación.

Es un hecho reiteradamente admitido que los Estados Unidos son el más grande mercado mundial de consumo de drogas de uso ilícito. A principios de esta década, Turquía, Líbano y el sudeste de Asia constituían sus fuentes más importantes de aprovisionamiento, mas el control impuesto por los gobiernos de estos países a los cultivos de amapola y el desmantelamiento de varias redes de tráfico internacional, llevó a los narcotraficantes a buscar otra fuente de producción y suministro.

México se adecuaba admirablemente a este fin. Tenía, primero, una frontera terrestre de más de dos mil kilómetros con los Estados Unidos; al norte del país, segundo, perdidos en el desierto o en las irregularidades de la Sierra Madre, había numerosas cañadas y pequeños valles alejados de las vías de comunicación y de la vigilancia en los que, si era incosteable intentar cualquier cultivo tradicional, no lo era el pretender destinarlos al de amapola o mariguana, que son tan altamente reeditables; en tales zonas, tercero, era posible construir reducidas pistas aéreas clandestinas que permitieran el aterrizaje y despegue de avionetas o helicópteros y, por último, cuarto, la pobreza del país hacía que el dinero obrara maravillas, tanto con las autoridades menores como con los campesinos — a los que podría encargarse de la siembra, de la cosecha y aun en ciertos casos del transporte.

A lo largo del último quinquenio se registra un aumento considerable en el número de cultivos ilícitos que se intenta en mi país, lo que responde, sin duda, a un razonamiento semejante al apuntado por parte de los traficantes internacionales.

Antes de oscurecer el problema con el análisis de otros factores, conviene destacar las razones que apoyan la postura que han mantenido en los foros internacionales las autoridades de mi país.

Es un hecho que, en más de un sentido, el problema no es nuestro, o lo que es igual, no fue motivado por nuestra demanda interna: en el México de 1970 era tan reducido el consumo de opiáceos que puede declarárselo inexistente, y el de marihuana estaba lejos de ser inquietante. La situación, en consecuencia, surge de una demanda externa no controlada, de una demanda ilícita que las autoridades estadounidenses no han logrado controlar en su país.

Deseo que la tesis quede clara: debe combatirse, por supuesto — y de manera incansable, por todos los medios —, la producción ilícita de drogas; por todos los medios debe intentar reducirse la disponibilidad ilegal de tales sustancias, la oferta, pero es un hecho que para resolver el problema es imprescindible a la vez reducir la demanda. E insisto: la demanda ilícita.

Rígen aquí también las leyes económicas: por una parte, el uso ilícito de drogas — la demanda —, crea la necesidad de producirlas ilegalmente — la oferta —, y por la otra, la disponibilidad ilícita de ellas permite crear una demanda, alentar su consumo ilegal. Se trata, así, de un círculo vicioso en el cual la oferta y la demanda se influyen recíprocamente.

Descansa en esto la doctrina que sustenta mi país: será imposible extinguir la producción ilícita de drogas en México, o incluso evitar por completo que se emplee su territorio como un eslabón más en las cadenas de tráfico que terminan en los Estados Unidos, mientras en éste país no se reduzca el consumo en igual proporción.

Más todavía, en mi país empiezan a encontrarse ya claros síntomas — y alarmantes —, de la segunda dimensión del problema, o sea de cómo la disponibilidad de drogas incrementa su consumo.

La acción de las fuerzas represivas ha sido en México extraordinariamente eficaz — más adelante ofrezco los datos para juzgarlo —, pero aun así no ha bastado para acabar del todo con la producción y el tráfico ilícitos de estas sustancias. A pesar de los riesgos hay quienes siguen creyéndolo un negocio atractivo: el resultado es que narcotraficantes nacionales, y aun campesinos ilusionados con esperanzadas riquezas, así carezcan de los contactos necesarios para exportar sus productos, empiezan a intentar el cultivo de la marihuana y de la amapola en nuestras tierras. O lo que es lo mismo: en nuestro país empiezan ya a formarse asociaciones criminales, bandas a las que organiza un claro propósito delictivo. Y lo que es igual de grave: la disponibilidad de drogas de uso ilícito ha aumentado de manera considerable.

Hay otro hecho que explica también este incremento: hay productores, sean o no nacionales, que para burlar la acción de la justicia y no perder por completo sus ganancias prefieren vender sus productos a un precio inferior, antes que correr el riesgo de almacenarlos hasta que se les presente un momento que estimen favorable para intentar cruzar la frontera.

Hay, pues, más drogas, y en tan gran medida que en mi país se registran ya, sobre todo en las zonas fronterizas y en las grandes urbes, los síntomas de un problema que no es fácilmente controlable.

Los estudios lo revelan: considerando a México en conjunto, en 1970 tres personas de cada mil habitantes habían consumido marihuana alguna vez. Las investigaciones realizadas por CEMEF — Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia —, muestran que en 1975 el número se había quintuplicado y eran ya 16 de cada mil, lo que permite suponer que en 1980 la proporción ascenderá a 90 sujetos de cada mil, o sea uno de cada once personas.

El aumento, como es de suponerse, ha sido más pronunciado en las áreas en que suelen intentarse los cultivos ilícitos de este vegetal — y que en los últimos años se han ido extendiendo hacia el sur de nuestra República. Así en Yucatán, Tabasco, Campeche y Quintana Roo, donde aún no se descubren plantíos de esta índole, de poco menos de uno por cada mil en 1970, se descubrieron poco más de cinco usuarios, también por cada mil personas, en 1975. En el Distrito Federal, la zona más populosa y de más elevados ingresos

del país, de uno de cada mil en 1970 ascendió a once al millar en 1975; en Sonora y Sinaloa, entidades fronterizas con los Estados Unidos, el aumento fue de once a 32, en ambos casos al millar, y en Morelos y Guerrero, donde la acción de la justicia encuentra graves obstáculos, la proporción subió, en el período señalado, de 17 de cada mil a 56.

Los datos que se poseen sobre el consumo de drogas "fuertes", fundamentalmente heroína y cocaína, aunque mucho menores en números absolutos, registran un aumento semejante en las zonas fronterizas y urbanas, en las cuales, de poco menos de tres personas por cada cien mil habitantes en 1970 se descubrieron 17 usuarios de estas drogas, también por cada cien mil habitantes, en 1975, lo que permite suponer que a menos que haya un cambio radical en las circunstancias, en 1980 podrá descubrirse una incidencia cercana a los 94 por cada cien mil, o sea muy similar a la que podía encontrarse en la ciudad de Chicago hace una década.

De ninguna manera puede suponerse que estos aumentos se deben a desinterés o descuido de las autoridades. Por comparación con lo realizado en el año de 1971, en el de 1976 se decomisó a los narcotraficantes y productores, casi tres veces más hashish y más cocaína; dos veces más morfina; quince veces más marihuana; treinta y cinco veces más heroína; sesenta y cinco veces más semillas de adormidera; ciento diez veces más semillas de marihuana y casi mil veces más opio.

En los casi seis años que van de enero de 1971 a octubre de 1976, las fuerzas de la Procuraduría General de la República — auxiliada por el Ejército Mexicano —, recorrieron, en vuelos de reconocimiento o de acción, más de siete millones y medio de kilómetros. La cifra de kilómetros sobrevolados en 1976 es ocho veces mayor que la alcanzada en 1971, lo que permitió destruir, este año, 7.62 veces más plantíos de adormidera y 8.35 veces más plantíos de marihuana que en 1971. La extensión territorial que comprendieron tales destrucciones, en términos de metros cuadrados, es 23.53 veces más grande en 1976 que la lograda en 1971.

Hay cifras que hablan por sí solas: en el período señalado fueron decomisados 70 kilos de morfina; 1 100 kilos de hashish; 1 181 kilos de cocaína; 1 462 kilos de heroína; 2 639 kilos de semillas de adormidera; 4 908 kilos de opio; 17 545 de semillas de marihuana y tres millones 152 mil kilos de marihuana seca.

Esta labor, debo advertirlo, ha merecido el reconocimiento internacional: por ella, el Procurador General de mi país fue elegido en febrero de este año, Presidente de la Comisión Internacional de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

La farmacodependencia, por otra parte, también recibe atención. La acción conjunta de los sectores público y privado ha permitido establecer "Centros de Acción Juvenil" — esa es su denominación —, en cada una de las treinta entidades de nuestra federación. La Ciudad de México cuenta con cinco y en ellas, como en las del resto de la República, se le presta atención interna o externa al joven farmacodependiente. El CEMEF vigila la acción técnica y, después de varios ensayos, se ha descubierto que la terapia que tiene mejores y más permanentes resultados consiste no tanto en intentar adaptar al joven a la sociedad — ya que se admite que ésta tiene numerosos defectos —, sino más bien en alentarle a que descubra por sí mismo cual es el sentido que quiere darle a su vida. Poco más de mil seiscientos jóvenes han recibido ayuda este año.

Los méritos que puedan atribuirse a estas tareas, sin embargo, no deben impedirnos tener una visión de conjunto del problema. Es un hecho, por una parte, que loables y todo no bastan para superarlo por completo y, por la otra, que han llegado ya a un grado en el cual para mejorar ligeramente los resultados sería necesario multiplicar varias veces los esfuerzos. O lo que es igual: plantearse seriamente la posibilidad de disminuir la producción y el consumo ilícito de

drogas implica, en mi país, considerar en qué grado es factible que disminuya la demanda estadounidense.

No está de más insistir en el punto: el crimen organizado es factible sólo en tanto una sociedad considere que ciertas necesidades que requieren satisfacción, no lo son realmente porque las juzgue ilegítimas y, en consecuencia, impide que se establezcan canales legítimos para satisfacerlas. Tal vez el más claro ejemplo sean las consecuencias y orígenes de la llamada "Ley Seca" que intentó evitar el consumo de bebidas alcohólicas en los Estados Unidos. La costumbre de ingerirlas estaba ya sancionada por la tradición, formaba parte ya del tejido social y, con total independencia de que se trate de un hábito racional o de una conducta moralmente aceptable, es un hecho que constituía una necesidad. Al cerrársele las vías legales de satisfacción, la demanda terminó por constituir vías ilegales para conseguirlo, alentando, a la vez, la formación de vastas organizaciones criminales que todavía hoy, décadas después de que se derogara la ley que les dio origen, plantean serios problemas.

