

**LA POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS:
UN ENFOQUE PRAGMÁTICO PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES**

Tesis para obtener el grado de Licenciado en Derecho

Erich Adolfo Moncada Cota
Dirección de correo electrónico: insaneqf@hotmail.com
(Exp. No. 9820299)

Universidad de Sonora
División de Ciencias Sociales
Departamento de Derecho

Hermosillo, Sonora, diciembre de 2004.

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Resumen

Este trabajo analiza desde dos perspectivas disciplinarias el problema del consumo de drogas en los jóvenes entre los 12 y los 18 años de la República Mexicana: Una jurídica y otra psicológica. La investigación se divide en dos partes: La primera es un breve recuento de la legislación internacional en materia de drogas, desde finales de 1800 hasta la redacción de este documento, así como de la legislación nacional en la materia desde el constituyente de 1917 hasta el presente. La segunda parte estudia la efectividad de las campañas de prevención del sector público y privado, mediante la comparación de encuestas sobre consumo de drogas en la población estudiantil del país desde la década de los setentas, ochentas, noventas y principios de este nuevo siglo. Finalmente se plantea la necesidad de cambiar radicalmente el enfoque del gobierno mexicano, respecto a su política antidroga.

Índice

Portada	
Índice.....	3
Prólogo.....	8
Agradecimientos.....	10

PRIMERA PARTE

Antecedentes históricos internacionales de la guerra contra las drogas.	11
Estados Unidos y el problema del opio.....	12
La Haya 1912.....	13
Las convenciones del Opio de 1925 en Génova.....	15
La Convención de Ginebra de 1932 sobre la elaboración, distribución y regulación de narcóticos / Convención del opio en Bangkok de 1931.....	18
Dupont, Anslinger y la conspiración del cáñamo.....	19
La Convención de Ginebra para la eliminación del tráfico ilícito de drogas peligrosas de 1936.....	23
El Protocolo de Lake Success de 1946.....	24
El Protocolo de París de 1948.....	25
El Protocolo del opio de Nueva York de 1953.....	25
Conferencia plenipotenciaria para la adopción de la Convención Única de Drogas Narcóticas (enero a marzo de 1961).....	27
La Convención Única de 1961.....	28
Convención sobre sustancias psicotrópicas.....	32
El Protocolo que enmienda la Convención Única de Drogas Narcóticas de 1961.....	37
Convención contra el tráfico ilícito de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas.....	38
La Convención de Viena de 1988.....	40

CONCLUSIONES.....	43
Historia de la guerra contra las drogas en México	
Antecedentes constitucionales.....	46
Evolución legislativa sanitaria en materia de estupefacientes.....	50
1. El doctor Leopoldo Salazar Viniegra.....	53
2. El Código Sanitario de 1973.....	56
3. La Ley General de Salud de 1984.....	56
Evolución legislativa penal en materia de estupefacientes	
1. Código Penal Federal vigente de 1931.....	59
2. Reforma de 1947.....	60
3. Reforma de 1968.....	61
4. Reforma de 1974.....	62
5. Reformas recientes.....	64
CONCLUSIONES.....	67
SEGUNDA PARTE	
Los programas de prevención de adicciones en México	
Introducción	
1. El problema de las drogas y los jóvenes en México.....	70
2. Adolescentes: El vínculo entre las drogas, la sexualidad y el SIDA.....	71
3. Antecedentes históricos del uso de drogas en jóvenes estudiantes.....	73
CAPITULO I	
Consideraciones generales.....	76
CAPITULO II	
Objetivos de los programas de prevención de adicciones en México.....	77

CAPITULO III

Estrategias de prevención

1. Prevención en el sector salud.....	78
2. Prevención en el sector educativo.....	79
3. Prevención en los Organismos No Gubernamentales (ONG's).....	80
4. Prevención en la procuración de justicia.....	81

CAPITULO IV

Análisis de algunas campañas preventivas antidrogas

1. Modelo preventivo “Construye tu vida sin adicciones”.....	81
2. Modelo preventivo “Para vivir sin drogas”.....	82
3. Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia Chimalli.....	82

CAPITULO V

Algunos programas populares contra las adicciones

1. Vive Sin Drogas.....	84
2. Procuraduría General de la República.....	85
3. Centros de Integración Juvenil A.C.....	85
4. D.A.R.E. (Educación para Resistir el Abuso de Drogas).....	86

Las políticas de cero tolerancia

CAPITULO I

Concepto.....	89
---------------	----

CAPITULO II

La cero tolerancia en la educación.....	90
---	----

CAPITULO III

La cero tolerancia y el derecho a la información objetiva.....	91
--	----

CAPITULO IV

Problemas que plantean las políticas de cero tolerancia

1. Información falsa o tendenciosa.....	93
2. La normalidad en el consumo de drogas.....	93
3. La experimentación con drogas en la juventud.....	95
4. La presión de grupo o de “pares”.....	96
5. La sociedad, verdadero factor para el consumo de drogas.....	97
6. El desprecio por la capacidad de razonamiento adolescente	
6.1. Breve descripción del desarrollo adolescente	
a) Los doce años.....	98
b) Los trece años.....	99

c) Los catorce años.....	99
7. La escuela, ¿protectora?.....	101
8. Consecución de metas inalcanzables.....	101

La realidad en la información sobre sustancias psicoactivas

CAPITULO I

Principales argumentos contra la marihuana en la educación escolar antidrogas.....103

1. La teoría de la droga de entrada.....	104
1.1. Redefiniendo la teoría de la droga de entrada.....	106
2. El síndrome amotivacional.....	107
3. La potencia de la marihuana.....	109
4. Propiedades médicas de la marihuana.....	110
5. Efecto del consumo sobre el sistema inmunológico.....	111
6. Peligrosidad de la marihuana frente al tabaco.....	111
7. Crimen y consumo de marihuana.....	112

Las políticas de reducción de daños

CAPITULO I

Generalidades

1. Antecedentes históricos.....	114
2. Concepto.....	114
3. Características.....	115
4. Las políticas de reducción de daños en el aula de clases.....	115

CAPITULO II

Propuestas de políticas de reducción de daños

1. El Modelo de Asistencia al Estudiante (MAE).....	119
2. Folleto informativo sobre el Ecstasy.....	120
3. Ejemplo de folleto informativo de reducción de daños de la compañía tabacalera Philip Morris, incluido en las cajetillas de cigarrillos.....	124

CONCLUSIONES.....127

BIBLIOGRAFIA

“El principio básico de la reducción de riesgos comienza con el entendimiento de que las drogas están aquí para quedarse. Nunca habrá una sociedad libre de drogas y, de hecho, nunca ha existido una sociedad libre de drogas en la historia de la civilización humana. Nuestro reto no consiste en cómo quitar a las drogas de en medio (...) [sino] aprender a vivir con las drogas de manera que hagan la menor cantidad de daño posible.”

-Ethan Nadelmann

Director Ejecutivo de la Lindesmith Center-Drug Policy Foundation.

Prólogo

La palabra “droga” es un término para asociar, a veces injustamente, una de las características más negativas de nuestra sociedad y específicamente de la juventud. La Real Academia de la Lengua Española la define como:

Droga: (Del ár. Hisp. **hadrúka*, literalmente, ‘charlatanería’)

1. f. Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.
2. Sustancia o preparado medicamento de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
3. f. Medicamento.

~ blanda.

1. f. La que no es adictiva o no lo es en bajo grado, como las variedades del cáñamo índico [cannabis].

~ dura.

1. f. La que es fuertemente adictiva, como la heroína o la cocaína.

Si a “droga” le agregamos enseguida la palabra “abuso”, el tema adquiere dimensiones casi bíblicas. En nuestra sociedad son comunes las experiencias donde seres queridos, amigos o conocidos tuvieron, tienen o tendrán contacto con las llamadas “drogas de abuso”; sustancias legales como el alcohol, el tabaco; las ilegales (marihuana, cocaína) y las de uso médico controlado (Válium, Xanax). Nadie está protegido contra sus efectos adversos como son el narcotráfico y la fármacodependencia. El riesgo más grande lo sufren los jóvenes, en especial los adolescentes.

Pero los mexicanos no hemos podido encontrar una manera de educar adecuadamente a nuestras nuevas generaciones para evitar que consuman sustancias

perjudiciales. En muchas ocasiones la moderación y la falta de responsabilidad personal pasan a segundo plano y pueden ocasionar consecuencias negativas que pudieron ser prevenidas fácilmente. Esto se debe a la falta de una visión objetiva e informada sobre el problema del consumo de drogas. Fernando Savater, en “La invención del drogadicto” decía:

“En gran parte de los casos los mayores males del usuario de drogas le vienen precisamente de la prohibición que las veda (...) ¿Qué se ha logrado con la prohibición de las drogas? No desde luego acabar con su consumo o tráfico, sino hacerlas más caras, más adulteradas y más interesantes: de un lado la rutina reprimida, de otro lo prohibido y peligroso...”

Algunas campañas publicitarias en contra del consumo de drogas bombardean a los jóvenes constantemente con la idea de un enemigo invisible, silencioso y mortal. Su efecto, empero, está resultando contraproducente: en vez de incentivar a adquirir estilos de vida sanos, parecería no funcionar en aquellos propensos al consumo perjudicial y a las conductas adictivas.

Es factible prevenir e informar sobre los riesgos de las adicciones con apertura y honestidad; es una cuestión de visión y atrevimiento que las futuras generaciones sabrán apreciar.

Hermosillo, Sonora, a 16 de diciembre de 2003.

Agradecimientos

A mis padres y a mi hermano por toda su paciencia y amor.

A Pepé, por su cariño incondicional.

A todos mis amigos.

A Hunter Thompspon, DEP.

PRIMERA PARTE

Antecedentes históricos internacionales de la guerra contra las drogas

Hace décadas que el gobierno declara reiteradamente guerras frontales y definitivas contra el narcotráfico y las drogas sin grandes resultados. Es una posición políticamente redituable por la facilidad con que se infunde el miedo irracional a la sociedad ante un enemigo sin rostro y todopoderoso. Gracias a la influencia geopolítica de Estados Unidos nuestro país ha privilegiado la aplicación de sanciones penales severas, en muchos casos desproporcionadas e injustas, con el afán de acabar con el “flagelo” que azota a la humanidad. Según el Justice Policy Institute (Irwin, 1999) hay dos millones de personas en las prisiones estadounidenses, de las cuales un millón doscientas mil personas purgan sentencias obligatorias por delitos no violentos. Actualmente se gasta más en la construcción de centros penitenciarios que en escuelas y este gasto es mayor que el presupuesto para la seguridad social de ocho y medio millones de personas.

México ha sido el reflejo atenuado (pero no menos perjudicial) de estas medidas punitivas extremas, por nuestra ubicación geográfica, un largo historial de tráfico de enervantes, y la estrecha relación de estos hechos con el poder político y económico de las élites gobernantes. La corrupción y la hipocresía de las autoridades vinculadas con la mafia han provocado un enorme daño a la sociedad pues en el discurso tratan de erradicar la oferta y la demanda de sustancias ilícitas, sin atender a sus verdaderas causas. Al analizar el desarrollo de los debates sobre esta situación en los organismos internacionales a lo largo de décadas, encontraremos que siempre han habido abusos en la ciencia, se ignora el costo social de la prohibición, no se respeta la soberanía de las naciones, ni los usos y costumbres de los pueblos indígenas. La “guerra contra las drogas” requirió el empleo astuto del aparato internacional por parte del gobierno norteamericano y de los países industrializados con el objeto de imponer su agenda a otras naciones.

Luis Astorga (Astorga, 2001) opina:

“...el discurso dominante concibe el surgimiento del tráfico y los traficantes como una actividad y como agentes sociales necesariamente ajenos a las estructuras de poder en todo tiempo y lugar. La falta de investigaciones académicas sólidas al respecto contribuyó, en parte, al éxito de la visión uniformizadora.”

Estados Unidos y el problema del opio

Todo comenzó en la guerra de Estados Unidos contra España, de abril a julio de 1898, por el control de las islas Filipinas y su administración por el Congreso estadounidense ante la derrota española. De acuerdo a Bob Ramsey (Ramsey, 1997), los norteamericanos se vieron forzados a lidiar con una población con problemas de adicción al opio y con la antigua política de drogas de España que le daba al gobierno el derecho de vender los cultivos únicamente a los ciudadanos de origen chino. La administración republicana sentía que el monopolio estatal del vicio era un problema serio y envió a Howard Taft, experto en el manejo de crisis sociales (presidente de su país de 1909 a 1913 y ministro de la Suprema Corte durante la prohibición del alcohol), que en 1902 propuso un organismo, la International Opium Commission, para analizar la situación.

El presidente de la comisión fue el reverendo Charles Henry Brent (un pequeño pastor en Boston), nombrado Obispo Episcopal de las Filipinas. Fue uno de los principales impulsores del principio prohibicionista de su país que, según Ricardo Pérez Monfort (Pérez, 2000) sostenía que “cualquier uso no médico de drogas era inmoral” y asociaba el consumo de drogas con la inferioridad de ciertas minorías, como el opio de los chinos o la cocaína de los negros. Aunque pudo detener las ventas no logró vencer el floreciente contrabando de opio. Brent convenció al presidente Theodore Roosevelt de que apoyara la realización de una convención internacional en Shangai para remediar un problema meramente local. Esta se realizó el 26 de febrero de 1909; sólo se recopilaron algunos informes sin el apoyo de médicos expertos en la materia y las recomendaciones no vinculaban a los miembros.

Estados Unidos, representado por Hamilton Wright, trataba de convencer a las potencias colonialistas para hacer más reducida la definición del “uso legítimo” del opio, para volver ilícito el consumo sin fines médicos o científicos. Los países colonialistas abogaban por una estrategia menos agresiva, a pesar de que la Comisión aseguraba la disposición de todos los asistentes a prohibir el uso no médico de la sustancia y a desarrollar sistemas cada vez más restrictivos de control. (Sinha, 2001).

Los ingleses y los norteamericanos dominaron las discusiones: los primeros deseaban proteger su lucrativo negocio del opio índico; los segundos pensaban que China necesitaba ayuda para detener sus importaciones de la planta. Se decidió convocar a una nueva convención en La Haya, en 1912, para incluir a otros países además de Francia, Italia, Turquía, Alemania y Suiza.

La Haya 1912

En esta reunión, realizada el 1º de diciembre de 1911 con la asistencia de sólo doce países, la delegación norteamericana promovía los objetivos de Shanghai con más restricciones pero sin grandes resultados. Por primera vez se discutió sobre la cocaína. Brent seguía como presidente de la comisión y Wright, como representante de la delegación. La mayor parte de los Estados deseaban enmendar el borrador, elaborado por los estadounidenses; Gran Bretaña hizo énfasis en prohibir sustancias como la morfina, la cocaína y la heroína, para desviar la atención su opio índico y con la esperanza de que así se equilibrarían las condiciones de competencia en su industria farmacéutica británica contra los alemanes, gigantes productores de fármacos sintéticos.

Italia y los Estados Unidos pidieron incluir en la discusión al cannabis pero no se le catalogó como sustancia prohibida. Los miembros concluyeron que era “recomendable estudiar la cuestión del cáñamo índico desde un punto de vista estadístico y científico, con el objetivo de regular el abuso y para analizar la necesidad de abordar el problema, ya sea con la legislación interna o mediante acuerdos internacionales.” (Zimmer, s.f.)

Los capítulos I y II de la convención regulaban el opio en su estado natural. El artículo primero exigía a las partes “establecer reglas efectivas o regulaciones para el control de la producción y distribución del opio en crudo”. También se reconoció la iniciativa de los Estados Unidos para restringir el uso del opio con fines médicos o científicos. El Capítulo IV establecía las medidas para reducir el tráfico del opio a China, pero el Capítulo III se dedicaba a regular los permisos, la manufactura y los controles para la distribución de las drogas sintéticas, a pesar de la oposición de Alemania, que opinaba que eran demasiado laxas y vagas. El décimo artículo invitaba a los países a “hacer su mejor esfuerzo” para desarrollar estos controles. Los alemanes se negaron a firmar el tratado hasta que éste no fuera ratificado antes de entrar en vigor y esto retrasó durante diez años la aplicación de las disposiciones (gracias en parte a la Primera Guerra Mundial), aunque este país terminó por hacerlo, obligado por el Tratado de Versalles que cerró el conflicto armado en 1919. (Sinha, 2001).

El establecimiento en ese año de la Liga de las Naciones le otorgó a la comunidad internacional un cuerpo centralizado para administrar el control de las drogas. En 1920 se creó el Comité Consultivo sobre el Tráfico de Opio y otras Drogas Peligrosas, conocido como el Comité Consultivo del Opio (OAC por sus siglas en inglés) y es el antecedente directo de la Comisión sobre Drogas y Narcóticos de la Organización de las Naciones Unidas (CND). También se integró un Comité de Salud de la Liga, antecesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La administración de este órgano de salud corría a cargo de Holanda pero fue transmitida a la OAC. El cumplimiento de las disposiciones de la convención era esporádico, ya que los países dentro de la OCB se beneficiaban con el comercio de las sustancias. La Liga consideraba plantear discusiones sobre los motivos de la farmacodependencia.

La Convención de La Haya, de acuerdo con Ricardo Pérez Montfort (Pérez, *op. cit.*), fue aprobada por el gobierno mexicano en octubre de 1924, en el Senado de la República. En el Diario Oficial de 1927 se publicó el tratado.

Las Convenciones del Opio de 1925 en Génova.

En 1923 el gobierno de Sudáfrica le propuso al Comité Consultivo sobre el Tráfico de Opio y Otras drogas Peligrosas que el cáñamo índico fuera catalogado como una de las drogas que causan hábito y se incluyera en la convención. Cuando se analizó la propuesta en la 6ª. Conferencia del Comité Consultivo, en agosto de 1924, el delegado inglés sugirió que los gobiernos deberían aportar a la Liga información sobre la producción, uso y tráfico de drogas para poder considerar la propuesta (*Cannabis*, 1969)

De noviembre de 1924 a febrero de 1925 se realizaron dos conferencias simultáneas y se produjeron dos tratados internacionales.

La primera Convención de Viena reguló a las naciones productoras de opio; a los signatarios se les autorizaba vender opio sólo a través de monopolios estatales y se les daba un plazo de 15 años para acabar con el intercambio comercial.

La segunda Convención de Ginebra se propuso establecer controles globales sobre una amplia variedad de drogas e incluyó, por primera vez, a la mariguana, conocida como “cáñamo índico”, en el Artículo 11 de la Convención. Fue el delegado egipcio con el apoyo del turco, los que propusieron la inclusión del *hashish* (la resina de la planta del cannabis) en la lista de narcóticos y que todas las drogas nocivas entraran automáticamente bajo la jurisdicción de la Convención (*Cannabis*, 1969).

Lynn Zimmer (Zimmer, s.f.), considera que Sudáfrica catalogaba de “peligrosas”, violentas e incontrolables las tribus indígenas que consumían el cannabis. Para Gabriel Nahas (Nahas, 1985) la oposición en Egipto se originó desde las “clases educadas” que culpaban a la droga por la “reducida productividad, fragmentación, estancamiento social y nuevos brotes de enfermedades mentales.” Zimmer asegura que los estadounidenses relacionaban el consumo de cannabis con los inmigrantes mexicanos y, por lo tanto, con las clases bajas criminales y aseguraban que causaba los mismos efectos que la cocaína, el alcohol y los opiáceos. La autora opina que Canadá estaba a favor de estos países por la

asociación de la sustancia con el comportamiento antisocial de un sector de su población, a pesar de que en esos días era inexistente el consumo de marihuana en sus tierras. En México, según Juan García Vallejo (García, 2003), el consumo de la yerba “estaba asociado a gentes pertenecientes a las clases bajas como los trabajadores, artesanos, trabajadores de limpia, soldados rasos, presos y los criminales (...) La dictadura porfirista (...) quería que dejara de ser un país atrasado y que imitase a los países europeos como modelos a seguir, combatió el consumo de drogas calificándolas de conducta peligrosa”. Canadienses y mexicanos prohibieron la planta en 1923 y 1920, respectivamente.