El consumo de drogas, considerado desde una amplia perspectiva, resulta muy semejante y de ahí que tal vez convenga considerar con cuidado la posibilidad, sino de legalizar su empleo, sí la de establecer canales legales de satisfacción, sobre todo para quienes han llegado a constituirse en dependientes de algún fármaco. Esta es, por otra parte, la única manera de evitar que haya quien se beneficie al promover la farmacodependencia.

No es necesario considerar exhaustivamente esta posibilidad para advertir que, en la gran mayoría de los casos, no puede ser aplicada unilateralmente por un solo país. El acuerdo y aun la simultaneidad internacional en las acciones sería, en el caso de México y Estados Unidos, del todo imprescindible.

No se nos oculta que hay muchos motivos e intereses — algunos racionales, otros no —, que se opondrían cerradamente a una medida de esta naturaleza. Es muy probable que muy por encima de las consideraciones morales y de los factores políticos, la oposición más severa se encontrara en quienes se benefician de la permanencia de este comercio.

Sea de esta o de alguna otra manera, es un hecho que la comunidad internacional debe encontrar, y rápidamente, métodos nuevos, más eficaces y más sensatos, de lidiar con el problema. Los países en vías de desarrollo no podemos ni debemos ya seguir dedicando recursos y esfuerzos — que debieran estar destinados a mejorar nuestra producción de alimentos y la educación y la salud de nuestras poblaciones —, a la solución, ineficaz e irracional, de un problema que no es del todo nuestro.

EPIDEMIOLOGIA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN BOLIVIA

DR. GREGÓRIO ARAMAYO DIEZ
DE MEDINA
LIC. ROBERTO VALDA PALMA
(Bolivia)

1. INTRODUCCION

Se ha dicho con justa razón que el problema de la droga es tan antiguo como el hombre mismo, al menos es eso lo que podemos constatar al adentrarnos en la problemática boliviana de la droga. En efecto, al estilo de la Guerra del Opio en China, en 1230 el Inca Mayta Kapac sostuvo guerras sangrientas para conquistar las zonas productoras de coca.

Posteriormente, otro inca, llamado Sinchi Roca, se apoderó en 1315 de otras regiones de coca, conquistando para el Incario la hoja sagrada, cuyo uso ceremonial estaba reservado al Inca y a las élites del Imperio, castigándose la contravención de esta práctica con penas severas, inclusive la muerte.

Al descubrir el colonizador hispano las cualidades anestésicas de la coca (quita el hambre), así como la sensación de fuerza que comunica a quienes la mastican, decidió usarla como instrumento de dominación, distribuyéndola en forma sistemática entre los mitayos de las minas de oro y plata y a los trabajadores agrícolas, como única retribución por sus agotadoras faéνας.

De aquellas épocas hasta la transformación socio-cultural del campesino boliviano iniciada en los años 50 de este siglo, la costumbre de masticar coca ("coqueo"), ha sido motivo de muchos estudios, de manera especial por organismos internacionales o investigadores europeos, tratando de identificarla como una auténtica toxicomanía, como lo es el consumo del opio o la marihuana.

En realidad, no es el momento de pronunciarnos acerca de la naturaleza del "coqueo", cuyo significado es de carácter antropológico, íntimamente ligado a la cultura del hombre andino, pero traído a colación en este tema, sirve como motivación excelente para abordar la peculiar problemática de la farmacodependencia en Bolivia.

2. DEFINICION DE LA FARMACODEPENDENCIA EN BOLIVIA

La problemática de la droga en Bolivia presenta características especiales, distintas de países solamente afectados por la farmacodependencia y el tráfico, ya que en mi país confluyen con la misma fuerza los grupos económicos interesados en la producción de la materia prima (coca), una vasta y difundida red de elaboradores de cocaína, bandas organizadas de traficantes, nacionales e internacionales y una creciente tendencia al uso indebido de fármacos.

En este contexto multifacético, y dada la reciente organización de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, propiamente estamos iniciando en Bolivia la historia de la lucha contra las drogas y sus múltiples implicancias de tipo psico-social, legal, represivo, educativo y rehabilitación de las víctimas.

De aquí, resulta difícil realizar un estudio epidemiológico de la farmacodependencia, porque a la fecha no tenemos aún estadísticas confiables y nuestra investigación recoge la información dispersa, encontrada en algunos consultorios psiquiátricos privados, en el Hospital del Seguro Social, en el Ministerio de Salud y en las propias dependencias de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas.

3. CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA

Las entrevistas personales e informes recogidos en oficinas médicas estatales, resumen la realidad boliviana en materia de uso indebido de drogas de la siguiente manera:

De 1930 a 1945, el consumo de fármacos se reduce a la morfina y otros derivados, generalmente como un acostumbamiento clínico.

En los años 50 se tuvo conocimiento del consumo de cocaína entre adultos, como hechos aislados y anecdóticos.

A partir de 1960 se inicia la influencia de diversidad de drogas, como las anfetaminas, barbitúricos, alucinógenos, sin que constituya un verdadero problema su consumo.

Sólo en la última década, como resultado del incremento mundial en el uso indebido, los mecanismos de control en los "países problema" y la ninguna represión en mi país, convirtió a Bolivia en la Meca del tráfico de cocaína, por la abundancia de la droga y los bajos precios a los que se podía comprar.

Junto con el tráfico y el incremento de la corriente turística, llegó a Bolivia la moda del consumo de drogas, de modo particular la marihuana entre los jóvenes y la cocaína en los adultos, sobre todo en Santa Cruz, ciudad de mayor crecimiento económico y transformación socio-cultural.

Asimismo, ha desempeñado un papel preponderante el Cine y los enlatados de la TV, al abordar la problemática droga de manera inadecuada, ofreciendo a los jóvenes verdaderos modelos de drogadicción a imitar.

A la posición acrítica del espectador común, se agrega en mi país una actitud de imitación y verdadero culto por lo extranjero, por su estilo de vida y costumbres, aceptando fácilmente como "símbolo de status" todas las manifestaciones culturales de los países metrópoli.

Esta actitud de alienación explica que la farmacodependencia en Bolivia es un fenómeno importado, aceptado inicialmente por la **High Life** de las principales ciudades y posteriormente difundido a otros estratos de la sociedad.

De hecho, se consume drogas en todos los niveles sociales de la población, variando solamente el tipo de droga ingerida de acuerdo al nivel socio-económico; mientras los ricos pueden comprar LSD, barbitúricos, anfetaminas, marihuana o cocaína, los adolescentes pobres se drogan con cactus "mescalina", inhalan gasolina, thinner o cemento duco.

Se puede preguntar: Pero en qué medida se da el consumo de drogas en Bolivia? Es realmente un problema serio? Cuantos farmacodependientes tenemos actualmente?

Representará una respuesta significativa a estos interrogantes la investigación que actualmente realiza la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, acerca de la incidencia del consumo de drogas entre estudiantes de Ciclo Medio en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

Entre tanto, un estudio realizado por dos universitarios de La Paz (a título personal), en una muestra de 7.277 estudiantes de secundaria, constató que un 0.87% (o sea 63 personas) consumía habitualmente alguna droga y un 11% (863 personas), había probado por lo menos una vez, alguna droga.

En lo que se refiere a la clase de droga consumida, la marihuana se registra como la preferida, tanto por los ocasionales como por los habituales. Sobre el total de consumidores, el 57% fue de marihuana, el 17% tomó las llamadas drogas baratas (thinner, gasolina, peyote, mescalina, etc.); el 10% revela el consumo alternado de estimulantes y drogas depresoras.

Al comparar el consumo de drogas con el alcohol, la interpretación de los resultados subestima el alcance de las drogas, acentuando el alto porcentaje de alcoholismo en los estudiantes de La Paz.

Así, mientras sólo el 12% han consumido droga por lo menos una vez, el 43% se han emborrachado por lo menos una vez, y casi un 3% se embriaga habitualmente, en tanto que sólo un 0.87% es consumidor habitual de drogas.

No hace falta relativizar los datos arrojados por este estudio, toda vez que la mayoría de los consumidores no se encuentran en los niveles escolares o universitarios, cuando se trata de jóvenes, y con mayor razón si nos referimos a los farmacodependientes adultos, cuyas sesiones de consumo se realizan en clubes nocturnos, salones de baile, casas de tolerancia e inclusive en ciertas avenidas de Santa Cruz, donde en cualquier hora del día se puede adquirir "pitillos de cocaína" (sulfato de cocaína).

En este contexto, resulta intrascendente los datos que consigna el Departamento de Estadística de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, en lo que se refiere a personas detenidas por consumo de drogas.

En efecto, del 1.º de enero al 31 de agosto de 1976, fueron detenidos 86 consumidores de drogas en todo el país, cantidad irrisoria aún si se tratara sólo de Santa Cruz, ya que un rastillaje Policial por los lugares de consumo en aquella ciudad podría recoger más de 100 personas por noche.

Lo que sucede es que la policía no se propone apresar ni perseguir a los consumidores de drogas, ya que está preocupada en luchar contra el tráfico y elaboración de cocaína y por ello los que se consigna como detenidos son los farmacodependientes sorprendidos en plena vía pública o denunciados por parientes a causa de sus desmanes. Los demás quedan protegidos por la tolerancia social, el encubrimiento familiar o sencillamente abandonados.

4. FORMAS DE CONSUMO

La marihuana generalmente es fumada. El hashish, aunque menos frecuente, es igualmente fumado en dispositivos especiales.

El consumo de la cocaína reviste varias formas, las más comunes son la inhalación ("jalar") por las fosas nasales y fumándola en cigarrillos especialmente preparados ("pitillos") con sulfato de cocaína y tabaco. También es frecuente la aspiración del polvo blanco colocado en el filtro de los cigarrillos, además de la inyección intravenosa que, resulta la más fulminante.

El uso del peyote (cactus que crece en las cercanías de La Paz y en otros lugares del país), se realiza en forma de bebida, sola o mezclada con otras sustancias para que mejore su sabor.

Su obtención es muy fácil, tanto por la variedad de cactus como por la forma de preparación que, sólo basta con descortezar el cactus y hervirlo en agua, luego se bebe a modo de las bebidas alcohólicas. Algunos consumidores lo prefieren disecado y molido, preparando con él cápsulas entéricas.

La inhalación de gasolina, frecuente en niños pobres y adolescentes abandonados, se efectúa en bolsas de polietileno, produciéndose frecuentemente muerte por asfixia, ya que el consumidor sumerge la cabeza en la bolsa y queda privado de oxígeno.