El asunto fue turnado a un subcomité integrado por doctores, profesores y personas con experiencia educativa o administrativa en temas de salud pública, servicios hospitalarios o farmacéuticos. La gran mayoría (tres votaron en contra) de los miembros se encontraban a favor de la prohibición total de la resina del cannabis. Otro subcomité, integrado por Bélgica, Egipto, Francia, el Imperio Británico, Siam, Turquía y Uruguay, tomó este reporte y diseñó un borrador con propuestas para una nueva reunión. Esas propuestas fueron adoptadas sin discusión el 14 de febrero de 1925 y consistieron en:

- Definir al cáñamo como “el brote seco o los frutos superiores del pistilo de la planta cannabis sativa, de la cual la resina no ha sido extraída, bajo cualquier nombre con el que se le conozca en el comercio y;
- Que los signatarios estaban obligados a:
 - A) Imponer controles internos sobre las preparaciones galénicas (extractos y tinturas) del cáñamo índico. (Artículos 4, 5 y 6);
 - B) Imponer controles de importación y exportación sobre el cáñamo índico (definido anteriormente) y la resina que de ahí se prepara;
 - C) Prohibir la exportación de la resina obtenida del cáñamo indico y de las preparaciones con las que la resina forman la base (como el *hashish*, *esrar*, *chiras*, *diamba*) a los países que también prohíben su uso, y en los casos en donde la exportación se permita, se solicite un certificado especial por parte del

gobierno del país importador, que declare la aprobación para los fines especificados en el documento.

D) Ejercitar un control efectivo de tal naturaleza que prevenga el tráfico ilícito del cáñamo hindú y especialmente su resina (Artículo 11).

Los artículos 21 al 23 de la Convención de Ginebra obligaban a los miembros a proveer estadísticas anuales sobre la producción de drogas y su consumo; la elaboración de opio puro y la hoja de coca; y la manufactura y distribución de heroína, morfina y cocaína. El capítulo VI establecía la creación de una Junta Central Permanente del Opio (PCOB), integrada por ocho miembros. El capítulo V de la segunda convención creó un sistema de certificación, monitoreado por la PCOB para controlar el intercambio internacional de drogas al limitar la cantidad que cada nación permitía entrar a sus fronteras. Si la Convención de 1912 se centraba en imponer controles internos, la Convención de Ginebra sirvió para hacer más eficiente la supervisión internacional. Ante el rechazo mayoritario, la delegación estadounidense abandonó las pláticas y no firmó los tratados. Lo mismo hizo China, por la falta de acuerdos sobre las medidas para detener el consumo de opio. Por lo tanto los dos países comenzaron a regirse por la Convención de La Haya de 1912. (*Cannabis*, 1969)

En agosto de 1925 varios países presentaron los resultados de las investigaciones ante la solicitud de Sudáfrica de 1923:

- Hungría declaró que “el cáñamo indico no era nocivo”.
- Bélgica, “es nocivo, pero no debería tratarse como un narcótico peligroso”.
- Argentina, Bulgaria, Canadá, Australia, Estonia, Finlandia y Gran Bretaña lo controlaban como tóxico: “Es nocivo y ya está sujeto a controles establecidos.”
- Hungría, Mónaco, Italia, Latvia y Noruega limitaban su venta a la prescripción médica.
- Albania, Ecuador, Nueva Zelanda, China, Panamá y Portugal consideraron: “Es nocivo y debería ser controlado por el tratado internacional” (*Cannabis*, 1969).

Únicamente Portugal alegó problemas en Mozambique con la droga y la gran mayoría de países no habían mandado sus resultados al Comité Consultivo para esa fecha. En los siguientes años el Comité Consultivo recolectó estadísticas oficiales de gobiernos sobre el tráfico ilícito de estupefacientes.

La Convención de Ginebra de 1931 sobre la Elaboración, Distribución y Regulación de Narcóticos / Convención del Opio en Bangkok de 1932

El sistema de control de importaciones de 1925 fue poco eficiente ya que las drogas pasaban por naciones que no estaban sujetas al tratado internacional. En 1931 las naciones se reunieron para limitar el tráfico de cocaína, heroína y morfina. El resultado fue la Convención para Limitar la Producción y Reducir la Distribución de Drogas Narcóticas (Convención sobre Limitación de 1931). El objetivo del documento se enfocó en los Capitulo II y III: las partes debían darle a la PCOB sus requerimientos científicos y médicos de drogas y sobre tales cifras se elaboraría un estimado para que la PCOP determinara los límites de producción. Un Cuerpo Supervisor de Drogas (DSB) se creó para administrar el sistema. La efectividad de la convención fue puesta en duda por el Artículo 26, que no declaraba a los estados responsables por sus territorios coloniales. El Artículo 15 exigía a los signatarios diseñar una “oficina especial” para el control de sustancias, similar a los organismos norteamericanos (Sinha, 2001).

La Convención entró en vigor al poco tiempo por la esperanza que levantaba como instrumento de control bélico. A finales de 1931 se realizó una reunión en Bangkok para tratar el consumo de opio en Asia, pero con resultados mediocres, ya que Estados Unidos no participó activamente y los poderes coloniales europeos se negaban a establecer controles más estrictos contra el opio.

El Subcomité de la Comisión Consultiva sostuvo discusiones sobre el desarrollo de pruebas químicas para el cannabis y asignó a 6 expertos para simplificar la nomenclatura, así como para analizar la adicción y las posibles formas de tratamiento de la sustancia. Para 1936 el órgano recibió información de los doctores Bouquet y Treadway, concluyendo que:

“Respecto a los efectos del abuso de cannabis, el Subcomité descubrió que la información dejaba mucho que desear. El Subcomité recomienda que se hagan más esfuerzos para allegarse de la información sobre la adicción del cannabis y respecto a sus efectos psicológicos, físicos, psicopáticos, las propiedades adictivas (si ocurre el síndrome de abstinencia) y su relación con el crimen.” (*Cannabis*, 1969)

Dupont, Anslinger y la conspiración del cáñamo

Antes de continuar con el estudio de los tratados internacionales suscritos en materia de narcotráfico en todo el siglo XX, es necesario hacer un alto en la década de 1930 y echar un vistazo a la historia sociopolítica de los Estados Unidos de América, ya que durante estos años el gobierno, los industriales y los medios de comunicación se unieron para crear una campaña de miedo social con el fin de imponer la dominación económica de una élite corporativa. De acuerdo a numerosos historiadores los E.E.U.U. han tenido desde hace siglos una relación muy estrecha con el cáñamo índico, el material industrial que se obtiene de la mariguana o cannabis: Según Jack Herer (Herer, 1998) en los períodos de crisis, de 1763 a 1767, el gobierno amenazaba a los campesinos de Virginia por no cultivarlo en sus tierras; el borrador original de la Declaración de Independencia y la bandera de Betsy Ross estaban hechos de ese material; y tanto George Washington como Thomas Jefferson eran dueños de grandes extensiones de este cultivo. Desde 1901 hasta 1937, el Departamento de Agricultura auguró en repetidas ocasiones que el cáñamo se convertiría en el primer cultivo de Norteamérica y hasta los treinta ocupaba el segundo lugar de preferencia después del algodón. Se utilizaba para producir textiles, fibras, cuerdas, lonas y papel, este último a la mitad del costo que el elaborado de las maderas convencionales.

Tanto la industria maderera y la papelera, como la Hearst Paper Manufacturing Division, mejor conocida como Kimberly Clark, estaban en riesgo de perder millones de dólares en proyectos de la naciente industria petroquímica. En 1937 Dupont patentó un nuevo proceso (de sulfitos y sulfatos) para producir papel de la pulpa de la madera, que representaba dos terceras partes de su potencial de crecimiento en los siguientes cincuenta

años. En el Reporte Anual de la Compañía había seguridad en que no prosperaría el desarrollo del cáñamo, gracias al “creciente poder impositivo del gobierno... convertido en un instrumento que obligue a la aceptación de nuevas ideas de reorganización industrial y social.”

Los cambios vinieron acompañados por una reforma legal y una campaña masiva de propaganda. La primera fue aprobada como un impuesto prohibitivo a las ametralladoras, en la National Firearms Act, que requería el pago de doscientos dólares como tributo para adquirir un arma. Dos semanas después de que la Suprema Corte de Justicia declaró válida la legislación. Herman Oliphant, del Departamento del Tesoro, propuso al Congreso la Marijuana Tax Act, el 14 de abril de 1937. La campaña publicitaria corrió a cargo del empresario William Randolph Hearst (apodado “el rey del amarillismo”), que desde la guerra de España contra Estados Unidos y la confiscación de 800,000 acres por parte del ejercito de Pancho Villa utilizaba sus periódicos para escandalizar a los lectores con historias de criminales, en su mayoría inmigrantes o minorías raciales. El empresario aprovechó un accidente automovilístico en el que se encontró un cigarrillo de mariguana para publicarlo en primera plana de los diarios durante varias semanas. Jack Herer (Herer, 1998) opina:

“Durante las siguientes tres décadas, Hearst pintó el retrato del mexicano flojo y fumador de mariguana; todavía uno de nuestros prejuicios más aberrantes. Simultáneamente libró una campaña de desprestigio racial contra los chinos, refiriéndose a ellos como el ‘peligro amarillo’.

Desde 1910 a 1920 los periódicos de Hearst asegurarían que la mayoría de los incidentes donde se decía que los negros habían violado mujeres blancas, se podían relacionar directamente con la cocaína. Esto continuó durante diez años hasta que Hearst decidió que la violencia de la comunidad negra provenía, de entonces en adelante, gracias a la mariguana.

Jack Herer (Herer, 1998) explica:

“Hearst y otros tabloides sensacionalistas publicaron titulares histéricos con reportajes que retrataban a los negros y a los mexicanos como bestias en frenesí quienes, bajo la influencia de la mariguana, tocaban música anti-blanca y vudú-satánica (jazz), promovían la falta de respeto y los vicios entre los lectores, en su mayoría de origen blanco. Otras ofensas que resultaban por esta “ola criminal” inducida eran, pisar la sombra de un hombre blanco, ver a la gente blanca directamente a los ojos por tres segundos o más, observar a una mujer blanca dos veces a los ojos o burlarse de una persona blanca.”

El doctor James Woodward, de la Asociación Médica Americana (AMA), testificó en contra del impuesto de la mariguana ante el Comité de Formas y Modos (*Ways and Means Committee*, el equivalente de una comisión de Hacienda en la que no se sometían a discusión los proyectos de ley) del Congreso y alegó que los testimonios presentados para la aprobación de la ley estaban basados en hechos falsos y aún peor, en el sensacionalismo de los periódicos de Hearst. Woodward dijo haberse enterado de las intenciones del Comité dos días antes de las audiencias, y reprobó el secreto con el que se elaboró la legislación durante dos años, sin consultar a los especialistas de su institución. El doctor fue excusado de la audiencia y el documentó fue puesto a consideración del Congreso. Cuando alguien preguntó si se había consultado a la AMA, el representante Vison aseguró que, en efecto, se había consultado a un tal doctor Wharton quien aseguró la aprobación incondicional de la institución. La ley fue aprobada en diciembre de 1937.

Durante 1939 Anslinger persiguió a más de tres mil galenos que prescribían “recetas ilegales” basadas en el cannabis. La AMA cedió ese mismo año y en los siguientes diez sólo tres médicos fueron acusados de recetar drogas ilegales.

Harry J. Anslinger fue nombrado director del Buró Federal de Narcóticos (FBN, antecedente de la DEA) por Andrew Mellon en 1931, Secretario del Tesoro y accionista mayoritario del Mellon Bank, uno de los únicos dos bancos que proporcionaron préstamos

a DuPont desde 1928 hasta la fecha. Anslinger no sólo tenía una relación política con el banquero, sino que también estaba casado con su sobrina.

El director del Buró Federal de Narcóticos tenía un expediente nombrado “Gore File” que consistía de recortes periodísticos de Hearst y otras publicaciones, que narraban historias de asesinatos donde los acusados habían fumado marihuana cuatro días antes de cometer los crímenes. El funcionario aseguraba que la mitad de los crímenes cometidos en los Estados Unidos eran por culpa de los españoles, mexicoamericanos, latinoamericanos, filipinos, africanoamericanos y griegos, y que todos tenían su origen por el consumo de la marihuana. A finales de los cincuentas, Anslinger comenzó a contradecir sus dichos y advertía que los comunistas estaban la estaban usando para convertir a los hombres combativos de los Estados Unidos en pacifistas sin deseos de luchar. Un grupo de especialistas publicó en 1979 el libro *Reefer Madness*, que desmintió todos y cada uno de los crímenes descritos por el funcionario antidrogas.

El gobierno federal de nuestro vecino del norte dejó en manos de DuPont, su principal productor de municiones, la mayor parte de su producción textil nacional. Jack Herer (Herer, 1998) aclara:

“El proceso para agregar los nitratos a la celulosa para crear explosivos es muy similar al que se utiliza para adicionar nitratos a las fibras y plásticos sintéticos. El rayón, la primera fibra sintética utiliza una versión estable de nitrocelulosa, una sustancia base de los explosivos.

DuPont se consolidaría como el más grande productor de celulosa de la Unión Americana durante todo el siglo, así como el dueño de dos terceras parte de la industria de los explosivos, responsable de suministrar el cuarenta por ciento de las municiones usadas por los aliados durante la Segunda Guerra Mundial.

La Convención de Ginebra para la Eliminación del Tráfico Ilícito de Drogas Peligrosas de 1936

El documento se inspiró en las recomendaciones de la Comisión Internacional de Policía (predecesora de la INTERPOL), para imponer sanciones y hacer frente a los traficantes mediante leyes penales. El representante de Estados Unidos era Harry J. Anslinger, e intentó hacer ilegales todas las actividades relativas al cultivo, producción, elaboración y distribución relacionados con el uso de opio, coca (y sus derivados) y cannabis con propósitos que no fueran médicos o científicos. El Artículo 2 de la Convención comprometía a los países miembros a utilizar sus sistemas penales para castigar con “severidad” y en especial “con la cárcel u otros castigos que priven de la libertad” todos los delitos en los que el tráfico de drogas sea la causa principal (Sinha, 2001).

Los norteamericanos se negaron a firmar el documento final al considerar que dañaría su sistema penal y que la Convención era demasiado débil en temas como la extraterritorialidad, la extradición y la confiscación de bienes de los narcotraficantes. Las pláticas no prosperaron y en cambio sí las reuniones bilaterales entre países para frenar a los traficantes mediante los tratados. Antes, todos los documentos internacionales incluían el término de actividades “legítimas” en el manejo de drogas, pero el de 1936 proscribía tales actos y los sancionaba con la ley.

En 1938, el Subcomité del Comité Consultivo recibió un importante cúmulo de datos sobre la cuestión del cáñamo índico en varios países y concluyó que “...como resultado de estas investigaciones... algunos puntos deben aclararse, especialmente sobre la conexión entre los efectos psicológicos, físicos y psicopatológicos del cannabis y las relaciones entre la adicción al hashish y la locura, y entre la adicción al cannabis y la adicción a otras drogas, en especial la heroína.” (Cannabis, 1969).

Al final de la década de los treinta, el Comité Consultivo del Opio (OAC) de la Liga de las Naciones comenzó a cuestionar las prácticas internacionales para el control de las drogas basadas en la prohibición y en la represión policial. Algunos países deseaban atacar

el problema del abuso mediante estrategias de salud pública, pero Anslinger con el apoyo del canadiense (y también Jefe de la División de Narcóticos) Charles Henry Ludovic Sharman, detuvieron todas estas iniciativas con la firme convicción de que los adictos sólo podían curarse en las instituciones médicas. Pero el inicio de la Segunda Guerra Mundial detuvo el avance de todos los trabajos hasta casi terminada la década de los cuarentas (Sinha, 2001).

El Protocolo de Lake Success de 1946

Al terminar la guerra los organismos encargados del control de drogas fueron reformados dentro de la Organización de las Naciones Unidas. El Consejo Económico y Social, a través de la Comisión sobre Drogas Narcóticas (CND) --que reemplazó a la OAC-- tuvo como tarea preparar el material para las reuniones. La PCOB y la DSB continuaron bajo el control de la CND para la elaboración de estadísticas. Sharman fue el primer presidente del organismo y se propuso reformar los estatutos en los tratados, cambios que quedaron en el protocolo firmado en Nueva York, el 11 de diciembre de 1946. (Sinha, 2001).

Es interesante el hecho de que la Comisión no integró un comité sobre el cáñamo, pero declarara en su reporte que “muchas opiniones médicas en Estados Unidos y en México hayan adelantado que la marihuana no representa peligros reales y tiene poca influencia en el comportamiento criminal. De hecho, los médicos mexicanos opinaban que su uso no tenía efectos perjudiciales para la salud del usuario. (...) El representante de los Estados Unidos no compartía este punto de vista y le citó varios ejemplos concretos, proporcionándole los nexos entre el uso de la marihuana y el crimen. Citó un informe reciente de algunos doctores en los Estados Unidos sobre los peligros extremos [de fumar marihuana, aunque] estos especialistas tenían un campo de observación muy limitado, ya que condujeron sus estudios en un ambiente penitenciario.”

El informe se refería a la polémica desatada por el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, principal funcionario antidroga del gobierno mexicano, quien dio un giro radical a la

política de las drogas durante varios años. Nos ocuparemos de su caso en la sección referente a los antecedentes legislativos en materia de salubridad.

El Protocolo de Paris de 1948

Anslinger y Sharman se interesaban en asegurar que los gobiernos fueran representados por personal de la administración de justicia y no por médicos u otros profesionistas con experiencia en las ciencias sociales. El control de la Comisión sobre Drogas Narcóticas pasó a manos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Tecnología (ECOSOC), pero la Organización Mundial de la Salud, a través del Comité de Expertos sobre la Adicción a las Drogas fue la responsable de decidir cuáles sustancias serían reguladas. El Artículo 1 del Protocolo declaraba que si la OMS descubría que una droga era capaz de “producir adicción o convertirse en un producto capaz de producir adicción” decidiría cómo clasificar a la sustancia en la estructura internacional diseñada con ese propósito. Asimismo incluyó algunos opiáceos sintéticos que no existían en tratados anteriores. (Sinha, 2001).

El Protocolo del Opio de Nueva York 1953

Muchos tratados sobre la materia se habían acumulado y cada uno tenía características y niveles de control distintos, lo que derivaba en confusiones en su cumplimiento. La CND de Anslinger y Sharman le recomendó a la ECOSOC que condensara todos los documentos existentes en uno solo. El plan había sido postergado durante diez años hasta que el director de la DND, Leon Steinig, propusiera la creación de un Monopolio Internacional del Opio para acabar con el tráfico ilícito y garantizar el abasto legítimo de la sustancia. Durante los días de la Guerra Fría las compañías farmacéuticas transnacionales y algunas naciones comenzaron a almacenar grandes cantidades de esa droga y ante los temores de que la propuesta de Steinig prosperara, elevando los precios y aumentando el papeleo burocrático, Anslinger y Sharman, junto con los ingleses, los holandeses y los franceses bloquearon las discusiones de la CND. Charles Vaille, representante francés de este órgano propuso la creación de un nuevo protocolo como una solución temporal hasta la unificación de los

tratados. La ECOSOC dio luz verde a una conferencia plenipotenciaria que finalizó en Nueva York en 1953. El Artículo Segundo ordenaba que las partes “limitaran el uso de opio exclusivamente para sus necesidades médicas y científicas.” El Artículo Sexto limitaba la venta de la planta a siete países. El Protocolo no tuvo resultados concretos y quedó derogado por la Convención Única. (Sinha, 2001)

En 1954 la Comisión, asesorada por el Comité de Expertos en Drogas con la Posibilidad de Crear Adicciones, aseguró que el cannabis no tenía efectividad como medicamento y era obsoleto; recomendó a la ECOSOC que convenciera a los gobiernos para que descontinuaran su uso lo más pronto posible. La respuesta de muchos países fue la de no comprometerse con estas propuestas.