Cuando no ocurre la muerte en el acto de consumir, la inhalación produce alteraciones físicas irreparables en el cerebro, por la absorción del hidrocarburo y el tetraetilo de plomo que contiene la gasolina.

El uso de otros fármacos reviste las mismas características que en otras partes del mundo.

5. SIGNIFICADO DEL TRAFICO DE DROGAS EN BOLIVIA

Hablar de la problemática droga en Bolivia es ante todo referirse a la elaboración, tenencia y tráfico de cocaína, actividad inusitada y sorprendente a partir de 1960.

Para comprender el significado del tráfico de cocaína, es importante tomar en cuenta que Bolivia tiene una posición geográfica estratégica, cuyas fronteras de 6.000 Kms., con 5 países Sudamericanos, por su vastedad, son imposibles de control. En efecto, solamente para controlar la frontera con Brasil (3.120 Kms. de selva, ríos y pantanos), cuántos policías y equipo moderno se requeriría?

De otra parte, hasta hace un año, cuando recién se organizó la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, existía la firme convicción entre los traficantes que el aparato represivo en Bolivia era inocuo o en todo caso vulnerable en su fuerza moral, representando por ello la Meca para traficantes y consumidores.

Entre tanto, a la sombra de la impunidad se había incrementado la elaboración de cocaína, a tal punto de producir la droga inclusive campesinos analfabetos, hecho que facilitó a su vez la proliferación de innumerables bandas de traficantes, casi todos necesariamente conectados con las mafias latinoamericanas e internacionales, manejadas desde las grandes metrópolis norteamericanas o europeas.

En realidad, dada la técnica elemental que se requiere, las llamadas "fábricas de cocaína", no son otra cosa que unos turriles de kerosene, algunos tachos de ácido y acetona, lo que permite que en cualquier lugar se puede obtener sulfato y muchas veces hasta clorhidrato de cocaína de alta pureza.

En este contexto, cualquiera choza en la vastedad e inhóspito Altiplano o cualquier "pahuichi" (vivienda de emergencia en la selva), una balsa en los ríos del Oriente, etc., puede ocultar una fábrica de cocaína, contando como aliada con una naturaleza realmente agreste y hostil.

5. SOBREPDUCCION DE COCA

Desde 1925, la producción de coca en Bolivia ha preocupado a los organismos internacionales, en tanto se suponía que el "coqueo" era una toxicomanía que afectaba a millones de campesinos en Bolivia y Perú, pero la perspectiva de entonces ha cambiado, presentando un cuadro más dramático, ya que el problema actual ya no es la masticación de coca, sino la elaboración, tráfico y consumo de cocaína, cuyas víctimas se encuentran en todo el mundo.

De aquí, el saber que mi país produce al rededor de 40.000 T.M. anuales de coca, de veras tiene que quitar el sueño de quienes tienen la responsabilidad de salvaguardar el capital humano de sus pueblos, porque del excedente que deja el "coqueo", único uso legal en Bolivia, se puede obtener cerca de 100 mil kilos de clorhidrato de cocaína anualmente.

Por qué se cultiva tanta coca? La respuesta es obvia, dados los antecedentes anotados, porque de no servir la coca para la cocaína no tendría tanta demanda, cuyo precio en el mercado interno no tiene punto de comparación con ningún producto agrícola.

Así, mientras 100 naranjas se puede comprar por el equivalente a \$US. 0,35 y una carga de 720 bananas cuesta apenas \$US. 1,50, un tambor de coca de 27 kilos se vende hasta en \$US. 30.

Esta notable diferencia en la cotización, hace de la coca la reina de la producción agrícola, toda vez que a su excelente precio hay que sumar su extraordinaria fertilidad (en El Chapare se obtiene hasta 4 cosechas por año) y la carencia de plagas o problemas que encarezcan o dificulten el cultivo.

7. RESPUESTA DEL GOBIERNO DE BOLIVIA

Ante esta problemática compleja, el Gobierno de Bolivia ha dado una respuesta que la consideramos integral y de gran perspectiva, promulgando, en primer término, una Ley sobre estupefacientes, cuyo acierto fundamental es la creación de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, ente multidisciplinario que engloba en su seno a policías, educadores, psicólogos, sociólogos,

médicos psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, bioquímicos, comunicadores sociales y hasta ingenieros, quienes realizan labor de equipo, bajo el único comando del Director Nacional.

Desconocemos si existe en otros países una organización similar a la nuestra y cuáles sean sus logros y limitaciones, sin embargo, en lo que se refiere a nuestra corta experiencia, queremos comunicar a este Seminario la vitalidad que demuestra la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, a través de sus cuatro líneas de acción.

Eficacia Policial

El cuerpo policial de la Dirección está formado por miembros de la Policía Boliviana (detectives y carabineros), quienes han recibido cursos de entrenamiento en el país y en el exterior, constituyendo a la fecha, un equipo especializado en drogas.

Los resultados obtenidos son realmente sorprendentes, en tanto se trata de un enfrentamiento desigual entre una Policía carente de medios adecuados, una especie de David que lucha contra Goliat, es decir la Mafia internacional con todo su poder, y le asesta golpes certeros.

En esta perspectiva, tal vez lo más importante no es la cantidad de droga decomisada, el número de fábricas de cocaína desmanteladas, ni siquiera el crecido número de traficantes detenidos, sino la fuerza moral que representa, la afirmación del principio de autoridad y la proyección de un prestigio y eficacia, ganados palmo a palmo en jornadas de ardua labor, rechazando firmemente las presiones e influencias de los poderosos, así como la vil coima, arma poderosa en manos de la Mafia.

Con todo, vale la pena dar algunas cifras de lo que ha logrado el Departamento de Narcóticos. En algo más de un año de intensa labor, ha decomisado cerca de 300 kilos de cocaína, 386 traficantes han sido remitidos a la Justicia con pruebas evidentes de culpabilidad y fueron descubiertas y desmanteladas 76 fábricas de cocaína.

Al Encuentro de las Víctimas

La tragedia de la problemática droga, en su doble dimensión de farmacodependencia así como de tráfico, se manifiesta en las víctimas que causa, voluntaria o involuntariamente.

Conciente de esta realidad, la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, ha organizado el Departamento Médico Social, habiéndole dotado del personal multidisciplinario necesario: médicos psiquiatras, médicos internistas, trabajadoras sociales, psicólogos y enfermeras, profesionales que están encargados de salir al encuentro de las víctimas que deja la farmacodependencia.

De pronto, el Departamento Médico Social presenta como su principal realización el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia, cuyo funcionamiento a partir del 22 de junio de 1976 ya ofrece resultados realmente halagadores, no sólo en cuanto representa una garantía para las víctimas de la droga, donde pueden acudir con toda confianza, sino por los servicios valiosos que de hecho ya está prestando.

El tratamiento que imparta el Instituto comprende dos fases: intrahospitalario (desintoxicación, sicoterapia individual y de grupo) y consulta externa.

Al evaluar las motivaciones, se puede apreciar que el 50% de los pacientes se ha presentado voluntariamente, mientras que el resto ha sido enviado por instituciones públicas o privadas, incluyendo el Departamento de Narcóticos de la Dirección.

Aun cuando la actual capacidad del Instituto está colmada, por la ocupación permanente de las pocas camas disponibles, sin embargo, en orden a la consulta externa y a las proyecciones del futuro inmediato, se ve la urgente necesidad de superar prejuicios, antigüedades y malos entendidos respecto de la rehabilitación de los farmacodependientes.

Con este propósito, el Instituto formará un grupo de voluntarios, capaz de allanar los principales bloqueos existentes entre el Instituto y la opinión pública.

Sin embargo, la mayor proyección del Departamento Médico, derivará de la incorporación de los alcohólicos a la atención permanente del Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia, actualmente abandonados por todos los servicios médicos del Estado.

Está prevista para el próximo año, la inauguración de un hospital con capacidad para 60 camas, en el que podrán internarse por igual farmacodependientes y alcohólicos.

Dicho hospital contará con salas para la atención residencial de pacientes crónicos, salas de terapia intensiva, consultorios, estaciones de enfermeras. Igualmente dispondrá de campos deportivos, para la terapia recreativa y talleres que servirán para aplicar la terapia ocupacional.

Tarea Fundamental la Concientización

Cuando en agosto de 1975, asumió la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, el Cnl. Ovidio Aparicio Coca, dicho organismo no pasaba de ser un apéndice de las oficinas policiales, con una imagen deteriorada, acusada de ineficaz y complaciente con la farmacodependencia y el tráfico de drogas.

Fue una de las primeras tareas del Departamento Educativo el proyectar una nueva imagen, iniciando la concientización por los mismos comunicadores sociales, invitándoles a captar la naturaleza multidisciplinaria de la Dirección y como problemática se les explicó que la farmacodependencia y el tráfico, son algo más profundo que el deber de dar una primicia a la opinión pública.

Así, nuestros periodistas han dejado de lado la vertiente sensacionalista y nos colaboran a formar una opinión pública responsable y sensata, acerca de las múltiples implicancias de la droga, en cuanto típico problema social, de hondas raíces psico-sociales, económicas y culturales.

Al tiempo que se fue dibujando una nueva imagen a nivel macro social, el Departamento Educativo elaboró un Plan de Trabajo para Educación Media, cuya principal iniciativa: "Los Diálogos Intergeneracionales", aplicado a los Colegios Particulares, ha significado un profundo cuestionamiento de las estructuras familiar y escolar.

De la evaluación de los Diálogos, emergen conclusiones importantes y reveladoras como aquella que subraya la situación de transición en la que vive la sociedad tradicional fuertemente solicitada por la sociedad de consumo en la que los padres de familia se ven forzados a acceder a las exigencias de más confort; inevitablemente desafiados por la sed de tener más cosas, más aparatos electrodomésticos, más carros, en suma, cada día mayores compromisos económicos.

Entre tanto, la juventud reclama mayor dedicación del tiempo libre de sus padres, más cariño, más intimidad familiar, mayor diálogo y un clima de auténtica libertad, lejos del autoritarismo o la simple actitud permisiva de muchos padres de familia.

Relacionando este ritmo acelerado de cambio con la problemática de la farmacodependencia, padres de familia y jóvenes dialogantes, afirman que "si las drogas representan un escape fundamental, ellas guardan relación con las personas aquejadas por cualquier situación de opresión".

Y otra conclusión puntualiza: "Donde hay conflictos, la drogadicción es una tentación basada en la debilidad de carácter, en la curiosidad y en la incapacidad para encarar los problemas".

Precisamente, a fin de que sean mejor canalizados los problemas juveniles y para que el Plan de Trabajo para Educación Media, abarque tanto los colegios particulares así como los fiscales, el Departamento Educativo ha dictado cursos intensivos sobre la problemática droga a más de 200 profesores, especialistas en orientación vocacional en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija.

En otro plano, la política de racionalización de los cultivos de coca, requiere una sistemática concientización de los campesinos productores de coca, de sus dirigentes, maestros rurales y otros que crean opinión en el área rural, tarea en la que toma parte activa el Departamento Educativo, toda vez que la sustitución de los cultivos de coca tiene que obedecer a convicciones profundas más que a los mecanismos de control y represión.

Para corroborar que los medios represivos tienen un valor muy relativo, vale la pena traer a colación la anécdota reciente de que, según refiere un recluso en la cárcel San Pedro de La Paz, donde más se consume cocaína e inclusive se trafica con ella, es en el recinto carcelario.

Un Desafío Histórico

Finalmente, la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, tiene ante sí un desafío histórico, el que consiste en lograr la transformación socio-económica y cultural de las zonas productoras de coca.

Para lograr este objetivo tendrán que convertirse los cocales en cultivos de frutilla, soya, café o cítricos. Los hermosos valles de clima semicálido, como Nor y Sud Yungas e Inquisivi, tendrán que preparar sus risueñas riberas para recibir el turismo interno y el externo, desarrollando al máximo sus artesanías, folclore, restaurantes y hoteles.

Sin duda, pasará a la historia la obsesión de la coca y la telaraña tejida por la mafia internacional, será finalmente cortada en su hilo umbilical, devolviéndole a Bolivia el prestigio de país de mágica belleza, creada por Dios para ser admirada y amada de todos sus visitantes.

EPIDEMIOLOGY, COMMUNITY ATTITUDES AND CONTROL POLICIES IN LATIN AMERICA

Remarks by JAMES J. MOORE
United Nations Social Defence Re-
search Institute

It is not the intention of this paper to systematically review all of the research that has been conducted in Latin America on the epidemiology of psychoactive substance use and attitudes at the community level. For one thing, in recent years research programmes in this region have developed at a pace that has made it difficult to keep abreast of current findings. For another, I am not certain that such an exercise would be of great utility to us in our attempts to understand the nature of the phenomenon throughout this giant region and to devise instruments which can assist in coping with the problems that may arise from it. It might be more useful to generally survey the trends that appear to have emerged in more recent years and try to detect what these indicate for the future.

My own contact with the subject grew out of a programme fostered by our institute in Rome exactly four years ago. It was our intention to test the feasibility of a series of country studies conducted by research teams in individual countries along broadly similar lines, focussing particularly, but not exclusively, on epidemiology, public and official attitudes and intervention and control mechanisms. The hoped-for product was two-fold: first, the sponsoring of studies which could increase the yield of reliable information available to policy makers and programme operators in both individual countries and the United Nations; secondly, the creation of organized research capabilities in participating countries. In this latter connection we stressed the necessity of having the research conducted by researchers indigenous to the country. This insistence grew from our conviction that the design and interpretation of social science studies by the ubiquitous foreign expert was to be avoided both as short-term and long-term policy.

In Rome we prepared a draft programme outline which was circulated to correspondents in a number of countries, preparatory to a five-day workshop late in 1972 attended by researchers, experts and officials from fourteen countries. At the workshop we explored the feasibility and utility of the programme, with particular emphasis on the need for realism in expectations. In the end, six countries were prepared to participate in the programme; some faced insurmountable financial difficulties; others felt they lacked the personnel to conduct the studies. In the Latin American region, participating research teams were established in Mexico, Brazil and Puerto Rico.

The degree to which the programme has succeeded in achieving its original goals remains to be seen; certainly in a number of third-world countries there now are research units looking at the social characteristics of the drug phenomenon; in addition, there is a much more profound understanding of the nature of the phenomenon, as reflected in the various measures that have been undertaken as a response to it. But from our perspective, the most significant — and in a sense unforeseen — outcome has been the development of a dynamic working relationship among a number of governmental institutions throughout the Latin American region, resulting in a level of co-operation in research that is unmatched in any other region of the world.

Two factors seem to underly the success of this development. One has been the willingness of research teams to involve themselves in this regional effort;

the other has been the leadership and support provided by Mexico over the past three years. Allow me to elaborate briefly.

With the development of research programmes in the participating countries, a number of needs became obvious. Documentation services were required; research methodologies and techniques could be better developed through sharing of experiences; the sharing of information of various kinds was also needed, as were techniques for evaluating new and on-going programmes of intervention. Clearly some form of regional co-operation was logical.

Against this background, during 1973 our Institute and the government of Mexico — through the Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia — planned the joint sponsorship of an annual workshop for researchers in the Latin American region. The first workshop was held in the summer of 1974 at Cocoyoc, Mexico and was attended by drug research and administration specialists from 10 countries in the region. The 1975 and 1976 workshop were held at Cuernavaca, Mexico, and were attended by experts from 15 countries, as well as representatives of a number of the international organizations involved in the field of psychoactive substances.

In looking back over the space of just more than two years since the first workshop, one cannot help being impressed by the many positive advances in regional collaboration which have been brought about chiefly through the relationships fostered in the workshops and the continuing contacts that are maintained during the course of the year. Let me briefly review a few of the joint efforts that have resulted from this regional collaboration.

The documentation and information network is centered at CEMEF and is available to researchers and programme planners in Latin America. In Mexico City, approximately 250 articles and 20 books are processed and entered in the system each month. All materials are indexed for retrieval. The system has microfiche capability, thereby reducing storage costs and permitting greater flexibility in providing documentation to participating modules in the Latin American network.

Within the past two years, regional co-operation and the involvement of CEMEF has also resulted in the publication of Cuadernos Cientificos, a Latin American journal dealing specifically with drug dependence. Members of the Editorial Board are drawn from the various countries of the region and scholarly contributions to the publication have come from a number of different countries.

Work is now proceeding on a comparative analysis of the legal norms in a number of countries in Latin America. This joint research programme was agreed to at the 1975 Cuernavaca workshop and will get underway this year. Essentially it will be an analysis of all of the relevant legislation in the participating countries which bears on the control of drugs, and the various forms of social intervention.

Techniques for evaluation of programmes in Latin America will receive special attention since resources are scarce. Existing plans call for the joint development of a methodology for evaluative research into programmes of rehabilitation.

Apart from the number of collaborative programmes that have been initiated in the region during the past two years, an increasing number of countries have themselves created structures to conduct research and programmes directed to drug use. In addition to the research programmes I already referred to in Mexico, Puerto Rico and Brazil, research has also been undertaken in Venezuela, Colombia, Argentina, Costa Rica, Panama and Peru. Within the next few months, studies will be commenced in Bolivia also.

With particular reference to epidemiological studies, other speakers here have provided some details of the nature and findings of these investigations. At this point it might prove more useful to summarize generally the trends that seem to prevail in the Latin American region. These are, of course, my own impressions, but based in large part on access to the various studies that have been conducted over the past three years.

Let me first state, however, some obvious limitations to our knowledge which is based solely on epidemiological studies. In the first place, much of our scientific

investigation has been focussed on the use of one or two substances, marijuana or heroin, for example. Consequently, there is a bias in our perception of use patterns introduced by the simple device of looking for one aspect of the phenomenon to the neglect or exclusion of other aspects of it. Very few studies have been conducted to date to determine either incidence or patterns of multiple drug use in the various populations surveyed. The tendency has been to concentrate on illicit forms of drug use, generally ignoring the regular use of other psychoactive substances, particularly prescribed drugs.

In recent years various data collected have revealed fairly frequent use of these substances in Mexico, Colombia, Venezuela and Argentina. Where populations have been systematically sampled it becomes evident that the use of psychotropic substances, such as the tranquilizers, barbiturates and CNS stimulants is most acute in large urban settings; age groups involved are young, although this finding may be the result of greater attention being directed in surveys to student or youth populations.

A second indicator of the level of use of these substances would be production data generated by the pharmaceutical companies. In the past, relatively few data of this kind were available for analysis and interpretation. But as of this year the United Nations Convention on Psychotropic Substances is in force and signatory countries are obliged to systematically collect and report to the United Nations data on the distribution of a wide range of prescribed psychoactive drugs (and some, such as LSD, which are not generally prescribed). Analyses of these data can assist greatly in measuring the scope of use of these substances.

One of the obvious outcomes of the new availability of data on the distribution of psychotropic substances will be the emergence of new ways of perceiving the phenomenon of psychoactive substance use. One might even foresee the eventual blurring of the distinction between licit and illicit drug use; from a public health perspective this would be a great step towards realism.

In almost every country in Latin America alcohol has become a major drug of abuse. This is evidenced not only by surveys but also from production data, the observations of public and mental health personnel and the experiences of clinicians and social workers. Unfortunately, we do not possess a great deal of reliable data about the nature and patterns of this form of drug use and one cannot be excessively optimistic that they will be in abundance in the near future. There presently exist no international treaties for the control of alcohol. No doubt there are valid reasons for this state of affairs. But it has given rise, unfortunately, in international circles to a refusal to consider or discuss the role of alcohol in the etiology of drug use problems. In a good many jurisdictions this posture is emulated with the result that we cannot realistically hope to have relevant data on alcohol use available from official sources. But phenomenological data can be gathered through the various research methodologies available to the social sciences.

Taking account of these and other obvious lacunae in much of the research that has been done not only in this region but also in North America and some parts of Europe, one might well ask: why do we bother to do epidemiological research? This question is very relevant if one attempts to focus on a more dynamic construct of drug use — one which — regards the distinction between licit and illicit psychoactive substances as an artificial one, and which can be described less as horizontal, i.e., moving from one substance to another, but rather three-dimensional, involving any number of substances in any combination of use patterns. Evidently, this more dynamic perception of the phenomenon could eventuate in a departure from the use of the classical epidemiological model, a notion borrowed from the conventional notion of sickness epidemics and which was perhaps appropriate somewhat in other settings or places when harmful drug use traditionally involved the use of a single substance, i.e., when the disease-drug use analogy might have been more applicable.