En 1955 la Comisión incluyó al cannabis en la cuarta clasificación de la nueva convención (para drogas duras), gracias en parte a informes de seis países de África, así como del doctor P. O. Wolff quien afirmó en su informe *Physical and mental effects of cannabis*:

“Es importante darnos cuenta que no sólo el fumar marihuana es peligroso *per se*, sino que su uso eventualmente orilla al fumador a probar inyecciones intravenosas de heroína (...) el cannabis constituye una droga peligrosa desde todos los puntos de vista, sean físicos, mentales, sociales o criminológicos.” (*Cannabis*, 1969).

En 1957 la Comisión recibió informes de Angola, Brasil, India, Marruecos, Costa Rica, Egipto, Italia y Pakistán. El representante de la OMS reafirmó que la marihuana no tenía propiedades terapéuticas y la Comisión hizo el llamado a todos los gobiernos para que terminaran con el consumo legal de la hierba y promovieran la investigación.

Conferencia Plenipotenciaria para la Adopción de la Convención Única de Drogas Narcóticas (Enero a marzo de 1961)

Esta reunión se efectuó para extender y consolidar los tratados ya en vigor. Se realizó de enero a marzo de 1961, antes de la redacción del tercer borrador que llevaría a la creación de la Convención Única. El plan general imponía grandes limitaciones al uso médico y científico de la marihuana y establecía cuatro niveles de clasificación obligatoria de sustancias (en el caso del nivel IV, la prohibición total). El Artículo 39 proscribía todo manejo del cannabis, con excepción de la investigación científica y el uso médico tradicional de las comunidades indígenas. La OMS aseguraba la inutilidad del cannabis y recomendaba la prohibición o regulación estricta, aunque no vinculaba a los países signatarios.

Las resoluciones fueron:

1. Mantener cuatro niveles de clasificación con fines de control, otorgando libertad a las partes para decidir por sí mismas si prohíben o no el manejo de las drogas listadas en el Inventario IV.
2. Incluir en el preámbulo de la Convención una cláusula limitativa que restrinja el uso de drogas clasificadas para la investigación médica o científica.
3. Incluir medidas provisionales que permitan a países como la India y Pakistán autorizar el uso no médico del cannabis durante 25 años.
4. Excluir las hojas de la planta del cannabis de la vigilancia de la Convención, con la condición (del Artículo 28-3) de que “todas las partes adoptarán medidas que sean necesarias para prevenir el mal uso o el tráfico ilícito de las plantas otorgadas con permisos. (*Cannabis*, 1969).

El criterio de selección para las drogas incluidas en el Inventario IV consistía en:

- a) que tuvieran propiedades adictivas fuertes o den la posibilidad de causar su abuso, que no se comparen con las ventajas terapéuticas de otras drogas no comprendidas en el Inventario IV; y/o
- b) aquellas que estuvieran completamente eliminadas de la práctica médica por el riesgo que representan a la salud pública. (*Cannabis*, 1969).

Sobre estas posiciones la Conferencia estuvo de acuerdo en que se incluyera al cannabis y a su resina (junto con la heroína, la desomorfina y la ketobemidona) en el Inventario IV. Suecia llegó a la conclusión de que a pesar de las características adictivas de la heroína, ésta no era utilizada por muchas personas, y que el cannabis, en cambio, era muy popular pero no era una sustancia adictiva; la inclusión del cannabis en el Inventario IV respondió más al número de personas que lo utilizaban y a sus pobres ventajas médicas que por el peligro que representaba.

La Convención Única de 1961

Este documento ha contribuido al crecimiento del sistema prohibicionista de las drogas y es una extensión de la legislación desarrollada entre 1909 y 1953. Las pláticas tuvieron lugar en la ciudad de Nueva York, el 24 de enero de 1961 y asistieron 73 países. William B. McAllister (McAllister, 1992) divide a los participantes en cinco grupos importantes y sus objetivos:

* Los estados orgánicos: Como productores de la mayoría de los ingredientes básicos para la elaboración mundial de drogas, estos países han sido siempre objeto de control internacional. Estaban abiertos a un consumo sociocultural que llevaba siglos de pie. Aunque India, Turquía, Pakistán y Burma pusieron el ejemplo, el grupo también incluía a los estados productores de coca como Indonesia y la región andina de Sudamérica, así como los países productores de opio y cannabis del Sur y el Sudeste de Asia y (...) África. Favorecieron los controles poco estrictos ya que las limitaciones a la producción y la exportación afectaron a grandes segmentos de su población e industria. Apoyaron los esfuerzos de control nacionales, inspirados

en las condiciones de cada lugar y se preocuparon por la existencia de grandes cuerpos de supervisión bajo la tutela de Naciones Unidas. A pesar de que no contaban con poder para repeler la filosofía prohibicionista directamente, trabajaron juntos con efectividad para hacer más confuso el lenguaje de los tratados con excusas, lagunas y aplazamientos. También planearon formas de asistencia para compensar las pérdidas por los controles estrictos.

* Estados Productores: Este grupo lo constituían las principales naciones occidentales; los jugadores clave eran los Estados Unidos, Canadá, Suiza, los Países Bajos, Alemania Occidental y Japón. Al no tener una afinidad cultural por el uso tradicional de las drogas y al enfrentarse a los efectos de la drogadicción entre sus ciudadanos, se inclinaron por controles severos sobre la producción de materias primas naturales y el tráfico ilícito. Al ser los principales productores de psicotrópicos sintéticos y con el apoyo de una industria farmacéutica activista, se opusieron a relajar las normas que rigen la investigación científica (...) Favorecieron a los grandes organismos regulatorios supranacionales mientras pudieran ejercer el control directo sobre sus políticas. Su estrategia consistía en “cambiar la carga regulatoria hacia los países que producen materias primas, pero gobernando su espacio de acción lo más posible.”

* Grupo de control estricto: Este se integró por estados no productores sin intereses económicos en juego en el intercambio de drogas. Los miembros más importantes eran Francia, Suecia, Brasil y la China nacionalista. La mayoría de los estados en este grupo se oponían ideológicamente al consumo de drogas y sufrían problemas de abuso en sus ciudades. Apoyaban la restricción del uso de sustancias ilícitas para fines científicos y médicos; estaban dispuestos a sacrificar su soberanía nacional para asegurar la efectividad de los organismos de control internacionales. Moderaron sus exigencias para asegurar el mayor número de consensos.

* El grupo de control débil: Este grupo lo encabezaba la Unión Soviética y con frecuencia incluía a sus aliados en Europa, Asia y África. Consideraban el control

de las drogas como un tema de política interna y con firmeza se oponían a cualquier invasión de la soberanía nacional, como las inspecciones de otros países. Con muy poco interés en el intercambio de drogas y con problemas mínimos de abuso, se negaban a darle poder excesivo a los organismos internacionales.

* Grupo neutral: Estos eran diversos miembros en los que se incluían la mayoría de los países africanos, centroamericanos, andinos, a Luxemburgo y al Vaticano. No tenían gran preocupación por el tema más que asegurar su propio acceso a las reservas de drogas. Algunos votaban en bloques políticos o estaban dispuestos a intercambiar votos y otros eran en verdad neutrales y podían inclinarse en ciertos temas, dependiendo de la capacidad de persuasión de los argumentos presentados. En general apoyaban los acuerdos con el propósito de generar menos divisiones.”

El resultado de estos intereses en conflicto se reflejó en un documento que presumía el nivel de acuerdos alcanzado. La Convención Única mantuvo y expandió los mecanismos de control ya existentes. Aunque estaba libre de las costosas cláusulas del Protocolo del Opio de 1953, como la restricción de la producción de opio a siete países, la influencia estadounidense quedó asegurada en los cuerpos supervisores de Naciones Unidas y se expandió la legislación contra la coca y cannabis. La Convención le exigía a las partes que redactaran cálculos de sus necesidades de drogas, así como informes estadísticos sobre la producción, venta, uso, consumo, importación, exportación o almacenamiento de las mismas. Las partes debían otorgarle licencias a los productores, vendedores y distribuidores, y todas las transacciones que tuvieran que ver con estas sustancias tenían que ser documentadas. Además, la Convención Única requería que las partes promovieran legislaciones penales más estrictas, de acuerdo a sus respectivas limitaciones constitucionales: las partes debían tipificar nuevos delitos, castigándolos de preferencia con el encarcelamiento, de acuerdo con cada una de las actividades que contravenían a la Convención: cultivo, producción, venta, extracción, preparación, posesión, ofrecimiento, ofrecimiento para venta, distribución, compra, venta, entrega, despacho, despacho en tránsito, transportación, importación y exportación. Aún más, se establecía como “deseable” la extradición de personas relacionadas con estos delitos. La Convención asignó

cuatro clasificaciones: el Inventario I y IV eran los más restrictivos y cubrían las materias primas (coca, opio, cannabis) y sus derivados, como la heroína y la cocaína. El Inventario II y III eran menos estrictos y contenían las drogas sintéticas provenientes de la codeína. (Sinha, 2001).

Los artículos 23 y 24 de la Convención establecían monopolios nacionales del opio e imponían amplias restricciones a su tráfico. El Artículo 49 exigía a las partes eliminar el uso medicinal alternativo del opio, el consumo del opio fumado, de la hoja de coca y el uso no médico del cannabis en un plazo de 25 años al entrar en vigor el compromiso internacional. Toda la producción o elaboración de estas sustancias debía terminar en ese período. Sólo aquellos países cuyos ciudadanos hicieran uso “tradicional” podían beneficiarse de este plazo, pero para los demás la prohibición fue inmediata.

La Convención Única fusionó a los cuerpos reguladores de Naciones Unidas: el PCOB y el DSB se unieron en la Junta Internacional de Control de Narcóticos (INCB), responsable de vigilar el cumplimiento de la Convención. Este órgano administraba la información estadística anual aportada por las partes. La INCB tenía once miembros, tres nominados por la Organización Mundial de la Salud y ocho por los países de la Convención y miembros de Naciones Unidas. A la INCB se le otorgaron poderes limitados: podía recomendar que las partes dejaran de hacer negocios con el país que se negara a cumplir las medidas del tratado. El énfasis en la prohibición se reflejó en la poca atención que se otorgó al problema del abuso de drogas; solamente el Artículo 38 tocaba el lado social (la demanda) al exigir a los países “otorgar la suficiente atención y facilidades para el tratamiento y la rehabilitación de los adictos a las drogas”, sólo si el país sufría “un problema serio de adicción a las drogas y sus recursos económicos lo permiten.” También se negó el reconocimiento a los sistemas de reducción de demanda o de daños, como la prevención a través de la educación. (Sinha, 2001).

Según Sergio García Ramírez (García, 1980), la Convención Única fue firmada en México *ad referendum* el 24 de julio de 1961, fue aprobada por la Cámara de Senadores el 29 de diciembre de 1966, ratificada por el ejecutivo el 17 de marzo de 1967, y el

instrumento de ratificación fue depositado el 18 de abril de ese mismo año. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 1967.

México tuvo reservas respecto al Artículo 12, párrafo quinto, que facultaba a la junta para establecer sus medidas sobre los países; así como en el Artículo 14, respecto al riesgo de incumplimiento de las resoluciones del tratado por una de las partes y los poderes de la junta para procurar su vigencia. También se reservó de firmar el Artículo 19, en los párrafos 1, 2, 5 y 19, sobre los requerimientos de estupefacientes; el 20, sobre el suministro a la junta de estadísticas sobre el cultivo de adormidera; el 21, sobre la limitación de la producción de opio; el 22, sobre las medidas a adoptar para la erradicación de plantíos y la investigación científica; y en el Artículo 36, el párrafo 2, respecto a la extradición de narcotraficantes.

La Convención sobre Sustancias Psicotrópicas

En la década que siguió a la firma del tratado de 1961, el uso de drogas se incrementó en todo el mundo, en especial en las naciones occidentales desarrolladas. El incremento se hizo evidente en el uso ilegítimo de sustancias psicotrópicas sintéticas desarrolladas desde la Segunda Guerra Mundial, como las anfetaminas, los barbitúricos y el LSD. La mayoría de ellas no estaban sujetas a control internacional y como los sistemas nacionales de control tenían tantas diferencias entre sí, el tráfico y la venta clandestina florecieron. La CND y la OMS debatieron sobre la regulación de las drogas psicotrópicas, incluyendo los estimulantes, los sedantes y el LSD. En enero de 1970 la CND preparó un borrador para la División de Drogas Narcóticas (DND) de las Naciones Unidas sobre este tema; el documento se convirtió en la base de una conferencia plenipotenciaria en Viena, el 11 de julio de 1971, que produjo la Convención sobre Psicotrópicos. (Sinha, 2001).

El documento se inspiró en la Convención Única de 1961: la administración seguía en manos de la CND y la INCB, se buscaba una clasificación de los diversos tipos de drogas, la obligatoria expedición de recibos en las transacciones y en los permisos, un control de importaciones y exportaciones, así como las normas sobre el tráfico ilícito y sanciones

criminales. Sus medidas, en comparación con la Convención del 61, fueron mucho más débiles gracias al cabildeo de las grandes compañías farmacéuticas. De los cinco grupos negociadores descritos por McAllister en la Convención Única, en la de psicotrópicos sólo había dos grupos con opiniones opuestas. Un grupo incluía a todas las naciones desarrolladas con poderosas industrias farmacéuticas y mercados redituables de psicotrópicos, llamado “el grupo de los productores.” El otro consistía en los países en vías de desarrollo, apoyados por los países comunistas con pocas industrias de psicotrópicos en su poder, conocidos como el “grupo orgánico.” Lo más interesante es que en 1971 los grupos revirtieron por completo sus opiniones: el grupo de productores adoptó el argumento de los orgánicos: controles débiles de carácter nacional y no internacional, así como la supremacía de la soberanía nacional sobre cualquier organismo de Naciones Unidas para que las medidas no causaran pérdidas millonarias; mientras que el grupo orgánico se pronunció a favor de la supervisión internacional. (Sinha, 2001).

Al comparar los preámbulos de las dos convenciones, es posible ver los motivos que llevaron a su elaboración: en la Convención Única, la adicción se describe como “un mal serio y endemoniado para el individuo... cargado con peligros sociales y económicos para toda la humanidad.” Pero reconoce que “el uso médico de las drogas narcóticas sigue siendo indispensable para el alivio del dolor y el sufrimiento, por lo que se debe asegurar el aprovisionamiento para que estén disponibles con esos propósitos.” En contraste la Convención de Psicotrópicos no hace mención del “mal serio” de la adicción, sino señala “la preocupación sobre la salud pública y los problemas sociales que resultan del abuso de ciertas sustancias psicotrópicas”; reconoce que “el uso de sustancias psicotrópicas para propósitos médicos o científicos es indispensable y su disponibilidad para tales fines no deberá ser indebidamente restringida.” El espíritu del preámbulo de la Convención sobre psicotrópicos es menos rígido: “el abuso de ciertos, aunque no de todos, los psicotrópicos no es un problema serio como la adicción a las drogas narcóticas.” (Sinha, 2001).

El enfoque de clasificar a las drogas con varios niveles de control también difería entre las dos Convenciones. En las negociaciones de 1961, cuando se discutía el lugar que ocuparía una sustancia, siempre se terminaba en una clasificación no favorecida por el

grupo orgánico, como colocar el cannabis en el Inventario IV; la insistencia del grupo productor para usar esta forma de clasificación se inspiraba en la idea de que una droga narcótica no debía considerarse peligrosa hasta que se demostrara lo contrario. Pero esto no se aplicaba cuando los intereses estadounidenses estaban en juego, ya que los derivados de las drogas terminaban en los lugares menos estrictos.

La Convención sobre Psicotrópicos también incluía cuatro tipos de inventarios, pero distintos en la naturaleza y en la forma que los organizaba la Convención Única: en esta la clasificación más dura es la cuarta, que equivalía a la primera en la Convención sobre Psicotrópicos. En ambos casos dichas sustancias sólo podían administrarlas miembros del gobierno que operaran instituciones medicas o científicas, mientras que la producción, importación y exportación eran estrictamente monitoreados. La división más laxa y con menos medicamentos de la Convención sobre Psicotrópicos era la cuarta, que contenía a los tranquilizantes como el Válium. Algunos estados productores trataron de eliminarla al asegurar que estas sustancias estaban controladas tanto en lo interno como en lo externo. El sistema para clasificar las drogas fue cambiado por completo por Estados Unidos: “a menos de que haya pruebas sustanciales de que una sustancia es nociva, debe mantenerse fuera de las regulaciones.” (Sinha, 2001).

Hay dos diferencias notables entre los inventarios. Los tratados anteriores no sólo prohibían las materias primas sino que extendían su control a las sales, los éteres y los isómeros, conocidos en la Convención sobre Psicotrópicos como “derivados”. El resultado fue que todas las sustancias regidas por el tratado debían especificarse con su nombre. En la práctica eso era imposible ya que el 95% de las sustancias que producen las empresas farmacéuticas son derivados. Esta omisión tuvo como fin evitar que nuevas sustancias fueran incluidas automáticamente y fue producto del acuerdo entre los representantes políticos (respaldados por las élites económicas) para que el grupo de países desarrollados firmaran el tratado. El sistema de cálculo del Artículo 19 de la Convención Única obliga a las partes a entregar informes a la INCB sobre la cantidad de sustancias que van a necesitar anualmente. (Sinha, 2001).

McAllister (McAllister, 1992) considera que esta omisión “intentaba beneficiar los intereses de los estados desarrollados, porque sin los estimados es imposible calcular si una o más de una sustancia está siendo fabricada legítimamente.”

Esto llevó a las empresas a producir cantidades ilimitadas de sustancias psicotrópicas sin límites anuales de producción, basados en la demanda lícita. Estas fallas fueron corregidas durante las décadas siguientes a través de los mecanismos internacionales de la DND y la INCB, que le pedían a las partes informes y estadísticas sobre uso de psicotrópicos que no solicitaba la Convención y ante la respuesta positiva de los países orgánicos la DND y la OMS anunciaban cuáles derivados estarían en los inventarios. Algunos gobiernos cumplieron y otros fueron obligados por la presión internacional a hacer lo mismo.” (Sinha, 2001).

En el Artículo 3 de la Convención Única la OMS tiene un papel central para determinar qué nueva droga será anexada al inventario y sometida a control internacional. La recomendación de la OMS llegó a la CND y esta tomó la decisión final. Cualquiera de las partes podía apelarla ante la ECOSOC dentro de 90 días y su decisión era definitiva. En lo que se resuelve la apelación, la CND podía solicitar a las partes establecer medidas de control sobre el narcótico en cuestión. (Sinha, 2001).

Bajo la Convención sobre Psicotrópicos, la OMS continuó haciendo recomendaciones basándose en criterios médicos y científicos, pero el Artículo 2 le recordó a la CND tener en cuenta “cualquier factor, sea económico, social, legal o administrativo que considere relevante” al tomar sus decisiones. Además, el artículo 17(2) declaraba que las resoluciones de la CND estarían sujetas a la aprobación de las dos terceras de sus miembros. La resolución podía apelarse ante la ECOSOC y las partes contaban con hasta 180 días para hacerlo; no era definitiva y podía apelarse continuamente. Mientras se resolvía la controversia el artículo 2(7) le permitía a una de las partes tomar “medidas extraordinarias” para desligarse de las algunas restricciones impuestas por la CND hasta la resolución del conflicto. Las reformas a la Convención sobre Psicotrópicos hacían mucho más difícil para la OMS incluir una droga psicotrópica en la lista de control internacional, que agregar una

droga narcótica a la Convención Única. El criterio para poner una nueva droga bajo control también es distinta entre las dos Convenciones: el Artículo 3 de la Convención Única establece que la sustancia será controlada si “puede causar el mismo nivel de abuso y los mismos efectos perjudiciales como las drogas” incluidas en el inventario que les corresponda. Los requisitos previos del Artículo 2 de la Convención sobre Psicotrópicos son mucho más exigentes: la OMS debe comprobar que la sustancia tiene la capacidad de producir un estado de dependencia y una estimulación o una depresión en el sistema nervioso central que resulte en alucinaciones o perturbaciones en la función motriz, o en el pensamiento o en la percepción o en el ánimo; o que produzca una adicción similar a las sustancias de los Inventarios primero al cuarto y que haya la suficiente evidencia de que la sustancia sea o tenga la capacidad de ser abusada a tal grado que constituya un problema de salud pública y un problema social que asegure su ingreso al control internacional. (Sinha, 2001).