Evidently, time will be required to evolve newer, more sophisticated methodologies that take account of the multi-dimensional, changing character of the use of psychoactive substances that we know is emerging in Latin America and other

parts of the world where the rates of urbanization are higher than at any previous time in history. But we should probably be asking at this point just what this animal might be: if not epidemiology, then what? It all depends on our motives for conducting research. They could be one of three sets of motives: understanding the phenomenon in order to devise ways of preventing harm that may result from it; understanding its nature and functioning in order to provide treatment to those who suffer damage from it; or perceiving it in a way that permits us to live with it. The fact is that whatever motivation impels us to learn more about the use of psychoactive substances a modicum of frankness should convince us that we need a combination of etiology and systematic studies of the developmental patterns of the phenomenon. Head counting will no longer be adequate.

In advancing this plea for new approaches to reading drug use, one cannot be unsympathetic to the complexity of such innovation. Even deciding where to begin gives rise to some concern. It may be, however, that the key lies in the second area with which this paper is concerned, namely in the rôle that community attitudes play in both the development and the alteration of the phenomenon. Relatively little investigation into this aspect of the use of psychoactive substances has been conducted in this region — very little in fact elsewhere either. During 1973 and 1974 one such study was conducted by CEMEF in Mexico City. Although it was not primarily designed to examine attitudes at the community level, nevertheless by stratifying the sample and reporting the data at various income levels, something akin to a set of community studies emerged from the Mexican project. Another study was conducted by the Government of Puerto Rico into attitudes towards marijuana. The sample was not drawn specifically in a community framework nor data reported in that fashion; rather, it broke down into municipalities of varying sizes.

Although these two studies, quite different in purpose and design, cannot represent scientifically Latin America or even the countries in which they were conducted, nevertheless the points that emerged are of interest because the findings have a great deal in common.

First, the interest of the respondents in both studies tended to focus on the "users" rather than on the phenomenon itself or on the drugs.

Secondly, a stereotype of the drug user emerges rather clearly. This was true regardless of the age of the respondents. The most frequently mentioned connotation was that of mental imbalance on the part of drug users; such terms as "sick", "unhappy", "frustrated" and "weak" appear frequently in responses. The concepts of escape, unhappiness and inability to face problems were used frequently to characterize drug users in both studies.

Thirdly, a prevailing concern was communicated about the danger of the presence of drug users in the community. In the Puerto Rican study, in fact, almost 70 percent of the respondents expressed the view that marijuana use caused more harm in the community than alcohol use. The themes of fear, danger, rejection and danger emerged clearly.

Fourthly, in most cases the focus of concern was on youth. While it is recognized that this may, in part, reflect the focus of the interview rather than the society at large, nevertheless it is a technique that is replicated in other parts of the world and, in fact, the same fears have been expressed elsewhere.

If one probes the significance of community attitudes from a policy perspective, two factors become evident. First, such attitudinal trends are important because they can very well impinge on the decisions regarding where treatment facilities or prevention centres should most rationally be located. Secondly, and in an entirely different context, information about prevailing attitudes in a community assume great importance in attempting to identify geographically those populations in a society most at risk to harmful drug use.

At this point, I gratuitously offer one or two points which I hope are relevant with respect to conducting research into attitudes, regardless of whether these be public or official and institutional attitudes. Let me first say that I recognize our position of relative poverty when it comes to devising instruments to probe those clusters of factors which we call 'attitudes'. I realize, too, the fact that attitudes may or may not be significant, depending on the fashion in which they influence or result in particular forms of individual or social behaviour.

But the acceptance of these difficulties should not prevent us from being constructively critical of ourselves in the use of methodology which lends itself to questionable interpretation of the data. To what degree, for example, do the options offered to a respondent in a multiple-choice opinion survey question truly reflect the range of attitudinal options that confront him in his normal daily life? Likewise, one might justifiably question the reliability of responses emanating from such queries as: 'What would you do if...?' or 'How would you feel if...?' Responses to prospective questions of this type are, in my view, as reliable as New Year resolutions.

These shortcomings of common practices in attitudinal surveys should not hinder the search for more reliable methodologies, for neither programmers, politicians or field personnel will deny the importance of grasping the prevailing attitudes in a community which being affected either by a disruptive form of conduct or official forms of intervention to deal with the problem.

All of the efforts with which I have dealt to the present are directed to one goal: control of the phenomenon of the use of psychoactive substances. In some jurisdictions control denotes a complete repression of all forms of illicit conduct related to proscribed substances; in others it denotes a control of the phenomenon which it is hoped will eventuate in a level of use that keeps public health and other social problems to a minimum. Both philosophies are, to some degree or other, applied in Latin America.

While my own information about the relative degree of control in this region is quite limited, there are some general comments I should like to offer, based on some experiences with data from this region as well as from observations made in other regions of the world.

First, in the realm of applying law enforcement to the production, cultivation and distribution of drugs, efforts cannot be confined to national jurisdictions. It has long been recognized that the profits in production and trafficking of drugs are sufficiently high that they are not respectors of national boundaries. International collaboration is therefore necessary.

The curbing of illicit cultivation will require, in certain areas, a good deal more than the intervention of law enforcement. Experiences in many regions have demonstrated that viable economic alternatives must be made available to the indigenous populations to make their survival possible. In some cases new social structures and economic infrastructures are needed. The alternative is relocation and resumption of illicit cultivation.

We have only made a start at introducing more rational and effective measures to control the distribution of pharmaceutical products. These efforts will require both enforcement and co-operation at many levels of our societies.

We must evolve a less simplistic perception of the nature and functioning of the demand for psychoactive substances. These insights should be based on more realistic footings than the present legalistic minimums which we have devised to date.

Finally, I believe we should also be more realistic in our goals and recognize that the term "control" as applied to this phenomenon represents more a goal than an achieved outcome. We may very well have to learn in each of our countries what is possible and desirable in form of intervention and, occasionally, what level of the use of psychoactive substances can we learn to live with.

In opening the session, the Chairman stressed that he wished an open discussion touching the spectreem of matters covered in previous sessions, with the fullest participation.

The rapporteur presented a paper reviewing the development of research activities in the Latin American region, focusing on investigations into epidemiology, community attitudes and the functioning of the control system. He advanced some proposals for improving research methodologies.

It was noted that although progress had been made in developing social research programmes a gap still existed between researchers and those responsible for formulating policy. He proposed that reports of research and conferences should be distributed to those on whom the findings and conclusions impinge.

Two factors related to drug-taking were raised for the first time. One was the possible symbolic role of drug use. The other was the dynamic nature of the market for illicit drug trafficking. It was suggested that these were topics for investigation.

The question of continuity and follow up in programming and operations was widely discussed. A number of proposals were to improve these aspects of drug programmes, including improved collaboration among countries in the region, and a greater stress on the practicality of programme proposals. It was also proposed that permanent structures operated by permanent professionals would enhance the continuity of programmes in Latin America. Greater status should be accorded to social scientists who, in turn, must avoid using scientific postures to advance particular ideologies.

But realism was needed in the expectations of research, since many vexing policy issues would not be resolved through scientific investigation.

Finally, reference was made to the dynamics of the relationships between developed and developing countries in matters of drug control programmes. Several kinds of co-operation and aid could be considered, including direct aid from the United Nations fund, bi-lateral aid, aid and technical assistance from both the United Nations and neighbouring countries in the region.

DROGAS E CRIMINALIDADE: RELATÓRIO FINAL

PROF. ROBERTO LYRA FILHO
Universidade de Brasília
(Brasil)

Cabe-me resumir os trabalhos do Simpósio e sugerir algumas conclusões, que poderiam ser oferecidas a ansiosos administradores públicos como resultado deste encontro de peritos. É óbvio entretanto, que não podemos fornecer aos nossos patrocinadores uma exata elucidação da causa e do remédio aplicáveis ao crescimento do consumo de drogas em todo o mundo. Na realidade, não existe uma causa disso, no sentido em que uma ressaca, por exemplo, é consequência dos excessos da noite anterior.

A situação é demasiadamente complexa para suportar a superposição de algum modelo assim tão bem recortado. Ela está imbricada no tecido de problemas sociais, em geral, e deveria, portanto, ser focalizada num contexto mais amplo. Ora, percebemos que isto pode parecer especialmente irritante para quem deve enfrentar a toxicomania, e espera fazê-lo com o tipo de ajuda que poderia conduzi-lo a um triunfo imediato.

Deixaremos — em verdade, já deixamos — de chegar a conclusões que habilitariam à preparação duma panacéia, ainda que achemos de nosso dever exprimir este percalço com mistura da franqueza impenitente do cientista e dos modos sinuosos do diplomata.

Por outro lado, ainda tenho a esperança de mostrar que o nosso fracasso não é realmente calamitoso, e que podemos aliviar os escrúpulos do Sr. Amar por nos haver trazido até aqui, com não pequena despesa e com o seu dom encantador de hospitaleira sedução.

Há muitos modos de reagir ao desafio do problema, de que estamos, talvez, mais sutilmente conscientes do que aqueles administradores que devem atacá-lo no calor da batalha. Nem somos tão ligeiros como desejariam, nem tão irresponsavelmente omissos como pode parecer. Aliás, tenho a certeza de que nossa hesitação pode contribuir para temperar a política criminal com discernimento cauteloso, enquanto a impaciência do administrador continuará a nos acicatar na tentativa de esboçarmos algumas sugestões viáveis. Essas recomendações deveriam compreender medidas de curto, médio e longo alcance, tendentes a evitar erros freqüentes, assim como orientar esforços ulteriores para a obtenção de um relativo sucesso.

Penso, no entanto, que não lograrei corresponder a essa formidável tarefa, e, assim, peço que me seja permitido oferecer um comentário pessoal e indisciplinado, no lugar do relatório formal que se poderia esperar. Sou absolutamente incapaz de produzir o tipo de contemporização amável e inócua que estas ocasiões parecem exigir. Começo, pois, apresentando sinceras desculpas pela quebra do protocolo.

Todos os eminentes peritos que leram suas comunicações, desenvolvendo algum aspecto da própria pesquisa e interpretação de elementos coletados destacaram dados que não admitem soma, para formar um consenso, quanto aos aspectos gerais do problema.

Alguns como, por exemplo, o Sr. Soueif, na sua análise do uso crônico da cannabis, concentram-se em uma questão particular, e não se aventuram para além do limite auto-aplicado a seu valioso trabalho. Não me deterei nesse tipo de contribuição, que deve ser guardada para consulta futura em nossa própria

investigação. Isso não quer dizer que não sejam contribuições importantes, mas apenas que não foram entregues a tempo de receber uma análise. O escrito do Sr. Moore, por exemplo, é uma abordagem lúcida da epidemiologia e quase toca, embora hesitantemente, o ponto crucial. Isto fica bem claro quando ele diz que experiências em várias regiões demonstraram que alternativas econômicas devem ser proporcionadas às populações nativas para tornar possível a sua sobrevivência. Acolho, com prazer, o reconhecimento expresso de que são necessárias novas estruturas sócio-econômicas.

Outras contribuições adotam perspectivas mais largas, porém os seus pressupostos divergem, tanto no modo por que os pormenores relevantes são focalizados, quanto na própria natureza da focalização. Isto, é claro, era de se esperar, pois não somos um grupo filosoficamente homogêneo. Os escritos dos Srs. Toro Calder e Castillon Mora fornecem-nos uma excitante amostra deste choque, no colorido contrastado de suas exposições. Ambos são indiscutivelmente brilhantes e eminentemente polêmicos.

A interpretação de dados refletem implicações filosóficas, opções éticas, critérios idealistas ou pragmáticos, até divergência política. Devo confessar que meus comentários só vão lançar mais lenha ao fogo, em lugar de se esforçarem para apagá-lo.

A verdade é que o engajamento progressista tende a associar as proposições científicas a uma certeza vinculante de que a crítica social, conduzindo à reforma social, é, em última análise, a única resposta verdadeira para o tipo de problema com que nos defrontamos aqui. Solidarizo-me, firmemente com essa maneira de ver, mas ela não é, nem de longe, a única encontrada.

O parágrafo derradeiro do Sr. Toro Calder, por exemplo, tem um rasgo eloqüente de proselitismo reformista, a que adiro com entusiasmo, mas o Sr. Castillon Mora, entre outros, e em muitas observações marcantes, toma rumo oposto.

Algumas passagens da declaração de Cuernavaca, por outro lado, também não são animadoras. Chego a notar um tipo de saudosismo que descamba para o protesto sem ressalvas contra a mudança social. De fato, ela deplora, literalmente, o atual desafio a estruturas e valores que são extremamente gratos ao conservantismo de qualquer tipo. Não é surpreendente, pois, notar que esse estado de espírito leva a uma insinuação geral de atividade repressiva — e incluo nesta crítica todas aquelas políticas reeducativas, que também podem ser bem repressivas, na medida em que a teleologia do sistema adota uma premissa tão dogmática, em referência a objetivos e valores.

Ora, acredito que a conferência inaugural, aqui feita pelo Sr. Noll, segue uma linha mais equilibrada. Ele sublinhou, por exemplo, que os tratados internacionais não demonstram qualquer *parti pris* contra a liberalização e a desincriminação relativa ao consumo pessoal de drogas. Isto, sem dúvida, dirige nossa atenção para uma série de distinções que se deve ter em vista, se estamos, pelo menos, dispostos a determinar sobre o que chegamos a um acordo e o que desperta a nossa divergência. Só espero que logremos fazê-lo sem nos tornarmos apopléticos e sem perdermos o senso de humor. Este é o tranqüilizante intelectual que nos poderia ajudar a manter sob controle o nosso temperamento.

Não creio, por outro lado que haja esperança de um consenso relativo às implicações sociais do problema. A resistência conservadora tende a absolver o *establishment* com a mesma veemência segundo a qual o engajamento progressista o condena ao inferno sociológico.

Sendo um pensador dialético, devo tentar persuadir a ambos de que a preocupação reformista é o tipo mais lúcido de conservantismo, de vez que está bem disposta a sacrificar os anéis para salvar os dedos, e, por outro lado, o conservantismo rigoroso despreza a reforma à custa de arriscar os dedos por um apego indiscriminado aos anéis.

Ouvimos, novamente, a quota habitual de observações ambíguas a respeito de sociedades desenvolvidas, como se o desenvolvimento fosse *bonum in se*, independentemente da direção por que enveredam a tecnologia e a assim chamada modernização. Parece-me claro que o ponto fundamental não é com que nos

desenvolvemos, porém donde devemos sair para o desenvolvimento e aonde devemos chegar para nos considerarmos desenvolvidos. Isto, se quisermos evitar as armadilhas que desafiam outras sociedades. A toxicomania é um sintoma especialmente interessante a considerar, de vez que não tende a desaparecer, mas aumenta, no caminho para o modelo convencional do desenvolvimento, também chamado, em visão crítica, sociedade de consumo. Ora, francamente, não percebo qualquer sinal de recuperação atribuível ao que um de meus eruditos colegas tão significativamente alude como força dos “valores tradicionais” (1).

A esclerose, tanto do modelo extremamente subdesenvolvido, quanto do modelo chamado desenvolvido, e em decadência, segrega o mesmo veneno, que desencadeia o protesto militante ou a fuga para o que Baudelaire chamava, com a experiência de toxicômano, *les paradis artificiels*. Os paraísos artificiais permanecem como uma das opções, quando grupos crescentes deparam com problemas de organização social.

É isto o que Cloward e Ohlin pretendiam dizer, falando sobre retraimento e violência como efeito de obstruções estruturais (2), o padrão efetivo mostrando que até essas alternativas aparentemente opostas tendem a misturar-se na promiscuidade da miséria, explorada pelo crime organizado. Retraimento e frenesi agressivo, como nos bandos de delinquentes, que organizações mais poderosas tendem a absorver, também são um aspecto relevante de imbricação clínica: há um tipo de avanço na toxicomania também, e tensão crescente, se não tratada oportunamente, pode determinar uma troca de droga, na busca do alívio inatingível, com a aumentada tolerância orgânica.

A “sociedade opulenta” é tão assediada pelo consumo de drogas quanto as outras, e pela mesma razão: o sistema exige a criação de vazadouros para dissolver a tensão social.

É isto, creio eu, que o Sr. Toro Calder pretendia assinalar, e com razão, nas observações finais do seu escrito.

Nesse contexto, é por certo desnorteante falar do desenvolvimento como um objetivo abstrato, de vez que o modelo convencional se acha em crise, não diversa da situação subdesenvolvida, quanto a sintomas, embora diferente na especial patologia que afeta o **establishment**; e ambos necessitam a atenção de reformadores sociais.

Uma discussão completa deste tópico, entretanto, não pode ser atacada aqui, pois exigiria mais longa incursão no reino da ciência política. Um exemplo extremamente equilibrado desse tipo de bibliografia pode encontrar-se, aliás, quanto ao setor desenvolvido da questão, nas **Democracias Modernas**, de Maurice Duverger (3).

Repito, porém, que deveríamos concordar em divergir neste assunto, porque nenhuma quantidade de discussão poderia abalar, aqui e agora, os fundamentos das convicções de nossos eruditos opositores. O dissídio é fatal e diz respeito ao desacordo filosófico ou, em alguns casos mais sutis, interferência ideológica. Novamente devo afirmar que esse reconhecimento franco não envolve mútuo desrespeito.

A formação é, também, uma influência concorrente que obscurece com demasiada frequência o raciocínio do cientista. Assim, a visão acostumada à escuridão dos recessos corpóreos e do abismo psicológico, na criminologia clínica, dificilmente se ajusta à luz do sol sociológico tanto mais lamentavelmente, pois é o meio que gera o padrão das células e do “espírito”, e não ao contrário.

Notei, em minha própria atividade, que alguns criminólogos tendem a reproduzir a antinomia — indivíduo, sua estrutura bio-psíquica versus sociedade, seu

(1) Sr. Castillon Mora, pág. 50 do seu escrito.

(2) R.A. Cloward & Lloyd E. Ohlin — **Delinquency and Opportunity**, New York, The Free Press, 1960, *passim*.

(3) Maurice Duverger — **Modern Democracies: Economic Power vs. Political Power**; a tradução brasileira traz o título: *As Modernas Tecno-Democracias*, Rio, Paz e Terra, 1975.

comando cultural que governa os interesses e conflitos que formam e impõem coativamente a organização social. Assim é deturpada a síntese criminológica, pela oposição desses dois pontos de vista distintos que incidem sobre um mesmo fenômeno dialético. Esta situação não é nova, já que pode ser rastreada até ponto tão recuado quanto o ensaio de síntese criminológica de Ferri. O que realmente me espanta é a persistência de tal obstrução, e esta foi, na verdade, a principal razão dos meus esforços no sentido da criação duma criminologia dialética (4). Mas não me deterei neste aspecto, pois já antecipei aqui, no ano passado, os pontos fundamentais do meu tipo de criminologia.

A síntese criminológica permanece vinculada, na maior parte dos autores, quer a um estilo inter-subjetivo, quer a um estilo supra-subjetivo. Isto, sem dúvida, é o que Goldmann desejava banir das *social sciences* em geral (a expressão francesa — *sciences humaines*; em português, ciências humanas — seria mais adequada, uma vez que a tradução de Rickman (5), como *human studies*, não teve sucesso). Deveríamos conseguir evitar, tanto o psicologismo, quanto o sociologismo, com uma *Aufhebung* que desenvolvesse o que Goldmann chamou de abordagem intra-subjetiva (6), na sua discussão sobre o sujeito da criação cultural. Sartre, igualmente, visava esse objetivo, quando insistiu na totalização dialética (7), ainda que sua própria tentativa houvesse malogrado.

Seria, no entanto, inútil transformar esse comentário num ensaio de sociologia do conhecimento, embora a análise comparativa das amostras apresentadas fosse, na verdade, especialmente esclarecedora, quanto a algumas das inconciliáveis divergências que temas como a toxicomania tendem a manifestar.

Por outro lado, imagino se poderíamos tentar minimizar os nossos pressupostos, e assim conseguir alguns pontos de acordo. Foi por isto que mencionei os modos sinuosos do diplomata, que não constituem evidentemente a minha vocação, como o paciente auditório deve ter concluído a esta altura. Embora mal distribuído a mim o papel conciliador, que exige um gênio de temporização, passarei, no entanto, a sublinhar o que me parece ser um campo menos polêmico de investigação. Se tornar a falhar, espero apenas que me seja poupada a saída habitual para estas situações, que é a solene oferta de melodiosas banalidades.