La Convención de Psicotrópicos era más adelantada que el esfuerzo superficial de la Convención Única para atacar el problema de la demanda de drogas. El Artículo 20 de 1971 en verdad desarrolló el concepto de la educación pública y la prevención del abuso en la estructura legal de los controles internacionales. Le recomendaba a las partes “tomar todas las medidas prácticas para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas así como la identificación temprana, el tratamiento, rehabilitación y reintegración social de las personas afectadas, así como coordinar sus esfuerzos para tales fines”. A las partes se les exigía “en la medida de lo posible” el entrenamiento de su personal para llevar a cabo estas tareas y las animaba a estudiar los asuntos germinales sobre el abuso de drogas. (Sinha, 2001).

La legislación penal del Artículo 22 de la Convención sobre Psicotrópicos le permitía a los estados el uso del tratamiento, la educación, el cuidado, la rehabilitación y la reintegración social de los adictos que cometían ilícitos especificados en la Convención. A pesar de que se reconocía la rehabilitación y el tratamiento como pena sustitutiva del encarcelamiento y representaba una alternativa viable, sin duda era mucho más débil que la Convención Única. (Sinha, 2001).

En México la Convención se aprobó en el Senado el 29 de diciembre de 1972; fue promulgada por el ejecutivo el 3 de enero de 1973; y fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de marzo de 1973. México se reservó la aprobación del Artículo 7, fundado en el inciso 4º, Artículo 32 del Convenio sobre Psicotrópicos. (García, 1980, p.80).

El Protocolo que Enmienda la Convención Única de Drogas Narcóticas de 1961

En 1971 Estados Unidos propuso crear un fondo apoyado económicamente por los gobiernos y administrado por Naciones Unidas para combatir el abuso de drogas. El Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas (UNFDAC) inició ese año con dos millones de dólares en donaciones, a pesar de una gran resistencia internacional por la falta de estrategias orientadas a la educación y más enfocado hacia la procuración de justicia y la sustitución de cultivos ilícitos. El dinero se canalizaba a los aliados estadounidenses y a los países donde los Estados Unidos no habían podido detener la producción de opio. Se criticó duramente al Fondo por la gran burocracia que requería para funcionar. Por eso se propuso trasladar a la UNFDAC, de la ECOSOC al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, con mejor experiencia en evaluar las necesidades de los países. (Sinha, 2001).

Esta reforma pretendía fortalecer la Convención Única para expandir los poderes de la INCB con el fin de controlar la producción ilegal del opio y de otras drogas. En el año de 1972 la demanda legal de la sustancia era igual a su oferta y como resultado los países miembros no se arriesgaron a poner en peligro sus reservas. El Artículo 2 del Protocolo define las funciones de la INCB y es explícita en cuanto a la prevención “de los cultivos ilegales, la producción, manufactura, tráfico y uso ilícito de las drogas.” El Artículo 35 le pide a las partes que entreguen información sobre el narcotráfico en sus territorios y otorga la facultad de aconsejar a las partes sobre las políticas aplicadas. Cada vez que dos estados firman tratados de extradición, los delitos contra la salud se incluyen automáticamente gracias a la Convención Única y en contraparte, la Convención de Psicotrópicos en su

Artículo 22 sólo establece que es preferible la violación de sus preceptos en lugar de la extradición.

El Protocolo reformó las normas relativas a la prevención del abuso y las homologó con el Artículo 20 de la Convención sobre Psicotrópicos. Le permitía a los países utilizar “el tratamiento, la educación, el cuidado, la rehabilitación y la reintegración social como alternativas a los castigos y la cárcel”. El documento continuó la tradición prohibitiva, en especial contra el opio, y prolongó la guerra contra el narcotráfico.

Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas

Numerosas iniciativas nacionales y regionales sobre el control de drogas se lanzaron en 1970 y 1980. En Europa, la cooperación del Grupo para Combatir el Abuso de Drogas y el Tráfico Ilícito de Drogas, también conocido como el Grupo Pompidou, fue creado para facilitar las discusiones entre los países. Además, los Directores de las Agencias Nacionales de Procuración de Justicia se reunieron en Asia en 1970, en África, Latinoamérica y Europa en 1980 para mejorar la cooperación policial y de aduanas. La INTERPOL amplió sus operaciones y se convirtió en un importante recolector de información y en el patrocinador de reuniones antidrogas locales, estatales e internacionales. (Sinha, 2001).

Entre algunos miembros de Naciones Unidas hubo preocupación de que los esfuerzos para controlar el narcotráfico fueran inútiles con algunos países que no se adhirieron a las convenciones, por lo que en 1984, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 39/141, que instruyó a la ECOSOC ordenar a la CND la elaboración de un borrador de Convención, considerando “los aspectos del problema como un todo y, en particular, aquellos que no figuran en los instrumentos internacionales existentes,” con el fin de complementar las dos Convenciones principales. (Sinha, 2001).

El borrador del tratado quedó plasmado en la Convención de las Naciones Unidas sobre el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas. Y puso en operación el Enfoque Comprensivo Multidisciplinario de las Actividades Futuras para el Control del Abuso de Drogas (CMO)

para que los países cumplieran las obligaciones de los tratados. La CMO se dirigió a cuatro áreas: Prevención y reducción de la demanda ilícita; control de distribución; terminación del tráfico ilícito; y tratamiento y rehabilitación. Entre el 25 de noviembre y el 20 de diciembre de 1988, los representantes de 106 estados se reunieron en Viena para negociar el texto final y el resultado fue la Convención sobre el Tráfico; un instrumento del derecho penal internacional que se propone homologar la legislación penal y las actividades de los procuradores de justicia a través del mundo, para reducir el narcotráfico mediante el aumento de penas y castigos. Bajo la Convención, a las partes se les exigía adoptar medidas para enfrentar el lavado de dinero, confiscar los bienes de los traficantes, la extradición de estos, la cooperación legal recíproca, la erradicación de los cultivos ilícitos y el control de los compuestos químicos, la compra de materiales y el equipo utilizado para la producción de sustancias controladas. Como en las anteriores Convenciones la CND y la INCB se encargaban de cumplir los mandatos de la Convención. En relación con los delitos menores, la Convención sobre el Tráfico exigía alternativas al encarcelamiento. (Sinha, 2001).

En su introducción definía el tráfico ilícito como “una actividad criminal internacional” y señalaba “los vínculos entre el tráfico ilícito y otras actividades del crimen organizado que ponen en riesgo a las economías legítimas y amenaza la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados.” También aseguraba la “importancia de fortalecer y mejorar los medios legales para la cooperación internacional en los asuntos criminales para eliminar la actividad internacional del tráfico ilícito.” Hay una referencia en la introducción que es acuñada en términos criminológicos: “Deseando eliminar las causas raíces del problema del abuso de las drogas narcóticas y las sustancias psicoactivas, incluyendo la demanda ilícita de tales drogas y sustancias, así como las enormes ganancias que se origina por el tráfico ilícito.” Esto significó que el usuario de drogas también sería considerado como delincuente. La introducción refleja las raíces prohibicionistas y reafirma enfática: “los principios rectores de los tratados pasados en el campo de las drogas narcóticas, las sustancias psicotrópicas y el sistema de control del que emanan.” (Sinha, 2001).

El punto más interesante es el Artículo 3, relativo a “Ofensas y sanciones.” Aquí el tratado hizo algo inusitado al solicitar a las partes que “legislen lo necesario para establecer un nuevo código de delitos relacionados con varios aspectos del narcotráfico para asegurar que dichas actividades se comparen a los delitos graves que establecen las autoridades judiciales de los estados.” Las penas obligatorias establecidas en el artículo 3 incluían:

- La producción, manufactura, distribución o venta de cualquier droga narcótica o sustancia psicotrópica en violación a las normas de la Convención Única o la Convención sobre Psicotrópicos;
- El cultivo de amapola, árbol de coca o planta de cannabis, en violación de las Convenciones citadas;
- La posesión o venta de cualquier droga narcótica o sustancia psicotrópica con el propósito de traficar ilícitamente;
- La manufactura, transportación o distribución de materiales, equipos o sustancias con el propósito de realizar cultivos ilícitos, para la producción o manufactura de drogas narcóticas o sustancias psicotrópicas;
- La organización, manejo o financiamiento para la realización de los crímenes citados. (Sinha, 2001).

Además, el Artículo 3 de la Convención sobre Tráfico requiere que cada parte, sujeta a los principios constitucionales de sus sistemas legales, establezca delitos para la posesión, compra o cultivo de drogas para consumo personal.

La Convención de Viena de 1988

El 14 de diciembre de 1984, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la resolución 39/141, “Declaración sobre la lucha contra el narcotráfico y el uso indebido de drogas”, para que en 1986 el Secretario General mandara un borrador de convención a los estados miembros. México la adoptó el 19 de diciembre de 1988, la firmó el 16 de febrero de 1989 y entró en vigor el 11 de noviembre de 1990. (Sinha, 2001).

El documento reflejaba las preocupaciones de los signatarios con mayor amplitud que en las Convenciones pasadas y consta de un preámbulo y 34 artículos. Tocaba el consumo infantil de drogas, la necesidad de robustecer las medidas penales contra el narcotráfico, la expansión de las causales de extradición, la cooperación internacional en materia de procuración de justicia, las medidas a adoptarse para erradicar los cultivos ilícitos y la demanda para terminar con el consumo no permitido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Uno de los puntos más interesantes de la Convención se refería a la no intervención en los asuntos internos de otros Estados, es decir, la prohibición de que una de las partes actuara como autoridad en los asuntos de un gobierno extranjero.

El sistema de control permanecía similar al de las convenciones de años anteriores, pero presentaba un vago concepto de “estado en tránsito” para referirse a los Estados por los cuales pasan las sustancias prohibidas, sin que fueran considerados productores o consumidores finales. El instrumento internacional pedía adoptar medidas penales en contra de la producción, extracción, preparación, oferta para la venta, corretaje, envío, envío en tránsito, transporte, importación y exportación de cualquier sustancia prohibida por la Convención de 1961.

Luis Díaz Müller (Díaz, 1994) explica que la Convención establecía cuatro tipos de delitos:

1. Conductas relacionadas con el manejo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, donde se señalan 18 tipos: producción, fabricación, extracción, preparación, oferta para la venta, distribución-venta, entrega en cualquier condición, corretaje, envío-tipo, transporte, importación, exportación, cultivo, posesión, adquisición, organización, gestión y financiamiento;

2. Conductas relacionadas con los equipos, materiales o sustancias donde se señalan siete tipos: fabricación, transporte, distribución, posesión, organización, gestión, financiación;
3. Conductas relacionadas con los bienes donde se señalan siete tipos: conversión, transferencia, ocultación, encubrimiento, adquisición, posesión y utilización;
4. Conductas relacionadas con el consumo personal donde se señalan tres tipos: posesión, adquisición y cultivo.

Según Müller, la Convención considera el consumo personal como tráfico ilícito y el artículo respectivo lo considera como delito penal, aunque otorga al consumidor la posibilidad de someterse a medidas de tratamiento como la educación, la rehabilitación o la reinserción social.

En el preámbulo del documento no se analizó las causas (políticas, económicas, sociales y culturales) del fenómeno del consumo de droga, exageró sus riesgos y pidió a las partes considerar al narcotráfico como un delito internacional cuando la flexibilidad de los organismos de Naciones Unidas fuera menguada ante el poder de los grandes carteles del crimen organizado. También era de criticarse la poca atención que el Convenio le prestaba a la reducción de la demanda por medio de la educación.

Conclusiones

Hay tres puntos que hay que remarcar sobre el tema de la sustancias en las Convenciones.

1. La falta de definiciones: Los términos “drogas”, “narcóticos” y “psicotrópicos” no son definidos en las listas de los productos de los inventarios. Significa que cada sustancia, natural o sintética, en la lista de narcóticos es, para los fines del derecho internacional un narcótico; y que un psicotrópico se considera como tal por su inclusión en la lista de psicotrópicos. Lo único que nos dice la Convención de 1961 sobre las sustancias que rige es que dan lugar al abuso. En cambio, la Convención sobre Drogas Psicotrópicas de 1971 revirtió los criterios de clasificación e indica que las sustancias clasificadas pueden causar dependencia, o estimular el sistema nervioso central, o causar depresión y cuyo abuso pueda “constituir un problema de salud pública o un problema social que haga necesario el control internacional.”
2. La naturaleza arbitraria de las clasificaciones: Mientras el cannabis se incluye junto a la heroína y la cocaína, en los Inventarios primero y cuarto de la Convención de 1961 que establece los controles más estrictos, ni siquiera se menciona por su nombre en la Convención de 1971, aunque el THC (el compuesto activo de la marihuana) se enliste como psicotrópico en el primer inventario junto con la mezcalina, el LSD, etcétera. El único criterio se basa en el uso médico o científico, lo que explica por qué los barbitúricos se encuentran en el Inventario III de la Convención de 1971, sujetos a menos regulaciones que los alucinógenos de origen natural. Estas clasificaciones no sólo son arbitrarias, sino inconsistentes con la clasificación farmacológica de la sustancia y el peligro que representa para la sociedad.
3. La peligrosidad de las sustancias: Si hubiera gran preocupación por la salud pública por el daño que causan las drogas uno debe preguntar por qué el tabaco y el alcohol no se encuentran en la lista de sustancias controladas.

El sistema de control internacional de sustancias psicoactivas, más que raíces moralistas o racistas, refleja un régimen que modifica las relaciones geopolíticas entre los países

industrializados, los países subdesarrollados y el tercer mundo. Los controles más estrictos se encuentran sobre las sustancias naturales, como el árbol de coca y la planta del cannabis, que son parte tradicional de las culturas antiguas; mientras que los productos culturales del primer mundo, como el alcohol y el tabaco, fueron ignorados. Las sustancias sintéticas de las industrias farmacéuticas del Norte fueron objeto de regulación y no de prohibición.

Dos factores permiten maniobrar a los estados entre estas leyes estrictas: uno se refiere al hecho de que las Convenciones reconocen la supremacía de las constituciones nacionales, de ahí que los acuerdos internacionales sobre drogas no tienen aplicación directa sobre las leyes federales; para cumplirlos, el Estado debe promulgar una ley en su territorio. En México, esta obligación se encuentra en la Ley General de Salud y el Código Penal Federal. Las convenciones afirman que tales penas deberán ser aplicadas “de acuerdo a las normas constitucionales [de las partes]” o que “consideren lo dispuesto en sus sistemas legales, constituciones o [reglamentos] administrativos.” Otro criterio sugiere que las sanciones por la posesión sólo deben aplicarse en el caso de tráfico, aunque la Convención de 1961 y la interpretación de la Convención de 1988 obliguen a castigar la venta y la compra de cannabis. Algunos países han legalizado de facto la posesión de enervantes para el consumo personal (como Londres, Canadá u Holanda), mientras que otros, como México, mantienen una política relajada con los consumidores de drogas, ya que el Código Penal prevé causales de excepción cuando la posesión se presume es para el inmediato consumo personal o por una única vez, situación que en el cercano plazo parece verse amenazada por las reformas que el presidente Vicente Fox presentó al Poder Legislativo en diciembre de 2003, sobre el tema del ataque al narcomenudeo y que analizaremos en el capítulo relativo a las leyes penales.

Durante todos esos años México ha seguido las políticas judiciales y educativas de cero tolerancia impuestas por Estados Unidos y ahora más que nunca es evidente el nivel de descomposición del tejido social: el poder político está corrompido por el narcotráfico, la clandestinidad de la prohibición y el desbaratamiento del estado bienestar por el neoliberalismo y la globalización ha provocado un marcado aumento en la producción, masificación y distribución de los enervantes. Los índices de consumo en jóvenes y adultos

aumentaron constantemente conforme golpeaban a las familias las crisis económicas sexenales y miles de personas se sumaban al desempleo, el comercio informal o a la venta de drogas para subsistir.

Historia de la guerra contra las drogas en México

Antecedentes constitucionales

Al hacer un recuento de la historia constitucional de nuestro país, se hace evidente que la lucha contra la drogadicción y el narcotráfico inició durante los años de la Revolución Mexicana. Ricardo Pérez Montfort (Pérez, 2000) escribe:

“[El afán prohibicionista]...justificaba la necesidad de un control estatal hacia las drogas respondiendo más bien a los intentos de reordenar las estructuras básicas del país y a la reorientación de los patrones culturales existentes. Dicho afán apelaba sobre todo al paulatino, pero necesario, distanciamiento de aquellos usos culturales que habían determinado la implantación de los intrincados códigos de conducta porfirianos. Se trataba, pues, de una justificación más de los gobiernos revolucionarios en contraste con la ‘decadencia’ del porfiriato tardío.”

En 1916 Venustiano Carranza decretó la prohibición del comercio, la producción y el consumo de estas sustancias en toda la República Mexicana y otorgó al Departamento de Salubridad facultades para importar y distribuir morfina, heroína y cocaína, así como la regulación de enervantes, como la marihuana o el opio que se cultivaban en el país. El Departamento entregaba las concesiones y los registros de las sustancias sujetas a control estatal pero, señala el historiador Pérez Montfort (Pérez, 2000), “el decreto carrancista estuvo muy lejos de aplicarse, siquiera medianamente.”

En los debates del Constituyente de 1917, durante la 50ª Sesión Ordinaria, celebrada la tarde del 19 de enero de 1917, el doctor J. M. Rodríguez introdujo el tema de las drogas en la fracción XVI del Artículo 73. El texto original, *Mensaje y Proyecto de Constitución de Venustiano Carranza*, fechado en la ciudad de Queretaro el 1º de diciembre de 1916, decía:

“Artículo 73 del Proyecto – El Congreso tiene facultad:

(...)

XVI.—Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.” (*Derechos*, 1967, p. 699).

El doctor Rodríguez agregó a la fracción XVI cuatro incisos que le otorgaron poderes ejecutivos al Consejo de Salubridad General. El primero determinaba el control del Consejo de Salubridad General, por parte del Presidente de la República; el segundo facultaba al Departamento de Salubridad a expedir medidas preventivas de emergencia en caso de epidemias o enfermedades exóticas; el tercero revelaba el carácter ejecutivo de la autoridad sanitaria; y el cuarto inciso, que nos atañe, establecía:

“4ª. Las medidas que el Departamento de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.” (*Derechos*, 1967, p. 744).

Su fundamento, un tanto vago y algo racista, consistía en “corregir esta enfermedad de la raza proveniente principalmente del alcoholismo y el envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etcétera.” (*Derechos*, 1967, 744). El legislador urgía adoptar estas medidas para contrarrestar el abuso de estas drogas que ocasionaban una de las mayores mortalidades del mundo y razonaba que la autoridad sanitaria era:

“...la única que puede valorizar los prejuicios enormes ocasionados al país por las consecuencias individuales y colectivas que ocasiona la libertad comercial de todos estos productos; y será también la única que dicte las disposiciones, ya de carácter violento o paulatino, necesarias para ir corrigiendo tan enormes males (...) porque los individuos, por instruidos que sean e inteligentes, que no sean médicos, en

materia médica o de salubridad general, no habrán tenido la preparación suficiente ni los conocimientos sacados del estudio que se haya hecho sobre las consecuencias que en otros países han tenido estos mismos males generales.” (*Derechos*, 1967, p. 745).