Talvez se pudesse destacar como ponto geral de acordo que, apesar da possibilidade de verificar certos aspectos genéricos da toxicomania, nenhuma abordagem científica deveria subestimar a distinção entre diferentes espécies de drogas, que compõem o espectro global, dos tipos suaves aos mais fortes.

Uma etiologia diversa e exigências especiais, ao lidar com entorpecentes e substâncias psicotrópicas, quanto aos efeitos produzidos e visados pelo toxicômano, enfatiza a "heterogeneidade dos psicotrópicos" referida pelo Sr. Noll e, de novo, acentuada na quarta conclusão do Sr. Toro Calder.

Um paralelo entre o alcoolismo e as toxicomanias em geral também é objeto de preocupação comum. Assim se assevera na declaração de Cuernavaca e o Sr. Castillon Mora não despreza este aspecto relevante. Ele julga que a sociedade tolera o alcoolismo devido a uma peculiar ligação desse vício a uma atitude conformista. Devo notar que pelo menos uma parte da toxicomania, relativa a entorpecentes, assim como a certos psicotrópicos, a exemplo dos barbitúricos ou dos tranqüilizantes em geral, parece ajustar-se à moldura conformista. Refiro-me, é claro, ao aspecto de retraimento.

De qualquer maneira, não é impossível sustentar que a argumentação do Sr. Castillon Mora poderia ser virada pelo avesso, de vez que é sem dúvida a tolerância

(4) Roberto Lyra Jr. — *Criminogenesis According To Dialectical Criminology*. 2.º Simpósio Internacional de Criminologia, São Paulo, 1975.

(5) H.P. Rickman — *Understanding and the Human Studies*, London, Heinemann, 1967. A observação inserida no texto justifica-se pelo fato de que eu escrevia em inglês no original aqui traduzido.

(6) Lucien Goldmann — *M. & Sciences Humaines*, Paris, Gallimard, 1970, pág. 94 ss.

(7) Jean Paul Sartre — *Questão de Método*, São Paulo, Difusora Européia do Livro, 1966.

que atribui ao álcool um valor simbólico de natureza conformista, e não qualquer aspecto intrínseco e menos danoso objetivamente ligado ao próprio álcool. Temos, então, um dos efeitos contraditórios da ação repressiva. As drogas proibidas, como o fruto proibido estimulam a libido, no mais amplo sentido desta palavra. E essas drogas conquistam valor libertário, servindo como símbolo de protesto, independentemente da natureza objetivamente nociva de cada uma.

O álcool, de certo modo, é o gato escondido cujo rabo ninguém acha prudente ver, no controle de drogas de forma geral, e um fato permaneceu ausente nos escritos considerados, que agora eu desejo destacar. De certo, há razões mais relevantes, econômicas, para a tolerância societal, pois nada menos que uma revolução econômica seria necessária para incluir o álcool na lista das drogas proibidas.

Ademais, se nos voltarmos para o exemplo da lei seca americana, o paralelo pode inspirar ulterior argumentação sobre a desincriminação relativa ao consumidor, ainda que ninguém defenda a sério a transformação de uma indústria e comércio de tóxicos em forma legítima da livre empresa. Foram o irreprimível anseio do viciado e os hábitos de consumo alcoólico, num panorama de notória crise econômica e social, que fomentaram o crime organizado, durante a proibição, com todas as formas correspondentes de criminalidade convencional que isso envolve e o risco redobrado para a saúde pública, através da distribuição de bebidas alcoólicas fabricadas com perigosos ingredientes *ersatz*.

Essas observações levam-nos a outro ponto de convergência, embora eu seja incapaz de exprimi-lo numa asserção bastante inócua, de maneira que agrade ao paladar de todos os peritos aqui reunidos. Refiro-me ao fato de que a divergência quanto a tática na luta contra a toxicomania não altera um consenso relativo à circunstância de que ninguém honestamente sugeriria, ante a prova científica em contrário, que os tóxicos deveriam ser recomendados como parte de uma dieta equilibrada. Ora, isto não é uma banalidade como pode parecer, de vez que alguns peritos heterodoxos na verdade já sugeriram que a razão da liberação é a natureza inócua dessas substâncias. Satisfaz-nos proclamar que isto não é verdade.

A produção e distribuição ilegais de tóxicos pode e deve ser objeto de ação repressiva, ainda que isto não acarrete, como corolário, que o consumo de tóxico pelo viciado também deva estar sujeito à mesma norma. Espero demonstrar mais adiante, que esse ponto de vista não é incoerente.

Continuo, entretanto, um tanto cético quanto à eficácia do controle social de tóxicos, pois a demanda aumentada, dizendo com causas não diretamente vinculadas às drogas, efetivamente estimula o engenho criminoso e forjam-se meios e modos para contornar a ação repressora. Essa iniciativa criminal envolve corrupção de funcionários públicos, recrutamento de viciados pela organização e assim por diante.

O verdadeiro remédio, é claro, tanto para dominar o crime organizado quanto para controlar a toxicomania, seria atacar a fonte real do anseio por tóxicos, que impulsiona todo o sistema.

A toxicomania abrange uma quota endêmica e efetivas epidemias. A parte endêmica pode ser tratada com os meios convencionais da assistência clínica. A parte epidêmica, que obviamente nos preocupa agora, demandaria medidas de longo alcance, envolvendo a suavização de tensões sociais que produzem o anseio redobrado em largos setores da população, e assim criam um problema, não clínico, mas social.

Porém, aqui temos de nos reportar ao desacordo originário sobre as fontes do mal, se ele reside, como entendo com alguns dos meus colegas, na peculiar esclerose das estruturas, ou, como outros parecem julgar, em algum tipo de aberração gerado por fatores que pertencem à esfera biopsicológica.

Uma abordagem de alcance médio pode efetivamente ser defendida, mas envolve uma opção que aqui não é de forma alguma aceita por todos os participantes. Refiro-me, é claro, à desincriminação do consumo de drogas pelo tóxico-mano. Falta-me tempo para discutir agora todos os aspectos do sistema inglês, que não foi em verdade uma proposta impecável, mas permanece como fecundo exemplo do que tecnicamente denominamos **action research**.

Com o risco de comprometer o acordo, não posso deixar de dizer que o movimento pela desincriminação se torna irresistível ainda que esta não seja coerentemente defendida e não siga sem tropeços. Uma prova do fato proposto está no modo por que o Sr. Noll abandonou a implicação incriminadora, atribuída a tratados e convenções internacionais, como se fosse uma batata quente.

Ora, a desincriminação logrou sensibilizar muita gente, não excluindo peritos, quer do lado criminológico, quer do lado jurídico da cerca proibitória. Acredito, porém, que o parâmetro empregado para justificar a desincriminação permanece um tanto vago e não parece governado por critérios coerentes que fortaleceriam a argumentação. Pode ser, então, desculpada a minha tentativa de sugerir uma linha de debate que pode não ter sido adequadamente desenvolvida por enquanto.

O ponto fundamental é a separação entre os preconceitos religiosos e morais e os critérios jurídicos relativos aos diferentes aspectos da auto-destruição.

A longo prazo, todos nós praticamos o suicídio, embora o resultado letal seja produzido com um suspiro, e não com o estouro do tiro do revólver. Estou consciente, por exemplo, de que todos os cigarros que provavelmente estarei fumando quando ler este escrito irão nutrindo algum tipo de câncer e o uísque, que vou consumir na parte social das nossas atividades, estará lentamente procurando perfurar o meu fígado cinqüentenário. Em ambas estas formas de auto-agressão, permaneço, é claro, no que se chama "o lado certo da lei", que intimida excessivamente o meu temperamento de classe média.

Ora, a maior parte dos legisladores tem aos poucos afastado do elenco de crimes os setores da tutela penal tradicional, que herdaram preconceitos religiosos e morais, assim como são avessos a incluir, por outro lado, as novas formas de auto-agressão que a medicina constantemente nos induz a evitar.

Não se segue, é claro, que todas as formas de reprovação moral, religiosa ou médica, se tornem assim ilegítimas. Segue-se, entretanto, que gradualmente chegamos à conclusão de que a retirada da sanção penal abre espaço para outros tipos de pressão não-coativa. Digo não-coativa como o tipo de sanção social organizada que as leis fornecem.

O suicídio, por exemplo, aparece agora raramente no direito comparado, exceto como relíquia obsoleta. A prostituição vai pelo mesmo caminho, junto com o homossexualismo e outras formas de comportamento aberrante que os grupos sociais dominantes estabeleceram segundo suas convicções morais subjacentes. O conceito de aberração, portanto, como o de subcultura, tomados em sentido pejorativo, entram celeremente num processo dialético, ao se depararem com as reivindicações revisionistas de grupos de reformas.

A toxicomania, como assim chamado "crime sem vítima", é um perfeito exemplo de auto-destruição, e a questão é saber se não deveríamos desincriminar esses tipos de conduta e relegá-los à esfera da moral, da religião e da desaprovção médica, sem repercussões jurídicas.

Não é incoerente defender a desincriminação do consumo de drogas pelo toxicômano e simultaneamente sustentar que as sanções penais deveriam recair sobre o produtor e distribuidor ilegais de drogas. Na verdade, isso resulta da leitura das convenções internacionais feita pelo Sr. Noll, e penso que ele está certo quando não vê inconsistência nesse procedimento.

O comércio de drogas continua a ser uma atividade que não se pode considerar "sem vítima" e assim enquadrar na moldura da auto-destruição. O viciado é, de fato, uma vítima da sedução do produtor ilegal de drogas, e a ninguém deveria ser permitido explorar a fraqueza ou a doença humanas, ainda que a proliferação de exploradores seja, ademais, um problema devido a causas sociais que não temos vagar para discutir aqui e agora.

Nesse panorama não é irrelevante observar que o direito brasileiro, por exemplo, incrimina o mediador, mas não incrimina o comportamento da prostituta; não incrimina o suicídio, mas incrimina o comportamento de quem induz, instiga ou auxilia alguém a suicidar-se; ademais, não incrimina as formas extravagantes de relacionamento sexual, exceto na medida em que são impostas pela violência ou realizadas mediante sedução e corrupção de menores.