En la misma discusión, el señor Pastrana Jaimes se opuso a la propuesta de Rodríguez, alegando la violación de la soberanía estatal por el órgano de salubridad, y propuso la posterior sanción del Ejecutivo, como medida de control:

“Esto es, señores, constituir un departamento con más atribuciones que un Ministerio. (...) ¿No es esto invadir la soberanía de los estados? ¿Con qué facultades se puede intervenir en asuntos de salubridad pública? Yo, señores, estoy perfectamente conforme y admiro al doctor Rodríguez por su aspiración. (...) Es necesario que seamos un poco más prudentes.” (*Derechos*, 1967, p. 750).

El doctor Rodríguez tomó la palabra y respondió con una observación despectiva:

“Se trata de que sea ejecutiva la autoridad sanitaria, porque si no lo es, todas sus disposiciones serán burladas. Las gentes no civilizadas, los pobres, en general, los puercos, como dijo el señor diputado Alonso Romero, tienen horror por la higiene, están perfectamente contentos con su suciedad: se albergan siempre en pocilgas llenas de microorganismos y de miserias humanas, estando expuestos a todas las enfermedades y a todas las degeneraciones.” (*Derechos*, 1967, 751).

El último orador fue el secretario Martí y retrató la falta de interés del Constituyente por analizar las facultades ejecutivas de la autoridad de salud, en especial en materia de drogas:

“El señor Rodríguez nos ha traído una estadística que yo estoy seguro que no llamó la atención, porque como yo estoy al lado pude observar que gran parte de los señores diputados estaban durmiendo y la otra parte leyendo.” (*Derechos*, 1967, p. 754).

La reforma a la fracción XVI fue aprobada 143 votos contra tres y confirió al Consejo de Salubridad General la facultad de regular la venta al público de cualquier sustancia que considerara nociva.

Sergio García Ramírez (García, 1980) opina que la Base Cuarta “confiere al Departamento de Salubridad por una parte, funciones del jefe del ejecutivo, y le asigna por otra, tareas del Congreso de la Unión. Trátese, pues, de la institución de una dictadura en manos de una simple dependencia del Ejecutivo.”

Evolución legislativa sanitaria en materia de estupefacientes

La Ley de Organización Política del Gobierno Federal, del 14 de abril de 1917, establecía la creación del Departamento de Salubridad Pública para regular los puertos, costas y fronteras; imponer medidas contra el alcoholismo, los padecimientos epidémicos, las enfermedades contagiosas; la preparación de sueros y vacunas; la vigilancia sobre el uso y venta de sustancias venenosas; la inspección sobre sustancias alimenticias, drogas; y los congresos sanitarios. Al final, el Departamento de Salubridad (organismo ejecutivo de higiene, con capacidad de subordinar a otras dependencias en cuestiones de salud) y el Consejo de Salubridad General (con facultad para emitir disposiciones y normas de carácter general y obligatorias) fueron los organismos bajo los cuales el gobierno federal cumplía sus encomiendas.

En 1920, según el historiador Pérez Montfort (Pérez, 2000), el secretario general del Departamento de Salubridad Pública, Edmundo G. Aragón, dispuso una serie de limitaciones sobre el comercio de enervantes y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de ese año. El ordenamiento requería que los importadores de opio, morfina, heroína o cocaína obtuvieran una autorización del Departamento, que la venta de estos medicamentos se hiciera en boticas con registros rigurosos de las ventas. Además se prohibía tajantemente el cultivo y el comercio de la marihuana y la adormidera.

El arribo de Adolfo de la Huerta al poder radicalizó las disposiciones al negarle el permiso de operación a las boticas que no contaran con un farmacéuta titulado, acciones que fueron atacadas a través de los tribunales y beneficiaron a las farmacias. Ante la rebeldía de estos negocios el Departamento de Salubridad redactó un nuevo reglamento para expendios de medicinas, en marzo de 1922. Al año siguiente, el Poder Ejecutivo promovió un acuerdo para recompensar a aquellos que denunciaran a los narcotraficantes, otorgándoles el 50% del dinero obtenido por multas o el remate de las sustancias decomisadas. Dicho acuerdo no prosperó ya que no había sido aprobado el reglamento del año anterior y no era claro el tipo penal referente al tráfico de drogas.

En julio del mismo año, el presidente Álvaro Obregón decretó la prohibición absoluta de “las llamadas drogas heroicas, opio y extracto de opio; cocaína, sus sales y derivados; heroína, sus sales y derivados; morfina, sus sales y derivados”. Sólo el Departamento podía importar esas sustancias y consideraba que la infracción del ordenamiento sería equivalente al delito de contrabando, es decir, en contra de las disposiciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El doctor Alfonso Pruneda, encargado del Departamento de Salubridad, se declaró en desacuerdo con estas disposiciones, manifestando que la regulación no era competencia del Ejecutivo, no se incluía la marihuana y la adormidera en el listado de sustancias, y que el darle al Departamento la facultad para importar drogas heroicas implicaba destinarle un presupuesto con el cual no se contaba. Esto, junto con la dificultad para detectar los puntos de contrabando (por la falta de personal y aduanas seguras) acabó con las posibilidades de que el decreto prosperara.

En enero de 1925, el presidente Plutarco Elías Calles derogó el ordenamiento y lo sustituyó con otro que reflejaba las críticas de Pruneda de 1923. En vez de otorgarle el monopolio de la importación al Departamento, éste sólo regularía los permisos para obtener las sustancias y prohibiría por completo la importación del opio preparado para fumar, la marihuana, la heroína y sus sales y derivados. Además, fijó un porcentaje máximo de los drogas que podían formar parte de otros medicamentos, que no necesitaban permiso de exportación pero sí un registro aduanal, dado con anticipación por la autoridad en seis de sus aduanas. Se dio al Departamento de Salubridad la facultad de ampliar los preceptos y reglamentar en materia de enervantes.

Fue este año cuando coincidió el rechazo del país a los chinos y el aumento de los reglamentos prohibicionistas. Los medios iniciaron una campaña racista de linchamiento contra estos inmigrantes y sus costumbres de consumo de opio; se le atribuía cualidades destructivas del orden público y la sociedad.

Entre 1927 y 1931 diversos organismos participaron en la elaboración del Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 y el Código Penal de 1929 para controlar la producción, consumo y venta de enervantes. Es decir, comenzaron a establecer las bases de los llamados “delitos contra la salud.” Al respecto, Pérez Montfont (Pérez, 2000) opina que “mientras los proyectos provenientes de la Secretaría de Gobernación destilaban un afán coercitivo, las observaciones del Departamento de Salubridad tenían más a un entendimiento del fenómeno.” Si Gobernación identificaba como una sola la embriaguez y la toxicomanía, Salubridad consideraba a la primera un estado momentáneo y a la segunda, una verdadera enfermedad; de ahí que la toxicomanía no fuera incluida en el Código de 1929.

En 1930 fue suscrito el primer convenio de cooperación entre los gobiernos mexicano y estadounidense en materia de enervantes.

Ese mismo año, durante los meses de mayo y junio, el Departamento de Salubridad revisó el Reglamento de Toxicomanía para actualizar la definición de “sustancias enervantes”, revisar la composición química, los nombres científicos, los principales derivados del opio, la hoja de coca y el cannabis. Agregó a la lista de drogas prohibidas el peyote y el mate ilex, consideradas plantas mágicas que utilizan algunas tribus indígenas de nuestro país.

El presidente Pascual Ortiz Rubio expidió el Reglamento Federal de Toxicómanos el 22 de septiembre de 1931. La redacción era ambigua en el trato a los consumidores crónicos ya que los consideraba una mezcla entre enfermo y delincuente, mientras que la toxicomanía era considerada una epidemia. En los artículos Sexto y Séptimo se establecía la obligación para toda persona de avisar a las autoridades sanitarias cuando conocieran algún caso, confirmado o sospechoso, de drogadicción. El ordenamiento determinaba la organización y las condiciones operativas de los centros de tratamiento e imponía una serie de multas a los médicos que lo infringieran. (Pérez. 2000)

El doctor Leopoldo Salazar Viniegra

Como se tocó en el apartado de *Antecedentes históricos internacionales sobre la Guerra contra las Drogas*, a finales de la década de los treinta aparece en el Departamento de Salubridad esta controvertida figura, que proponía como única manera de parar el tráfico de drogas que el Estado creara un monopolio para la venta de los fármacos prohibidos, que la venta debía ser a precio de costo para combatir la clandestinidad; también proponía la realización de campañas educativas preventivas y la fundación de hospitales especializados en adicciones. El esquema de control implicaba que el adicto solicitara la droga a la autoridad (en este caso un médico del Departamento de Salubridad), la cual determinaría a través de un examen físico la necesidad y la cantidad, para entregar posteriormente un certificado con un número que correspondería al archivo del adicto (previamente inscrito en un registro) en el Departamento. Con el documento y su receta el individuo podría obtener la sustancia en la farmacia, droguería o dispensario médico del gobierno. Una copia del certificado permanecería en el establecimiento de venta y otra sería enviada a las oficinas del doctor Salazar Viniegra. Estas ideas le ganaron el mote de “el Pasteur de México”. (Astorga, 2003, p. 208)

Las presiones de los estadounidenses para remover a Viniegra fueron intensas. De ahí que buscaran la reinstalación del anterior director del organismo, el ingeniero Luis G. Franco, afín a las ideas de nuestros vecinos del Norte. Luis Astorga explica:

“El jefe de éste [agente antidrogas Creighton] Thos. J. Gorman, con base en los informes de sus colegas, los cuales insistían en señalar la incapacidad del doctor Salazar para el puesto que ocupaba y el peligro que representaba su permanencia para Estados Unidos, coincidió en la necesidad de reinstalar al ingeniero Franco. Aparentemente, el doctor José Siurob, jefe del Departamento del Distrito Federal y ex titular de Salubridad, era el encargado de convencer al presidente Lázaro Cárdenas para nombrar a Franco, que trabajaba para Siurob. Gorman deseaba que el consulado de Estados Unidos en México investigara al respecto. También que esa misma oficina hiciera saber al gobierno mexicano

que al de Estados Unidos le gustaría tener la certeza y mantenimiento en México de una política antidrogas fuerte y consistente.” (Astorga, 2003, p. 204)

La gota que derramó el vaso fue la propuesta de Salazar para la elaboración de un nuevo Código Sanitario, cuya copia fue remitida por el ingeniero Franco al agente Creighton para que hiciera observaciones y críticas a la legislación. El funcionario estadounidense señaló que su país sólo tenía un derecho moral para oponerse a las leyes internas de México; sin embargo, consideraba ideas peligrosas las propuestas del galeno. Similares opiniones expresaban otros agentes antidrogas que vigilaban el combate al narcotráfico que realizaba en nuestras tierras. Al mismo tiempo, la prensa y la comunidad médica iniciaron una campaña de desprestigio contra Salazar, lo que llevó al cónsul James B. Stewart a sugerirle al secretario de Estado de su país que “el ridículo era sin duda la mejor arma para combatir las peligrosas teorías del doctor Salazar.” (Astorga, 2003, p. 209)

Stewart y Salazar tuvieron enfrentamientos constantes, por ejemplo, cuando este último le pidió a la PGR que no tratara a los drogadictos como criminales; consideraba que las autoridades de salud debían actuar con criterios médicos y sociales y no policíacos.

Luis Astorga profundiza:

“En el Reglamento el Departamento de Salubridad fue autorizado para fijar los procedimientos de tratamiento a los toxicómanos, considerados como tales todos aquellos individuos que con fines terapéuticos fuesen usuarios habituales de alguna de las drogas señaladas en el artículo 406 del Código Sanitario. Los médicos cirujanos con título registrado podrían prescribir drogas narcóticas en dosis superiores a las señaladas en la Farmacopea, según autorización discrecional del D.S. Los médicos tendrían que utilizar formularios especiales proporcionados por la Oficina de la Campaña contra las Toxicomanías y asegurarse de la identidad del paciente. Los farmacéuticos fueron también autorizados para vender dosis mayores según las prescripciones médicas. El DS crearía dispensarios, con médicos particulares, o en el Hospital para Toxicómanos. Entre las funciones de los dispensarios estaban las de llevar un registro de pacientes, proveer el

fármaco prescrito, cuyo importe debería ser pagado por el paciente, y administrarle a éste lo prescrito cuando lo pidiera y así lo determinara el médico del dispensario. En los dispensarios no se cobrarían honorarios médicos. El internamiento en hospitales del DS o en sanatorios particulares dependería de las indicaciones del médico tratante. En el primer caso se necesitaría la autorización de la Oficina de Toxicomanías; en el segundo, habría la obligación de informar a esa misma dependencia. Un artículo transitorio establecía que en el presupuesto del DS se indicarían las partidas para la creación y el mantenimiento de hospitales, dispensarios y para la adquisición de las drogas que habría de proporcionar a los pacientes toxicómanos.” (Astorga, 2003, p. 219)

A finales de 1939, después de una estancia en Ginebra, Salazar fue obligado a renunciar y el cargo fue ocupado por el doctor y general Heberto Alcázar, que expidió el 5 de enero de 1940 (con el apoyo del presidente Cárdenas), un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías (D.O.F., 17 de febrero de 1940), con las ideas e influencias de Viniegra. Los estadounidenses se pusieron en alerta y alegaron que el plan mexicano implicaba la reversión de políticas represivas de casi tres décadas, además estaba en contra de las leyes de importación y exportación de drogas narcóticas de Estados Unidos (26 de mayo de 1922), que le prohibían exportar esas drogas a países que no demostraran al comisionado de Narcóticos que tales sustancias serían empleadas exclusivamente con fines médicos y legítimos en el país importador. Anslinger fijaba las bases para un eventual embargo de opio a México. (Astorga, 2003, p. 220)

La presión fue efectiva: en una segunda reunión Siurob aceptó que la nueva legislación sanitaria era totalmente errónea y que Estados Unidos era el ejemplo a seguir; prometió hablar con el presidente Cárdenas para suspender el reglamento y no harían una declaración formal a los medios para evitar críticas y ridículos. El funcionario del Departamento del Tesoro, Stuart Fuller, recomendó a Siurob que diera aviso de los cambios en la ley a la Oficina Central Permanente del Opio en Ginebra para que esta comenzara a realizar los estimados de drogas que requería México. Mientras tanto, Harry J. Anslinger le comunicó que el embargo sería levantado cuando el país aprobara la suspensión del documento. Esto sucedió el 3 de julio de 1940 cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el

“Decreto que suspende la vigencia del Reglamento Federal de Toxicomanía.” La suspensión fue por tiempo indefinido y fue reemplazado por el reglamento del 23 de septiembre de 1931. (Astorga, 2003, p. 225)

Con la justificación de la guerra, México tenía que adquirir drogas importadas de Gran Bretaña, Francia, Suiza y Holanda que pasaban obligadamente por Estados Unidos, ya que no estaba autorizado por la Liga de las Naciones para fabricar sus propios fármacos derivados de las plantas que se cultivaban en el país. El gobierno de México copió desde entonces el modelo norteamericano de combate a las drogas.

El Código Sanitario 1973

El cuadro general del Código abarca el régimen de prevención, tratamiento de farmacodependientes, sobre la producción y manejo de estupefacientes y psicotrópicos, sanciones y medidas de seguridad administrativas, tipos y sanciones penales. En cuanto a la prevención, los Artículos 37, 147 y 359 prohibían la propaganda que invitara al uso de drogas; incluía un programa nacional de prevención y la prohibición a los extranjeros adictos a las drogas de que ingresaran al país. Las medidas punitivas se encontraban en los Artículos 37, 147, 505 (reformado en 1974), 359 y 361. (García, 1980).

La Ley General de Salud de 1984

La Ley General de Salud fue reglamentada dentro del Artículo 4º Constitucional y su objetivo es definir y reglamentar el derecho a la protección de la salud, establecer las bases jurídicas para acceder a dicho derecho, hacer más eficiente la participación de los sectores público y privado, y asentar las bases operativas del Sistema Nacional de Salud. Fue expedida por decreto del 30 de diciembre de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y entró en vigor el 1º de julio. No define lo que debe entenderse por “estupefacientes” o psicotrópicos pero establece las sustancias que deben considerarse como tales, dividiéndolas en dos grupos con dichos nombres, respectivamente.

La lista de sustancias de los estupefacientes está comprendida en el artículo 234 y de los psicotrópicos en el 244. Sin embargo, hay dos diferencias sustanciales entre las medidas de control de ambas clasificaciones. Para los estupefacientes existe una prohibición generalizada (artículo 234) y para drogas como la cocaína, la heroína, adormidera, opio y marihuana, hay una prohibición absoluta. Yáñez Campero (Yáñez, 2000) considera que el elemento central de la prohibición absoluta “es la dependencia que puede ocasionar algún medicamento, en tal caso, será considerado como psicotrópico.” Además los requisitos de compra dictaminan que los establecimientos “recogerán invariablemente” la receta y que los tratamientos no deberán exceder los 30 días y tendrán fines exclusivamente médicos o científicos.

En cambio, el artículo 245 divide en cinco grupos de control a los psicotrópicos:

- El grupo I contiene a las sustancias con valor terapéutico escaso o nulo, pero que son susceptibles de uso indebido o abuso y representan un problema grave para la salud pública.
- El grupo II aglutina las sustancias con algún valor terapéutico que son un problema grave en la salud pública.
- El grupo III reúne a las drogas con valor terapéutico y cuyo uso sea un problema en la sociedad.
- El grupo IV incluye a sustancias con amplios usos terapéuticos y que son un problema menor de salud pública, y;
- El grupo V que contiene el listado de sustancias utilizadas en la industria, que no tienen valor terapéutico y que serán reguladas por los reglamentos correspondientes.

Existe una prohibición absoluta (artículo 248) para las drogas del primer grupo, similar a la establecida para los estupefacientes y con las mismas restricciones para la investigación médica o científica (artículo 249). Para el segundo grupo, extrañamente, la ley remite a las disposiciones del Título Quinto, es decir, considerará a estas sustancias como enervantes. Para el tercer grupo el ordenamiento indica que para su adquisición sólo bastará la receta

médica correspondiente, la cual deberá ser surtida una sola vez y retenida por el encargado de la farmacia (no se habla de una retención invariable). Finalmente, para el cuarto grupo la ley ordena que la receta podrá ser surtida hasta tres veces, con una vigencia de seis meses y sin la retención del documento.

Evolución legislativa penal en materia de estupefacientes

El Código Penal Federal de 1912, según la explicación de Roberto Reynoso Dávila (Reynoso, 1992, p. 117), no tomaba en cuenta la drogadicción del delincuente, pero sí estipulaba la “reclusión preventiva de alcohólicos y otras medidas represivas al alcoholismo”. Mientras que el Código de 1929 “declara delincuentes a los locos, a los menores, a los alcohólicos y a los toxicómanos”; el jurista sonoreense explica que esta declaración era necesaria para que la autoridad pudiera restringir constitucionalmente los derechos patrimoniales o de libertad, para que no dé a lugar un juicio de amparo por violación de garantías.

Código Penal Federal vigente, de 1931

La sanción por las actividades relacionadas con las drogas tiene sustento en los Artículos 193 al 199 del Código Penal Federal y han sido reformados en 1940, 1947, 1968 y 1974. El tratadista Sergio García Ramírez considera:

“El Artículo 193 del Código Penal no relaciona los estupefacientes, sino remite, para localizarlos, a dos órdenes de mandamientos: a) nacionales, que son la Ley General de Salud, los reglamentos y demás disposiciones vigentes o que en lo sucesivo se expidan en los términos de la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y; b) internacionales, constituidos por los convenios o tratados que México haya concertado o celebre en lo futuro. En cuanto se produce esta remisión a leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y tratados, y dado que, por otra parte, en los tipos penales constantemente se hace referencia a actos realizados infringiendo las leyes o normas sanitarias (...) nos hallamos en presencia de leyes penales en blanco.” (García, 1980, p.26).

Estas remiten a otra ley, o la misma instancia legislativa en la que el complemento corresponde a otra instancia legalmente distinta a la autoridad.

Es decir, la ley nacional clasifica los actos relacionados con estupefacientes en dos especies: a) aquellos autorizados sólo por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que deben ajustarse a la regulación sanitaria y; b) aquellos de los que se determina que no tienen un beneficio médico o cuyo uso acarrea un peligro grave e inútil. Sin embargo, los únicos actos permitidos eran los de investigación médica o científica por las entidades y personal del sector público federal.

La enumeración de estupefacientes está comprendida en el Artículo 234 de la Ley General de Salud, el Protocolo que Enmienda la Convención Única de 1961 y la Convención Sobre Sustancias Psicotrópicas.

Reforma de 1947

De acuerdo a Celestino Porte, el 12 de noviembre de 1947 se reformó el Artículo 193 del Código Penal Federal (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de noviembre del mismo año), cuyo texto disponía:

“Artículo 193.- Para los efectos de este capítulo se consideran drogas enervantes las que determinen el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, los reglamentos y demás disposiciones vigentes, o en lo sucesivo se expidan en los términos de la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución General de la República, así como las que señalen los convenios iniciales que México haya celebrado o en lo futuro celebre.” (Porte, 1965, p. 71)

En la misma fecha también se reformó el Artículo 194:

“Artículo 194.- Se impondrá prisión de uno a seis años y multa de cien a diez mil pesos:

I. Al que comercie, elabore, posea, compre, enajene, ministre gratuitamente o, en general, efectúe cualquier acto de adquisición, suministro o tráfico de drogas

enervantes sin llenar los requisitos que para el caso fijen las leyes y demás disposiciones sanitarias a que se refiere el artículo 193.

II. Al que infringiendo las leyes o disposiciones sanitarias a que se refiere el artículo 193, siembre, comercie, cultive, posea, compre, enajene, suministre gratuitamente o, en general, realice cualquier acto de adquisición, suministro o tráfico de semillas o plantas que tengan el carácter de drogas enervantes.

III. Al que lleve a cabo cualquiera de los actos enumerados en las fracciones anteriores, con opio crudo o “cocinado” o preparado para fumar, o con sustancias preparadas para un vicio de los que envenenan al individuo o degeneran la raza, que haya sido motivo de declaración expresa por convenios internacionales, leyes o disposiciones sanitarias y,

IV. Al que realice actos de provocación general, o al que, ilícitamente induzca o auxilie a otra persona, para el uso de drogas enervantes o de semillas o plantas que tengan ese carácter. (Porte, 1965, p. 72)

Reforma de 1968

Al relacionar el desarrollo de las convenciones internacionales y la legislación represiva en materia de enervantes, los códigos federales y estatales aumentaban las penas, establecían nuevos tipos y causales delictivos. A la prisión se le añade la multa, la inhabilitación, la suspensión de las actividades del establecimiento y el decomiso o pérdida de los instrumentos del delito y la reclusión del toxicómano.

La iniciativa “express” corrió a cargo del Presidente de la República el 25 de noviembre de 1967 y sus objetivos consistían en endurecer las penas por los delitos de narcotráfico y en especial en eliminar la libertad caucional o preparatoria que hasta entonces favorecía a los detenidos. En la exposición de motivos se argumentó que los cambios legales

respondían a la nueva situación de México como “país de paso” de enervantes, pero no de psicotrópicos, ya que fueron regulados hasta 1974.

Según García Ramírez (Ramírez, 1980, p.66), en el debate del 27 de diciembre “apenas si se hizo mención en esa oportunidad del problema de los estupefacientes”, y la atención se centró en el pandillerismo. La reforma fue aprobada por 165 votos. El 29 de diciembre fue turnada a la Segunda Comisión de Justicia de la Cámara de Senadores y fue aprobada por unanimidad de 51 votos el mismo día. Su mayor defecto residía en el tratamiento de los toxicómanos, ya que ordenaba su remisión al centro de rehabilitación respectivo; desgraciadamente, fuera del Centro Médico de los Reclusorios del Distrito Federal y algunas instituciones encargadas de la readaptación de menores, el país no contaba con centros especializados en farmacodependencia.

Reforma de 1974

Para José Ovalle Fabela los cambios legales introducidos en 1974 “pretendían la sistematización de las disposiciones aplicables a las conductas delictivas en materia de estupefacientes y psicotrópicos, el incremento de algunas de las penas y una mejor regulación del decomiso y del procedimiento para toxicómanos.” (Ovalle, 1975, p.39).

La disposición liberal del Artículo 195 requiere que las conductas agrupadas en esta categoría deben quedar sin castigo:

"Artículo 195.- No se procederá en contra de quien, no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal".

Por su parte el Artículo 199 del mismo código establece:

“Al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicará pena alguna”.

Pero los artículos 524 y 526 del Código Federal de Procedimientos Penales enrarecieron el espíritu de la reforma al establecer "cuando la cantidad tenida es mayor que la necesaria para el propio consumo ha de consignarse al farmacodependiente sin perjuicio del tratamiento médico que le corresponda." Según García Ramírez, estos artículos crearon un problema ya que si el Artículo 24, tercer inciso del Código Penal contiene ya la medida de seguridad de la reclusión, es complicado saber si prisión (pena) y reclusión (medida) corren juntas o separadas, si son sucesivas o se confunden.

El razonamiento del no castigo al consumidor de drogas reside en que el individuo sólo se causa daño a sí mismo y no lastima un bien ajeno o un derecho jurídicamente protegido. En *Injustificabilidad de la prohibición legal de las drogas* (Tesis, ITAM, México, 1996), Muñoz Nava demuestra que la legislación penal en materia de delitos contra la salud presenta serias dificultades desde el punto de vista dogmático, ya que:

1. No está claro cómo es que los elementos que configuran el tipo penal del tráfico de drogas constituyen una puesta en peligro de la salud como bien jurídico en cuestión.
2. El delito de tráfico de drogas puede caracterizarse como un "delito de peligro abstracto", tipo fuertemente criticado por ser incompatible con los principios de culpabilidad y bien jurídico, pero aún aceptando su viabilidad, la confusión respecto al peligro efectivo que las drogas constituyen para el bien jurídico protegido, la salud, representa una grave dificultad para la aplicación de la pena.
3. La posesión de sustancias ilícitas es una conducta que por sí misma no constituye ni una lesión, ni una puesta en peligro del bien tutelado. Este es un tipo penal de los llamados "de autor" en el cual no está en realidad prohibiéndose una acción sino una personalidad.

Reformas recientes

El gobierno del presidente Vicente Fox presentó una iniciativa de ley entre diciembre de 2003 y enero de 2004 para permitir la concurrencia local en la persecución del narcotráfico, en especial el delito tipificado como “narcomenudeo”. La legislación contemplaba un enfoque represivo a los delitos de posesión de enervantes en la vía pública y facultaba a las policías a efectuar revisiones corporales indiscriminadas con este pretexto. La reforma al artículo 73 constitucional para permitir la concurrencia local en materias de jurisdicción federal fue aprobada por el Senado de la República el 4 de agosto de 2004. Sin embargo, la propuesta de persecución a los consumidores y la ampliación de poderes policiales fueron frenados por dicha legislatura ante la andanada de críticas de los sectores especializados. Para marzo de 2005 se optó por diseñar las Unidades Mixtas de Atención al Narcomenudeo (UMAN), que operaron por primera vez en la Ciudad de México con agentes del Ministerio Público Federal, de la Agencia Federal de Investigaciones y personal de la Procuraduría General de Justicia local. Estos grupos mixtos tienen como objetivo prevenir, combatir y abatir el consumo y el procesamiento, tráfico y comercialización de drogas al menudeo, así como sus delitos conexos, como lavado de dinero y tráfico de armas.

El 28 de junio de 2005 se aprobaron nuevas modificaciones constitucionales al artículo 73, en esta ocasión para entregar a los gobiernos de los estados atribuciones para perseguir y sancionar los delitos de narcotráfico, cuando los mismos estén vinculados al narcomenudeo. En el dictamen se explica que las autoridades estatales podrán realizar la prevención, investigación, persecución y sanción del comercio, suministro o posesión ilícita de estupefacientes y/o sustancias psicotrópicas, cuando las condiciones de las mismas determinen que es para su directa distribución en dosis individuales.

El 25 de abril de 2006 las comisiones unidas de Justicia, Salud, Seguridad Social y Estudios Legislativos de la Cámara de Senadores apoyaron el “Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud; del Código Penal Federal; y del Código Federal de Procedimientos Penales”. En dicho ordenamiento, los legisladores dieron un giro radical a las propuestas prohibicionistas de años anteriores proponiendo, en

los hechos, la despenalización de la posesión personal de drogas, fijando cantidades máximas para la portación. Se contempló no proceder penalmente en contra de:

1. Personas que posean narcóticos controlados cuando estos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder;
2. Farmacodependientes o consumidores detenidos en posesión de narcóticos siempre que se trate para su consumo personal.
3. Las personas que consuman narcóticos cuando se realicen ceremonias, usos y costumbres de los pueblos indígenas.

La nueva ley autorizaba la posesión de cinco gramos de opio preparado para fumar, 25 miligramos de heroína, cinco gramos de cannabis o marihuana, 500 miligramos de cocaína, .15 miligramos de LSD, 200 miligramos de ecstasy, un gramo de mezcalina, un kilogramo de peyote y 200 gramos de plantas psicodélicas, 100 gramos de anfetamina y 200 de metanfetamina. La autoridad estaba obligada a informar del adicto o consumidor a las autoridades de salud para su rehabilitación. El decreto fue aprobado el 27 de abril de 2006. Se debe señalar que en una primera fase el poder ejecutivo federal se mostró dispuesto a apoyar la legislación, no obstante, por la presión de grupos sociales y en especial del gobierno de los Estados Unidos, el presidente Vicente Fox reviró y se negó a promulgar la ley, regresándola con observaciones para que “el Congreso de la Unión realice las correcciones necesarias para que sea absolutamente claro que en nuestro país la posesión de droga y su consumo, son y seguirán siendo delitos.”

En el mes de febrero de 2007 se volvió a discutir la aprobación de una nueva ley contra el narcomenudeo. En esta ocasión los representantes populares decidieron reducir la cantidad de sustancias susceptibles de ser poseídas por los consumidores sin sanción. De los cinco gramos de marihuana propuestos en 2006 a dos gramos solamente; de 100 miligramos de anfetamina a 40, etcétera. También se decidió que el adicto sería susceptible de no recibir sanciones penales por una única ocasión; en caso de reincidir la ley lo

sancionaría con penas corporales. El 24 de abril la iniciativa fue aprobada en comisiones y falta su aprobación en el pleno.

Conclusiones

Tanto la Ley General de Salud como el Código Penal Federal son los ordenamientos legales que rigen el control interno de las sustancias ilegales en el país y en ellos se contemplan los niveles de clasificación de las sustancias para su venta (o su prohibición) al público, las penas corporales, las sanciones económicas y administrativas que sufren aquellos que trafican, poseen, elaboran, distribuyen, adquieren, vendan, siembran, cultivan o suministran gratuitamente drogas y las excepciones de las que gozan tanto los consumidores y los farmacodependientes. Hasta el momento tales medidas no han evitado la reducción del consumo de sustancias ilícitas, ni la disponibilidad de éstas; por el contrario, según la experiencia más reciente de los estadounidenses (de nuevo es necesario realizar investigaciones regionales al respecto) en un estudio del año 2003, *Drug enforcement and crime: recent evidence from New York State* (Shepard, Backley, 2003), parece demostrar cómo la agresividad de las políticas represivas son un factor para el crecimiento de los índices delictivos que se pretenden atacar:

“La procuración de justicia en materia de drogas se justifica comúnmente por ser una herramienta efectiva para reducir o controlar los crímenes relacionados con las drogas. Sin embargo, hay estudios anteriores realizados por economistas que sugieren que el aplicar las leyes antidrogas podría ayudar a aumentar, en vez de disminuir el crimen.

(...)

“Los aumentos considerables en los gastos de procuración de justicia contra los crímenes relacionados con las drogas han hecho difícil alcanzar metas alternativas en el sector público, y los fondos que disminuyen durante las recesiones ayudan a intensificar la atención puesta en las opciones presupuestales de todos los niveles de gobierno. Es imperativo que los encargados de elaborar las políticas públicas tengan información sobre la efectividad y el costo de las diferentes estrategias para reducir lo comportamientos dañinos asociados a la actividad de las drogas. (...) Los

resultados empíricos de este estudio contrastan fuertemente con el punto de vista tradicional. Los resultados sugieren que una vez controlados los efectos que determinan otros tipos de crímenes, la procuración de justicia se asocia positiva (y significativamente) con altos niveles de delitos violentos y daños a las propiedades. Nuestros resultados son consistentes con los hallazgos de varios economistas como Miron, Rasmussen y Benson, así como otros citados en este informe. Parecen ser comunes los errores de inferir una causalidad mediante simples conexiones entre el crimen y las drogas. El crimen depende de muchos factores, incluyendo las oportunidades para cometerlo, la efectividad de la procuración de justicia, las condiciones económicas y las características de los mercados criminales regionales.

(...)

“Los resultados que están en mayor conflicto con el punto de vista tradicional sobre la procuración de la ley se refieren a la manufactura, venta y posesión de drogas “más duras”, aparte de la mariguana. Los aumentos *per capita* en las consignación por la elaboración y venta de las llamadas “drogas duras” se acompañan de mayores porcentajes de denuncias sobre todo tipo de crímenes violentos o en contra de las propiedades [de los ciudadanos] que se evaluaron anteriormente [asaltos agravados, asesinatos, robos, allanamientos de morada y hurtos]. El aumento en los arrestos por posesión [de drogas] se asocia con los crímenes económicos primarios como el robo con violencia, el robo a casas habitación y los robos simples. Estos resultados son consistentes con la visión de que los crímenes no relacionados con las drogas tienden a aumentar porque los usuarios deben financiar sus compras a mayores precios cuando las reservas son escasas; los vendedores buscan otro tipo de crímenes cuando el riesgo de ser arrestados aumenta; y los limitados recursos de la policía son desviados de los crímenes considerados graves [secuestros, homicidios, violaciones], al otorgar una alta prioridad a los arrestos relacionados con las drogas. Finalmente, clasificar a la mariguana dentro de otro mercado separado parece apropiado ya que los arrestos por la producción y venta de la hierba sólo tienen impacto sobre los robos simples. Como se menciona anteriormente, los precios más

altos que enfrentan los usuarios y el mayor riesgo de enfrentar el arresto de los vendedores puede motivar tanto a clientes como proveedores a cometer otros tipos de crímenes.”

El gran inconveniente del actual sistema bajo el que opera el gobierno es que privilegia (gracias a las convenciones internacionales) la persecución del consumidor o del adicto y del pequeño vendedor, para remitirlo a una autoridad judicial (muchas veces corrupta) que posteriormente se encarga de evaluarlo y decidir su destino sin analizar las motivaciones socio-económicas que lo llevaron a cometer el ilícito y, muchas veces, sin brindarle el tratamiento o la asesoría adecuada. El ciclo vicioso se repite sin cesar y en tanto no sea reformado el sistema penal actual, sólo resta abogar por la elaboración de un plan educativo de escala nacional para atender los orígenes y los efectos del consumo de drogas en la sociedad.

La segunda parte de esta investigación se propone desentrañar el funcionamiento de la actual política educativa del gobierno federal para la prevención de la farmacodependencia.

SEGUNDA PARTE

Introducción

El problema de las drogas y los jóvenes en México

El consumo de sustancias ilícitas en el mundo y en nuestro país no es novedoso. Durante gran parte del siglo XIX este fenómeno se presentó principalmente en las subculturas marginadas de la periferia de los grandes centros urbanos, como el Distrito Federal, bajo el estigma constante de la delincuencia, la vida fácil, la prostitución que imponía la nota roja y la cultura popular. (García, V.J. 2003).

Esto no evitó que desde la década de los sesentas el problema cobrara dimensiones preocupantes en la sociedad, en especial sobre la juventud, y que los setentas viera el nacimiento de los grandes cárteles del narcotráfico.

Las acciones del gobierno mexicano han sido débiles. Por un lado, el combate al narco sigue estando caracterizado por la corrupción de las autoridades; por el otro, la investigación científica del país avanza con pasos lentos, principalmente por falta de recursos y apoyos para atender la tormentosa relación de las drogas con la sociedad. Los primeros estudios realizados sobre la población estudiantil datan del año 1976. (CONADIC, 2002, p. 125)

En el estado de Sonora los esfuerzos más importantes los realiza el municipio, principalmente con la implementación, en las principales ciudades de Sonora (Hermosillo, Obregón) y en las ciudades fronterizas (San Luis Río Colorado, Nogales, Agua Prieta), del programa D.A.R.E. (Educación para Resistir el Abuso de Drogas), a la población de primaria y secundaria de las escuelas públicas. También destacan las actividades realizadas por el gobierno del estado, a través de la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría de Salud.

Ante esta perspectiva, se requiere hacer un balance de los resultados de éxito y fracaso en los programas implementados sobre la población juvenil en las últimas décadas.

Esto significa cambiar la perspectiva para atacar ciertos problemas mediante soluciones vanguardistas, innovadoras y, principalmente, multidisciplinarias. El diseño de una política educativa y de salubridad requiere de la colaboración de los sectores institucionales (médicos, educadores, políticos, medios de comunicación) con la sociedad organizada (ONG's, estudiantes, académicos universitarios) para enfrentar el narcotráfico y atender a los farmacodependientes con efectividad. Hasta el momento la única opción plausible en el futuro de la prevención del consumo de enervantes ha sido el aumento de las medidas judiciales, la militarización de los órganos de procuración de justicia, en detrimento de las garantías individuales de los ciudadanos de nuestro país.

Adolescentes: el vínculo entre las drogas, la sexualidad y el SIDA.

La influencia positiva de una educación abierta incluye estos tres polémicos temas en un programa de estudios y es crucial para detener el avance de viejas y nuevas enfermedades sociales.

Existe una estrecha conexión entre los adolescentes, las drogas y el sexo. Como la conocida (IHRD, 2001, p. 12) epidemia de VIH/SIDA que desataron los jóvenes sexoservidores, consumidores de heroína, en los países de Europa del Este. En Temirtau, Kazajstán, de 32,000 jóvenes que integran la población, se estima en 3,000 que son usuarios de drogas intravenosas o U.D.I.. Argentina enfrenta una crisis similar; el 40% de los contagios se deben a este grupo marginal. Paralelamente, la región norte de México presenta un importante crecimiento en el número de infecciones por U.D.I.s, de acuerdo a un informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2002, pp. 23-25).

Jany Rademakers (Rademakers, J., 1997), del Instituto Holandés de Investigación Sexual y Social, explica el papel crucial de esta educación para prevenir males mayores: el desarrollo sexual adolescente favorece la formación de actitudes y hace al joven vulnerable a la manipulación de los mensajes educativos; oportunidad que los padres y los educadores monopolizan, de dos formas distintas, para inculcar sus valores. Una enseña a posponer

(decir “no”) la primer relación sexual hasta el matrimonio o hasta la mayoría de edad; otra considera inevitable y normal la experimentación del sexo, promueve el comportamiento responsable y advierte los riesgos, como los embarazos no deseados o el SIDA.

El objetivo de una sexualidad sana es eliminar la culpabilidad, la vergüenza y el promover la discusión de temas controversiales con mayor libertad.

Rademakers

concluye:

“...una actitud liberada y abierta hacia el sexo ha demostrado estar relacionada con una mejor distribución y asimilación de información sobre la contracepción, el sexo sano, (...) menos embarazos adolescentes y menos abortos.”