Em síntese, a auto-destruição física ou moral não recai sob a tutela penal, ainda que eu lamentemente informar aos nossos visitantes estrangeiros que esse padrão não é mantido coerentemente. A toxicomania era igualmente excetuada, a não ser que o assunto se referisse ao que o Código Penal rotulava como "comércio de entorpecentes", mas leis posteriores andaram noutro sentido e hoje estamos mandando viciados para a prisão ou para a "recuperação" do tipo que já critiquei.

Nosso direito, portanto, rompeu bruscamente o que me parecia uma tradição sábia e progressista que nos punha à vanguarda de uma desincriminação coerente. O problema não é especificamente brasileiro, e por isto é que acho pertinente enfrentá-lo aqui. Acredito que está relacionado com a passagem de uma etapa endêmica para outra, epidêmica, desta forma excitando os agentes do controle social a algum tipo de atividade para lidar com o fenômeno crescente. Ora, os legisladores e alguns juristas, desapercibidos das implicações sociológicas e criminológicas do assunto que estão tentando submeter à disciplina normativa, tendem a superestimar o poder de intimidação atribuído às sanções penais. Em verdade, acho que já está finalmente assentado, em refocalização teórica e investigação empírica, o fato de que a intimidação é impotente para lidar com os problemas que geralmente excitam a ira dos juristas e dos leigos.

Ora, o fato de que os Senhores ou eu possamos ser intimidados pela ameaça penal é a prova definitiva de que temos uma razoável quantidade de privilégios e não estamos sujeitos àquele sentimento de obstrução que assalta outros, menos afortunados. Conseguimos infiltrar-nos através dos canais numa estrutura que, afinal, está longe de se encontrar socialmente morta. Pertencendo a uma minoria privilegiada, temos, é claro, algo a perder, e assim nos sentimos intimidados pela ameaça. Ora, outros grupos não gozam da mesma situação e, nada tendo a perder, pouco têm a recear. Na verdade, em alguns casos a prisão é efetivamente um avanço em relação ao seu estado de **lumpen**.

Poder-se-ia objetar, quanto à incidência de tóxicos, que ela não está inevitavelmente ligada aos destituídos e, de fato, aparece muito acentuadamente na juventude da classe média, que não deveria sensibilizar-se tanto com um tipo de marginalidade de que não participa.

Acho, entretanto, que isto tende a simplificar demais o processo. Já foi notado, com impressionante volume de prova empírica para apoiar esta visão, que aqueles rapazes e moças estão, de fato, muito conscientes dos problemas que afetam a estrutura e que tal consciência desenvolve um tipo de estado neurótico rotulado, pelo eminente psiquiatra Viktor Frankl, como neurose noogênica. Esta importa numa idéia da vacuidade numa vida ainda governada por valores e normas a que os grupos prevalecentes só rendem tributo verbal. Eles denunciam as hipocrisias que podem observar na vida doméstica e nas práticas sociais de uma forma geral, mas não vêem alternativa para a situação e assim se tornam presa numa neurose que foi muito justamente rotulada de noogênica.

Ora, essa atitude é compreensível, embora de forma nenhuma construtiva; é simplesmente um estado de ansiedade, confrontado com a resistência dos canais sociais em funcionamento, apesar da sua deterioração. Eles desejariam tornar-se a vanguarda de movimentos progressistas mas não sabem como atacar o problema e as alternativas oferecidas pela estrutura são conformismo ou marginalização. Entretanto, eles não são verdadeiros marginais, no sentido de terem ficado destituídos, nem podem atravessar os canais, tornando-se, no sentido convencional, mais um grupo que "escala a pirâmide" e tem todas as probabilidades de sucesso. A vitória dos pais afigura-se-lhes numa vitória de Pirro, que não é vitória nenhuma. Esta espécie de limbo os induz então a se filiarem a grupos de protesto coerente ou a exprimir seu desajustamento numa espécie de revolução psicodélica, mediante tipos especiais de música sacudida e berrante e danças sacudidas e grotescas, com roupas extravagantes e, é claro, tóxicos.

Seria inútil encará-los como o falecido General De Gaulle após o surto sintomático de 1968, com o vocabulário arcaico de **chienlit**. Esses adultos imaturos não são apenas crianças que possam ser levadas, permanentemente, à cama com lençóis limpos e umas palmadas paternalistas. Eles tornarão a envolver-se no seu tipo de

“dia dos foliões”, que o Sr. Harvey Cox (8) descreveu com excessiva complacência. A escavação prossegue.

É sem dúvida uma atitude auto-destrutiva a sua e, em geral, perfeitamente inócua, tal como se pode verificar pela maneira irresponsável mediante a qual os **media** controlados pelo **establishment** também absorvem com excessiva complacência tal nihilismo coreográfico, sem esquecer de submetê-lo à dinâmica do consumo massificado e a faturar sobre ele.

Nenhum esforço de “reeducação” pode reconduzir esses meninos ao “paraíso perdido” do conformismo. Eles constituem efeito e sintoma, não causa, de um problema. A atitude paternalista que abominam é inútil. A medicina, física ou mental, só pode salvar uns desgarrados que, de qualquer forma, não estavam muito comprometidos. O assunto excede mesmo os limites convencionais da patologia social, de vez que a patologia está no canal, e não no passageiro, e a aberração é do sistema, e não da conduta, assim tornando ambígua qualquer referência a ajustamento, correção e defesa social. A sociedade não pode defender-se adequadamente dos germes que nutre, a não ser que a profilaxia comece com o reajustamento da própria organização, e não com os rugidos no escuro do controle social. As circunções frustrantes de “punição” e “tratamento” demonstram uma espécie de impotência que me lembra aquele velho leão dos filmes da MGM: ele urrava duas vezes, virando-se em seguida, graciosamente, e se preparando para dormir, enquanto o drama se desenrolava.

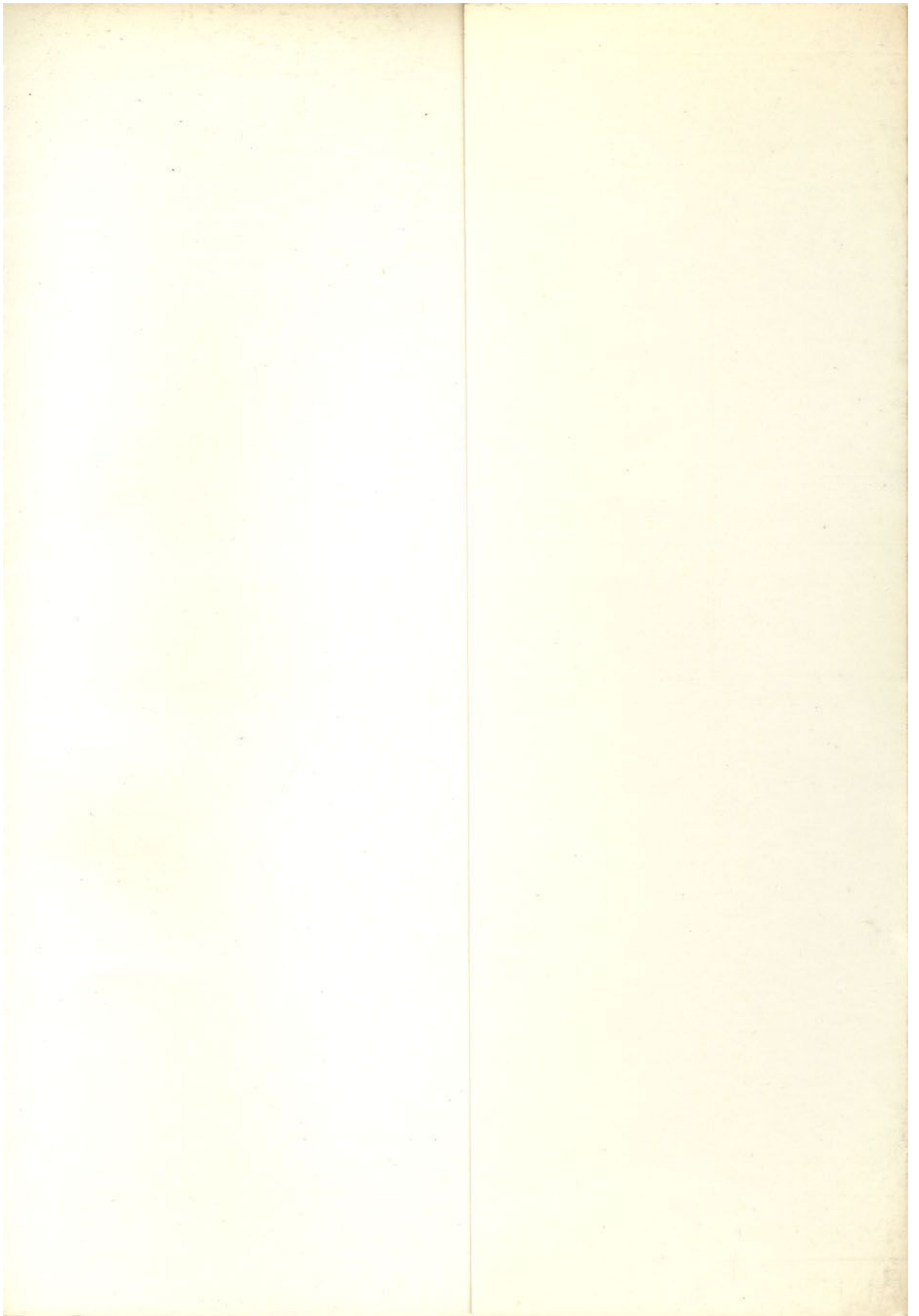
Lamento se estes comentários podem parecer um tanto apocalípticos, mas uma consciência social é tudo o que o professor tem para empenhar na abordagem progressista de um problema de justiça social. E eu acho que assim deve ser, pois este é o ponto em que a ciência do criminólogo, a preocupação do cidadão e o coração do homem se entrelaçam, na única conclusão, que a longo prazo poderia levar a um ataque realista e lúcido da questão de drogas e criminalidade.

Não desejo, entretanto, terminar sem um tributo às convicções opostas que alguns colegas aqui professam. Estou certo de que elas são tão honestas, na intenção, quanto aquelas a que adiro, e este sinal de sinceridade cria, em si, o único profundo consenso final: uma confraternização daqueles que se encontraram e cumpriram seu dever da melhor maneira ao seu alcance.

00155

(8) Harvey Cox — *The Feast of Fools*, Harvard University Press, 1969.

2074





IMPrensa OFICIAL DO ESTADO S/A - IMESP
SÃO PAULO - BRASIL
1977