La reducción de riesgos en la sexualidad, en vez de optar por el simple abstencionismo, demuestra que es posible romper el paradigma hermético de la educación conservadora; coloca frente a nosotros un gran abanico de posibilidades para educar a las nuevas generaciones, al promover la difusión de información confiable, científica y objetiva sobre muchas patologías contemporáneas. En el terreno de la farmacodependencia la información al individuo, sobre las sustancias que ocasionan las adicciones y los factores sociales que las rigen, van de la mano con la educación sexual y son la diferencia entre la vida y la muerte.

“Es más productivo integrar a los usuarios de drogas a la sociedad que separarlos. (...) Cuando se les da la oportunidad, estos realizan cambios en su estilo de vida que mejoran su salud general”, opina la International Harm Reduction Development, de la George Soros Foundation. (IHRD, Op. Cit., p. 7)

Si cerca de los 14 años el adolescente mexicano comienza a desarrollar conductas sexuales, así como la tendencia a consumir sustancias como alcohol (CONADIC, Op. Cit., p. 37), cigarros y otras sustancias, un programa de reducción daños, como veremos más adelante, conjuga la promoción de la abstinencia con las conductas responsables; procura

que los daños que ocasiona el sexo (embarazos, enfermedades de transmisión sexual) o el uso/abuso (sobredosis, combinación de dos o más drogas) sean mínimos o nulos.

Es vital considerar estas propuestas con una perspectiva tolerante. Herbert Marcuse (Marcuse H., 1987) aseguró que la liberación sexual tuvo resultados revolucionarios. Stephan Ridgway (Ridgway, S. 1997) piensa que para los progresistas esto se tradujo en el movimiento por los derechos civiles, la descolonización, la liberación femenina, los movimientos ecologistas, pacifistas, de reforma de las políticas antidrogas y el reconocimiento de los derechos de gays y lesbianas; para los conservadores se convirtió en un pretexto para justificar muchos problemas contemporáneos, como la pornografía, los divorcios, las familias de un solo padre, la dependencia del estado-bienestar, la guerra contra las drogas y la criminalidad juvenil.

Fuera de posiciones ideológicas es claro que, tarde o temprano, será necesario reorientar la política educativa del país; primer bastión para derrotar la influencia negativa de las adicciones en México.

Antecedentes históricos del uso de drogas en jóvenes estudiantes

La mayoría de las encuestas (Medina-Mora y cols., 1991) se han aplicado a los estudiantes del Distrito Federal y el Estado de México, en 1976, 1978, 1980, 1989 y 1991 (Castro y cols., 1978; 1980; 1982a; Medina-Mora y cols., 1991). En los Colegios de Bachilleres, en 1985 y los Colegios de Ciencias y Humanidades, en 1987 (Castro y cols., 1988a). Entre 1976 (Castro y cols., 1978) y 1986 (Castro y cols., 1986) se realizaron muestreos urbanos a nivel nacional. Mientras que en 1978 se analizó la tendencia de los estudiantes del estado de Morelos (Castro y Valencia, 1979a) y una zona urbana de alto riesgo en la Ciudad de México, (Medina-Mora y cols., 1979). Además, en 1980 se efectuó una muestra a los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (Castro y cols., 1981).

Las cifras totales entre los años de 1976 a 1980 demuestran que no hubo un incremento significativo en el consumo, hasta el comienzo de la década de los ochentas en que los índices registran aumentos considerables, cercanos al 10% (Nogales) y 22% (Tijuana) de acuerdo a una encuesta de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 1981, y al estudio del Colegio de Bachilleres, en 1985; cifras que rebasaban el consumo de alcohol y tabaco.

En 1986 tuvo lugar el segundo registro nacional en estudiantes de preparatoria y universidad, donde se encontró que el 12% de los estudiantes del país habían consumido alguna sustancia ilícita.

Desde 1988 la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y la Dirección General de Epidemiología, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, aplica quincenalmente la Encuesta Nacional de Adicciones, herramienta metodológica que mide los hábitos de la población en alcohol, tabaco y narcóticos.

La última encuesta nacional estudiantil de 1991 registró que el 8.2% de los encuestados entre los 12 y los 17 años, consumieron drogas (7.4% para el estado de Sonora). Los estudios posteriores sólo se enfocaron sobre el Distrito Federal y algunos estados de la república. La encuesta de 1993 (Medina-Mora y cols., 1993) encontró variaciones poco significativas. Para 1997 (Villatoro y cols., 1997) el consumo se mantuvo estable en 9%. Mientras que en 2000 (Villatoro y cols., 2000), hubo un incremento importante que llegó al 14.3%.

El último resultado publicado (Secretaría de Salud, 2002, p. 25) en la República Mexicana da cuenta de 215, 634 adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad han probado drogas, sin incluir el tabaco y el alcohol, de un total de 3.5 millones de consumidores entre los 18 y los 65 años.

Para los estudiantes de educación secundaria de la ciudad de Hermosillo, Sonora, en el período 1999-2000, el consumo de drogas ilegales “alguna vez en la vida” ascendió a 9.9% en hombres y 6.8% en mujeres. (Petterson, 2001)

La sociedad sonorense, en particular el gobierno y las organizaciones no gubernamentales han puesto especial énfasis en la lucha contra la farmacodependencia, con resultados –en el mejor de los casos– mixtos. El gobierno federal es la principal instancia gubernamental que opera extensivamente los programas de prevención y rehabilitación, a través de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, la Procuraduría General de la República y los Centros de Integración Juvenil, por medio de convenios de colaboración con los estados y los municipios. Sin embargo, en 2003 todavía no existe un programa funcional en el 100% de las aulas de educación pública del país.

Esta investigación pretende sentar los precedentes de futuras investigaciones sobre el consumo de drogas en los adolescentes, en especial, para la elaboración, implementación y evaluación de programas preventivos escolares de corto, mediano y largo plazo.

LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN MEXICO

CAPÍTULO I

Consideraciones generales

El Gobierno de la República, en el *Programa Nacional para el Control de Drogas 2000-2006* (PGR, 2002, pp. 73-80), considera al narcotráfico “como una amenaza para su seguridad nacional al atentar contra las instituciones y la sociedad.” La política de Estado en la materia es de establecer mecanismos de prevención y reducción de la demanda de narcóticos:

Prevención y control de la demanda

- *Abatir la tendencia de crecimiento que ha manifestado el consumo de drogas de origen natural y sintético, a través de la ejecución de acciones coordinadas entre los tres niveles de gobierno que involucren la prevención, rehabilitación y tratamiento de las adicciones.*
- *Diseñar programas coordinados para atender a los grupos de riesgo en materia de adicciones.*
- *Los mecanismos de prevención se orientan en un primer nivel a la implementación de modelos educativos de prevención, con el objeto de evitar que las nuevas generaciones sean futuras consumidoras de sustancias y, en un segundo nivel, a ampliar los servicios de cobertura, atención y rehabilitación de los farmacodependientes, a fin de lograr que toda aquella población considerada en riesgo de incorporarse al consumo de drogas, tenga la posibilidad de acudir al mecanismo de atención que requiera, tanto a nivel local, como nacional.*

En este sentido, la legislación en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones se rige bajo la Norma Oficial Mexicana, publicada en el Diario Oficial de la

Federación (D.O.F., 1999, pp. 9-10), y establece todos los requisitos, obligatorios para todo el territorio nacional, que deben satisfacer los centros de salud especializados y los centros educativos. Estos programas preventivos, comúnmente conocidos como de “prevención universal” o de “cero tolerancia” prohíben la difusión de información objetiva, clave para una exitosa campaña de prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas. La NOM-028 establece que los mensajes deberán ser claros, específicos y verídicos; se dirijan a las necesidades de la población objetivo; motiven la participación en las acciones preventivas; difundan datos actualizados, confiables y fundamentales para evitar exageraciones. Sin embargo, simultáneamente prohíbe mostrar la forma de administración de las sustancias psicoactivas y a personas consumiéndolas.

CAPÍTULO II

Objetivos de los programas de prevención de adicciones en México

De acuerdo al *Programa de Acción: Adicciones y Fármacodependencia 2002* (CONADIC, 2001, p. 38) las principales acciones y objetivos de estos servicios son:

- Fomentar y favorecer cambios en los estilos de vida de la población.
- Generar actitudes tendientes al autocuidado de la salud.
- Educar a la población a través de las campañas contra la fármacodependencia y las acciones emprendidas por el gobierno orientadas a evitar el consumo.
- Generar una cultura de no-tolerancia o rechazo hacia el consumo de drogas.

CAPÍTULO III

Estrategias de prevención

1. Prevención en el sector salud

La Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, Op. Cit., pp. 38-50) despliega un importante contingente de especialistas en este ramo, a través de los Centros de Salud y Unidades Hospitalarias en todo el país, que promueven la educación de la salud y la medicina preventiva. La Coordinación de Salud Mental tiene Centros Comunitarios en el Distrito Federal y algunos módulos en los estados del país. A nivel nacional existen 31 Consejos Estatales contra las Adicciones, con sus respectivos Comités Municipales contra las Adicciones; estos se encargan de coordinar a las instituciones gubernamentales, sociales y privadas e imparten sesiones informativas, de capacitación, mensajes para los medios de comunicación masiva, etc.

Instituciones como Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Sistema de Transporte Colectivo Metro, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), éste último con servicios de salubridad en hospitales regionales, generales y algunas clínicas, realizan campañas preventivas en sus respectivas esferas de competencia.

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) colabora con la Secretaría de Salud (SA), mediante vínculos con la Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva y el Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA) en programas como *Atención a la Salud del Niño, Atención de la Salud del Adulto y del Anciano, Salud Reproductiva, VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual*, con el fin de minimizar los impactos del abuso de drogas en la conducta sexual de los adolescentes.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en colaboración con la Dirección de Protección a la Infancia, creó en 1998 el *Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales* para la elaboración de una estrategia preventiva en los sistemas estatales y municipales del DIF, en lo relativo a difusión, promoción, orientación y participación comunitaria para la prevención de adicciones. Así mismo opera el *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores y sus Familias Chimalli-DIF* a nivel estatal y municipal.

El CONADIC, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el IMSS crearon la campaña con el tema *La vida es la neta*, dirigida a los jóvenes de 12 a 18 años y se “sustenta en imágenes que muestran estilos de vida saludables en diversos ámbitos, utilizando el lenguaje universal de los jóvenes: la música.”

2. Prevención en el sector educativo

La Dirección General de Materiales y Métodos Educativos de la Subsecretaría de Educación Básica y Normal, de la Secretaría de Educación Pública (SEP), realiza acciones educativas con la elaboración de impresos y audiovisuales para alumnos, maestros (primaria y secundaria) y padres de familia. Los materiales son el *Libro de Texto Gratuito de Ciencias Naturales* de 3º, 4º y 5º año de primaria; el *Libro para el Maestro de Ciencias Naturales* de 3º, 4º y 5º año, la *Guía de Estudio para Maestros sobre Temas de Educación Sexual, Equidad de Género y Prevención de Adicciones*; y *La Enseñanza de las Ciencias Naturales en la Escuela Primaria*. Los niños de 5º y 6º de primaria tienen el libro de *Temas de Educación Sexual, Equidad de Género y Prevención de Adicciones*.

Los maestros de educación secundaria de tercer grado cuentan con el *Libro para el Maestro de Orientación Educativa*, el *Directorio de Servicios de Material de Apoyo para Orientación Educativa*, la antología *Orígenes y Efectos de las Adicciones*, y los videos *Nuestros Materiales de la Barra de Verano: Orígenes y Efectos de las Adicciones*, así como el libro de *Orientación Educativa*. En los tres grados se imparte la materia *Formación Cívica y Ética*, que toca el tema de las adicciones.

El Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA), de la SEP, se estableció a nivel federal en 1994, para aplicarse por docentes de educación básica con el propósito de *“incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico.*

El CONADIC revisa el material preventivo sobre drogas que distribuye el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) en la capacitación de los jóvenes que prestan su servicio militar.

El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), en el Distrito Federal y zona metropolitana, junto con los Institutos de la Juventud en los Estados prepararon el *Programa Nacional Juvenil para la Prevención de Adicciones*, mediante la información, orientación y capacitación de los jóvenes.

3. Prevención en los Organismos No Gubernamentales

El Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos aplica el Modelo Chimalli en secundarias de Jalisco, Zacatecas, primarias de San Luis Potosí y algunas escuelas de Guanajuato.

En las instituciones de educación superior, el CONADIC trabaja coordinadamente en eventos y actividades de difusión preventiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad del Valle de México, el Instituto Politécnico Nacional y otras universidades. Promueve la Red de Universidades para la Prevención de Adicciones en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Guía EDUSAT para maestros de secundaria y algunos videos han sido producidos por la Fundación Azteca y el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa.

4. Prevención en el sector de la procuración de justicia

La Procuraduría General de la República (PGR), por medio de la Dirección General de Prevención del Delito, desarrolla actividades para eliminar las conductas delictivas y la farmacodependencia. *¡Va por ti! La prevención es primero*, motiva a la ciudadanía a adoptar estilos de vida sanos. La PGR firma convenios con los gobiernos de todos los niveles para lanzar campañas de divulgación para la población, con el objetivo de prevenir los delitos contra la salud, el consumo y el abuso de sustancias ilícitas. También recibe denuncias ciudadanas acerca de probables centros clandestinos de venta y distribución de fármacos.

La Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos contra la Salud opera el *Programa de Prevención de la Farmacodependencia en Planteles Educativos de Nivel Medio y Superior*, para fomentar la cultura de rechazo hacia las drogas y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

CAPÍTULO IV

Análisis de algunas campañas preventivas antidrogas

1. Modelo preventivo “Construye tu vida sin adicciones”

Elaborado por el CONADIC, promueve estilos vida sanos para favorecer el desarrollo de factores de protección individual, familiar y comunitario, potenciando las cualidades de cada persona para elevar la condición de vida de las familias y comunidades. Es aplicado por las unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil A.C. a través de campañas de comunicación, paquetes de videos y manuales de apoyo, contemplando cursos de capacitación y talleres para multiplicadores. En el ciclo escolar 2000-2001, la

Secretaría de Educación Pública lo incluyó como material oficial de apoyo en su programa de estudios.

Construye tu vida... considera que el estrés, una mala alimentación, la baja autoestima, la carencia de espacios para la recreación o la mala comunicación social, actúan como factores para el consumo de sustancias psicoactivas. La propuesta se dirige al impulso del equilibrio psicocorporal, el autoconcepto, mejores hábitos alimenticios, la distribución adecuada del tiempo libre, la expresividad de sentimientos y la creatividad.

A raíz de este sistema, se creó una Red de Asociaciones Estudiantiles en el Distrito Federal, Sinaloa, San Luis Potosí, Morelia, Hidalgo, Chiapas y Tamaulipas.

2. Modelo preventivo “Para vivir sin drogas”

De carácter universal, pero dirigido a los jóvenes entre los 10 y los 18 años principalmente, y al grupo de edad de los 19 a los 54 años, realiza intervenciones en tres niveles: información, orientación y capacitación; con grupos de niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familia en su conjunto y población abierta; en escuela, familia, trabajo y comunidad. Promueve la asertividad y el autoestima, el afrontamiento del estrés, las habilidades para la vida y el apoyo escolar.

3. Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia Chimalli

Creado por el INEPAR, el modelo es universal y de *prevención primordial*, cuyo propósito es fortalecer el desarrollo humano en las escuelas, hogares y comunidades. Inicialmente se dirigió a comunidades cerradas, pero después se aplicó en colonias, barrios y grupos de menores trabajadores de las calles.

Los componentes del modelo se clasifican en tres ejes básicos:

- La investigación para el diagnóstico comunitario y la evaluación de resultados, proceso e impacto.
- La intervención preventiva a través de dispositivos grupales.
- La participación comunitaria facilitada por la formación de redes vecinales y /o escolares.

Las bases teóricas nacen de la aproximación Riesgo-Protección y de la Teoría de la Resiliencia. Estas ponen especial cuidado en el la habilidad de las personas para enfrentar conductas estresantes, las crisis personales y adversidades por medio de “**soluciones y no problemas**”. Este modelo es recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, para los niños y los adolescentes.

El modelo tiene 26 habilidades de protección que se dividen en:

- Uso de drogas y conducta antisocial.
- Efectos negativos en la vida.
- Estilos de vida.

CAPÍTULO V

Algunos programas populares contra las adicciones

Las tácticas de escarmiento son útiles hasta el punto en que pierden su efectividad, ya sea por la madurez, la experiencia personal o el mismo sentido común del que las recibe. Las exageraciones sobre las sustancias ilícitas son justificables para evitar “un mal superior” en la juventud, pero ¿a qué costo? Las campañas de abstinencia funcionan hasta que el individuo experimenta por primera vez con una sustancia; pero no existen campañas que prevengan a los usuarios de los riesgos y lo informen sobre precauciones que debe tomar en cuenta para no sufrir daños en su integridad física o mental. En consecuencia, un adolescente defraudado por su sistema de creencias, se rebelará contra él. Se debe considerar, como se tratará con amplitud más adelante, la reformulación de la política

educativa en materia de drogas y, en especial sobre la mariguana, con el fin de revertir este círculo vicioso. A continuación algunos ejemplos destacados:

1. “Vive sin drogas”

Fundación Azteca (Vive Sin Drogas, 2003), órgano filantrópico de Televisión Azteca, tiene una campaña educativa masiva de *spots* publicitarios en televisión y radio, impresos, anuncios espectaculares, programas especiales, cápsulas informativas y noticiosas. Planea “la promoción de valores encaminada a enfrentar el problema del consumo de drogas” y tiene como objetivos lograr “la total desaprobación social del consumo de drogas, mostrar el elevado riesgo que implica el consumo de drogas, inculcar los valores necesarios para rechazar el ofrecimiento de la droga y fomentar una actitud antidrogas a largo plazo.”

Entre las consecuencias por el consumo de la planta menciona:

- *Limita la capacidad de incorporar, organizar y retener información, por lo que en los consumidores crónicos se evidencian problemas de memoria, falta de destreza verbal y dificultades en el aprendizaje de las matemáticas.*
- *Fumar marihuana se asocia con trastornos como catarros, bronquitis, enfisema y asma bronquial, así como daño pulmonar y en las vías respiratorias, y aumento en el riesgo de cáncer. Un cigarrillo de marihuana contiene la misma proporción de ingredientes cancerígenos que 5 cigarrillos de tabaco.*
- *También hay evidencia de que se limita la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y enfermedades.*
- *La marihuana afecta las hormonas. En los hombres jóvenes, el uso regular puede retrasar el comienzo de la pubertad y reducir la producción de esperma. Para las mujeres, el uso regular puede interrumpir el ciclo menstrual e inhibe la ovulación.”*
- *El grupo social también se ve afectado por el consumo de marihuana, ya que se impacta la seguridad y el bienestar, porque se presentan más accidentes de*

tránsito, actos de violencia o vandalismo, riñas callejeras, además de alimentar las redes de tráfico ilegal de esta sustancia.

Además asegura que la hierba produce:

- Fuerte adicción.
- Alucinaciones.
- Cambios en la concentración de hormonas sexuales
- Enfermedades de transmisión sexual
- Accidentes
- Cáncer
- Muerte

Toda esta información carece de su respectiva referencia bibliográfica.

2. Procuraduría General de la República

El diminuto sitio web de la PGR (PGR, s.f.) dedicado al narcotráfico y al consumo de drogas, explica sobre la marihuana que “**una sobredosis** produce fatiga, paranoia y posibles psicosis. Los síntomas de retiro pueden ser insomnio, hiperactividad y pérdida ocasional del apetito.”

3. Centros de Integración Juvenil

El Centro de Integración Juvenil (CIJ, s.f.) tiene un importante acervo informativo y una amplia experiencia en las campañas preventivas y rehabilitación de fármacodependientes. En el apartado dedicado al cannabis, expone:

“El THC (el compuesto activo) tiene usos populares analgésicos, pero no se ha demostrado que tenga uso médico. En la actualidad se investigan propiedades antieméticas; su posible utilidad en casos de asma, migraña, glaucoma, etc.”

Sobre el síndrome de intoxicación que produce la hierba menciona síntomas más realistas que los de *Vive Sin Drogas*:

- Euforia y desinhibición.
- Ansiedad o agitación.
- Juicio alterado.
- Deterioro de la atención.
- Despersonalización.
- Desrealización.
- Lentitud tiempo reacción.
- Flujo rápido de ideas.

Sobre el síndrome de abstinencia se explica que “no se ha descrito (...) pero se ha identificado un cuadro clínico al interrumpir el uso de la sustancia que se caracteriza por episodios de varias horas a 7 días que incluye: ansiedad, inestabilidad emocional, temblor distal al extender las manos, diaforesis, dolores musculares y síndrome amotivacional.”

4. D.A.R.E. (Educación para Resistir el Abuso de Drogas)

Antecedentes. Este programa (*Reconsider*, 2001-2002, p. 2) fue creado en 1983 por Ruth Rich, para el Departamento de Policía y el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, California. La mitad del material y el diseño de la currícula fue desarrollado por el doctor William Hansen, creador del programa S.M.A.R.T. Hoy en día es el programa de prevención de adicciones más utilizado en los Estados Unidos de América, ya que abarca el 80% de los distritos escolares de ese país. En México, la primer ciudad que implementó la currícula fue Mexicali, en 1992. En Sonora, a partir de 1999 lo adoptaron algunos ayuntamientos de extracción panista del norte de nuestro estado (San Luis Río Colorado, Nogales) que registran índices elevados de consumo de drogas. En la ciudad de Hermosillo un programa piloto D.A.R.E. comenzó de 2001 y en la actualidad (2003) cubre el 100% de todas las escuelas primarias públicas en los grados quinto y sexto, para posteriormente

cubrir secundarias y preparatorias. Cabe destacar que hasta la redacción de esta investigación (diciembre, 2003), el programa D.A.R.E. solamente se aplica en una institución particular de educación media superior, el Instituto Soria.

Efectividad del programa. La currícula educativa de D.A.R.E. no es efectiva para prevenir el consumo de drogas entre la juventud. La Oficina del Contralor General (GAO, 2003, p. 2), órgano independiente del Congreso de Estados Unidos, opina:

“Las seis evaluaciones de largo plazo de la currícula D.A.R.E. para la educación primaria no encontraron diferencias significativas en el uso ilícito de drogas entre los estudiantes que recibieron D.A.R.E en el quinto o sexto grado (el grupo intervenido) y los estudiantes que no lo tomaron (el grupo de control). Tres evaluaciones reportaron que al grupo de control estudiantil se le proveyó con otro tipo de educación preventiva. Todas las evaluaciones sugirieron estadísticamente que D.A.R.E. no tiene un impacto significativo a largo plazo para prevenir el consumo juvenil de drogas ilícitas. De las seis investigaciones que analizamos, cinco revelaron las actitudes de los estudiantes respecto al uso de drogas ilegales, la resistencia de la presión de amigos y no encontraron diferencias apreciables entre el grupo de control y el de intervención, en el largo plazo. Dos de estas evaluaciones encontraron que los estudiantes de D.A.R.E. tenían fuertes actitudes negativas sobre el uso y mejoraron sus habilidades sociales para resistir estas sustancias después del primer año de haber cursado el programa. [Pero] estos efectos positivos disminuyeron con el paso del tiempo.

Lo anterior lo confirma un estudio de la Universidad de Kentucky, publicado en la Revista de Consulta y Psicología Clínica, de la Asociación Psicológica Americana (Lynam, D.R. Y cols., 1999, pp. 590-593) . Don Lyman, jefe del proyecto considera: “aunque hayas o no hayas pasado por D.A.R.E., tuviste las mismas posibilidades de usar drogas.”

El Distrito de Salud de Beach Cities, California, también realizó su propia evaluación (Fulcher, R., 2001) del programa para Resistir el Abuso de Drogas, a cargo del

director de investigaciones de ese departamento, Bob Caplan, que nombró cuatro modelos preventivos “efectivos”, dos con resultados “mixtos” y uno (D.A.R.E.) listado como “inefectivo”.

En el mismo sentido se pronunció (U.S. Department of Health, 2001) el Cirujano General de Estados Unidos (equivalente al Secretario de Salud mexicano), la Academia Nacional de Ciencias (National Academy of Sciences, 2001) y el Departamento de Educación (Zernike, K. 2001).

Y a pesar de una reestructuración del programa, en respuesta a décadas de críticas por sus fallas, el “nuevo” D.A.R.E. está siendo evaluado para medir su efectividad (2003). No obstante, sus cambios sólo son superficiales; seguirán usándose los mismos libros de trabajo, con el mismo tipo de mensajes inefectivos (Michigan State University, 2000). En investigaciones preeliminares se encontró que el nivel de uso de drogas en los estudiantes bajo el nuevo programa son los mismos para los que cursaron el viejo modelo. (Zili, 2002)

Similar a la información proporcionada por Vive Sin Drogas, la página internacional de D.A.R.E. (www.streetdrugs.org) asegura que “la mayoría de la mariguana que se utiliza en Estados Unidos viene del cannabis cultivado en México, Canadá y la misma unión americana. El cannabis que se cultiva hoy en día es más potente que el de diez o veinte años atrás. Hoy el cannabis se cultiva para maximizar el contenido de THC, para producir un mayor efecto psicoactivo. El cannabis con un alto nivel de THC es mucho más redituable para aquellos que lo cultivan, lo que apunta a una continua tendencia al aumento del THC.” (sic)

Entre los peligros y los efectos que produce su consumo manifiesta:

“El fumar mariguana puede dañar la memoria de corto plazo mientras la persona utiliza la droga. Esto sucede porque todas las presentaciones de la mariguana contienen THC, el ingrediente químico activo de la mariguana (sic), que altera la forma en la que funciona el cerebro.”

LAS POLÍTICAS DE CERO TOLERANCIA

CAPÍTULO I

Concepto

La base ideológica de la política de cero tolerancia consiste en el endurecimiento del aparato de procuración de justicia para castigar severamente las conductas no toleradas por la ley, en especial las faltas administrativas (como tirar basura o beber en la vía pública), con el fin de mandar un mensaje de castigo seguro a los futuros infractores. El término fue acuñado por el alcalde de Nueva York, Rudi Giuliani, en la década de los noventa, como una variante de la política de “Ventanas Rotas” (Broken Windows), de James Q. Wilson y George Kelling (Wilson, J. Q., 1982, pp. 29-38), en la que el desorden, como los edificios en deterioro o la basura acumulada en la calle, contribuye a crear una atmósfera de desorden social que invita al crimen. Bajo el esquema de cero tolerancia al efectuar arrestos masivos por delitos menores la disuasión reduce la incidencia criminal. La policía aplica estrictamente los reglamentos municipales contra las prostitutas, jóvenes, traficantes de drogas y los indigentes para reflejar la seguridad de los barrios y la confianza de sus habitantes. Empero, el lado negativo es que elimina la discrecionalidad en la aplicación de la ley, afecta a las minorías raciales y económicas, acentúa la violación de garantías de ciudadanos inocentes y la brutalidad policíaca. A pesar de que en ciertos casos puede resultar positiva (contra los automovilistas que conducen alcoholizados o los barrios de alta peligrosidad), hay que tener mucho cuidado al momento de ejercerla:

El trato hostil o rudo de los ciudadanos, especialmente los jóvenes, puede provocar reacciones de odio que aumenten el riesgo de futuros delitos. Inundar las comunidades de alta criminalidad con medidas policiales agresivas podría ser extremadamente contraproducente, al causar más crímenes de los que se previenen. (Sherman, L., 1990)

CAPÍTULO II

La cero tolerancia en la educación

En el ámbito educativo se asocia con la seguridad escolar y la disciplina estudiantil. Sus lineamientos exigen el endurecimiento de las penas por la violación de los reglamentos escolares; castigos severos y ejemplares a los alumnos violentos, antisociales, indisciplinados, que pueden ir desde las amonestaciones, la suspensión temporal, hasta la expulsión del plantel. La cero tolerancia obliga a la expulsión inmediata por una falta grave, cuando el estudiante lleva armas o drogas a la escuela, o por varias faltas menores; todas perfectamente conmutables por otras penalidades menos agresivas. No existe una razón clara que demuestre la efectividad de una expulsión o una suspensión y sí, por el contrario, los muchos riesgos que implica dejar al joven fuera de la protección del sistema escolar. Una escuela con sobrepoblación, una currícula educativa laxa, los castigos frecuentes y la mala relación de maestros y amigos con estudiantes problemáticos son factores que orillan a la deserción.

CAPÍTULO III

La cero tolerancia y el derecho a la información objetiva

Como se expuso anteriormente, en nuestro país existen numerosos programas educativos del sector privado, del gobierno y organismos no gubernamentales (O.N.G.'s) en todos los niveles. Aunque la mayor parte de la información que proporcionan es relativamente precisa y se orienta hacia la promoción del no consumo, una parte importante tiende a la exageración de los problemas y deja sin protección al confundir al consumidor que observa dos realidades dispares, dos fuentes informativas de dudosa credibilidad (la suya y la institucional), convertidas en un círculo vicioso que no distingue entre el uso seguro del abuso problemático.

La información parcializada resalta a la vista porque busca imponer su dominio absoluto, es decir, de pseudo-ciencia. El verdadero conocimiento científico no admite verdades absolutas sino teorías que pueden ser válidas un día y refutadas el otro. La abundancia de información falsa o contradictoria agranda la credulidad del público y reduce su capacidad crítica. Para el filósofo español, José Antonio Marina (Marina, 1998, p. 3), nuestra sociedad informativa y la cultura de los medios (en especial la televisiva) pueden ser manipuladoras, “sectaria[s], superficial[es], producir odiosas consecuencias de poder no representativo y fomentar la pasividad del público.”

John K. Galbraith (Galbraith, 1983, pp. 4-5, 14-15, 109) opina que existen varias formas de poder: el coercitivo (que emplea la amenaza y el castigo); el poder compensatorio (que concede premios); y el poder condicionante (que actúa modificando las creencias), como el de los medios. Desde esa perspectiva Marina piensa que el pacto con la sociedad obliga a la prensa a “describir la realidad, proporcionar una interpretación de lo que sucede, controla[r] el poder mediante la movilización y forma[ción] de la opinión pública, [servir] de canal de expresión y fija[r] los temas a tratar. Cada una de estas funciones tienen su propio código de conducta y mientras la prensa lo respete su poder será decente. (...) Lo que es indecente es que su poder, que se basa en la capacidad de influir en

la opinión pública (...) se utilice para la acción política directa, la negación, el trapicheo, los intereses económicos o la construcción de prestigios”.

CAPÍTULO IV

Problemas que plantean las políticas de cero tolerancia

1. Información falsa o tendenciosa

Los mensajes de abstinencia transmiten información tendenciosa, a veces basada en información falsa. La mayoría de las campañas de abstinencia se caracterizan por exagerar o mentir sobre las consecuencias que se derivan por el consumo de drogas, para aumentar la percepción de riesgo en los no usuarios. Sin embargo, aunque es muy probable que estas funcionen con éxito sobre aquellos niños predispuestos a no utilizar sustancias, al reforzar las actitudes negativas sobre el consumo (Castro, M. E. Y cols., 1999) y que el valor de la información es indispensable para prevenirlo (Rijswijk, 1985), es cierto que pueden ser contraproducentes sobre los jóvenes (Haes and Schuurman, 1975, pp. 1-16) si son exagerados los riesgos de las sustancias. Más aún, podrían promover las conductas de consumo (Nowlis, 1980, p. 32) de un subgrupo social que rechaza no sólo la abstinencia, sino la moderación.

2. La normalidad del consumo de drogas

El adoctrinamiento en una política abstencionista es poco efectivo debido a que el consumo de sustancias ilícitas se ha “normalizado” (esto es, aceptado como común) entre los jóvenes dentro de su mundo social.

Según Armida Aberastory (Aberastory, A., 2001, p. 39), la normalidad “se establece sobre las pautas de adaptación al medio, y no significa ‘sometimiento al mismo’, sino más bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero y lo inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad.”

En otras palabras, la normalidad en nuestro tema implica que para los preadolescentes, los adolescentes y los jóvenes el consumo de sustancias entre sus amigos es una práctica usual. La maestra María Elena Castro (Castro, M. E., et. al., 2002, pp. 24-29), experta en adicciones y estudiantes, apoya lo anterior, aunque califica este hecho como consecuencia de una negación o una indiferencia que favorece el crecimiento aceptable de una subcultura del consumo y representa “una amenaza real para el desarrollo humano y la promoción social de las comunidades.”

Pero mientras estos grupos satisfagan entre sí sus relaciones de oferta y demanda, el problema de las drogas (que no debe confundirse con el problema del uso) tiene que ser analizado como un problema social normal, que se reproduce sin cesar, forma parte de la estructura social mexicana y, como afirma Otto Janssen (Jansen, O., 1992), es el “residuo negativo de todos los productos que manufactura la sociedad.”

Librándonos del amarillismo tradicional y de las imágenes alarmistas, es posible asegurar que la experimentación de sustancias en los jóvenes no conlleva automáticamente al uso regular o excesivo de estas (Secretaría de Salud, Op. Cit., p. 25) y rebasa varias veces al pequeño porcentaje de usuarios que se convierten en adictos (Zinberg, 1984), por lo que hay que poner énfasis en prevenir los problemas relacionados con el abuso.

El Dr. Jesús Kumate Rodríguez (Kumate, 2000, p. 6-11), Presidente del Patronato Nacional de los Centros de Integración Juvenil, A.C., demuestra los efectos de la normalización en relación con la peligrosidad que el adolescente le confiere a la posibilidad de consumir sustancias, legales e ilegales: los jóvenes consideran muy peligroso ingerir grandes cantidades de alcohol (61%), porcentaje –asegura Kumate– cercano al de otras drogas (*más de las dos terceras partes de los estudiantes entrevistados respondieron que sería una conducta mal vista*); y piensan que el riesgo es bajo cuando la ingesta de otras drogas es moderado ([sólo] *una tercera parte consideró muy peligroso experimentar con sustancias 1 o 2 veces*). Hay que señalar que, históricamente y a pesar de las reiteradas campañas publicitarias, el carácter ilegal de las drogas no representa una preocupación para los encuestados (Medina-Mora, 1991).

De hecho, la normalización de las drogas en el ambiente juvenil llega a tal grado que en la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1991, al inquirir sobre la primera fuente de obtención de marihuana, la mayoría de los encuestados respondieron que en fiestas, en las calles o en los parques; y respecto a la cocaína en la escuela o en las fiestas.

3. La experimentación con drogas en la juventud.

Los programas preventivos de cero tolerancia asumen que la juventud utiliza drogas porque sufre problemas en su personalidad, en particular en su autoestima y en sus relaciones sociales e ignoran que la mayoría lo hace para experimentar.

Estos modelos (Chimalli, PEPCA) se proponen dotar a los estudiantes con habilidades sociales para mejorar su interrelación con su entorno, a través del desarrollo del apego escolar, del autoestima, la asertividad y del control del estrés. Ósea, detectar cómo se percibe el joven, cómo lo perciben los demás, otorgarle herramientas para resolver conflictos personales y enfrentar situaciones de riesgo, como el consumo de drogas.

Diversos estudios nacionales y de poblaciones estudiantiles del país demuestran que la gran mayoría de los jóvenes prueban las sustancias para experimentar o por curiosidad.

La última encuesta nacional (Medina-Mora, Op. Cit., 1991) estudiantil de 1991 revela que “a nivel nacional se encontró que las motivaciones más importantes para experimentar con marihuana fue la curiosidad (25.66%), junto a la influencia del grupo o de pares (10.44%), o por el deseo de escapar de sus problemas. (7.92%)” En relación con lo observado en Sonora (no existe información disponible para los años siguientes) para ese año, la marihuana y la cocaína tenían porcentajes de uso superior a la media nacional y la mitad de los usuarios fueron experimentadores.

En la encuesta estudiantil de 1993 (Medina-Mora, 1993), el 69% de aquellos que experimentaron con marihuana, el 88% con crack y el 82% con alucinógenos y cocaína, no

volvieron a hacerlo más de 5 veces, medida a partir de la cual los estudios clasifican como “consumo frecuente o alto.”

La encuesta estudiantil de 1997 (Villatoro, 1997) informa: del total (12%) de estudiantes que experimentaron alguna vez cualquier sustancia, sin incluir tabaco o alcohol, el 66.7% se abstuvo de consumirlas con regularidad y sólo el 33.3% lo hizo así.

Los resultados de la investigación correspondiente al año 2000 (Villatoro, 2001) confirman las tendencias de tres años antes: el 66% del total de usuarios se mantuvieron como experimentadores.

Al evaluar algunos estudios regionales aislados en los estudiantes de enseñanza superior de la Ciudad de México, Monterrey; o en Querétaro, a los estudiantes de enseñanza superior de más de 18 años, Jorge Villatoro Velázquez (CONADIC, Op. Cit., p. 126), investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, expresa: “la mayoría de los usuarios está experimentando con las drogas. (...) El efecto que este consumo ha tenido en su esfera social, interpersonal y personal es mínimo.”

4. La presión de grupo o de “pares”

Los programas de cero tolerancia advierten que la presión directa de las amistades influye directamente en el consumo de drogas para hacerlos responsables del problema, e ignora las aportaciones de una sociedad tolerante tanto de las drogas legales como las ilegales.

La “presión de grupo o de pares” se usa generalmente para explicar porqué la gente, en particular los jóvenes, comienzan a utilizar drogas. Se piensa que el adolescente no quiere tomarlas pero que sus amigos y la gente a su alrededor (aunque puede tratarse de un solo individuo) lo presionan para que lo haga, excluyéndolo del grupo social de no cumplir estos requisitos.

Por añadidura, no toda la presión de grupo es mala: se trata de normas sociales que influyen en la dinámica de grupo. Estas normas forman parte de la percepción del comportamiento que tiene un grupo sobre sus miembros y permiten una sana interacción entre los individuos cuando la norma es aceptada por el resto colectividad, pero si este comportamiento difiere de los valores establecidos por ella, es muy probable que se produzca una ruptura entre la mayoría dominante y la minoría excluida, razón por la cual se adjetiviza negativamente la conducta. Si volvemos al tema del sexo, es de utilidad recordar cómo es que hace 50 años la promiscuidad en relaciones sexuales tenían connotaciones perjudiciales para la reputación femenina.

Como la etapa de la adolescencia es un tortuoso camino hacia la adultez, con frecuencia la presión del grupo orilla a que el joven tome sus propias decisiones para reforzar su papel dentro del grupo y demostrar su adaptabilidad social. Cuando esto no sucede, pueden presentarse episodios de violencia en el aula, conocidos como *bullying* (el maltrato a sectores desadaptados del entorno escolar), contra personas percibidas como más débiles, extrañas, o diferentes, convertidas en objetivos perfectos para los abusadores. Así, estos últimos suelen canalizar su inseguridad y baja autoestima para ganarse el respeto de la mayoría de sus compañeros a los que no molestan y que, seguramente, no hacen nada por evitar el comportamiento agresivo. De esa forma el patrón se vuelve cíclico: la mayoría de los abusadores tienen una gran popularidad y suelen comportarse correctamente ante la presencia de un adulto, haciendo difícil detectar situaciones delicadas como estas.

Además de la presión grupal, es vital incluir otros factores predominantes en el uso de drogas como la diversión, el medio ambiente, la curiosidad y la rebelión de la edad.

5. La sociedad: verdadero factor para el consumo de drogas

Las encuestas estudiantiles de 1991, 1993, 1997 y 2000 reiteran enfáticamente el papel protector de la escuela para retrasar el inicio del consumo: los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, fueron de los adolescentes que dedican la mayoría de su tiempo a la escuela.

Además, la investigación (CONADIC, Op. Cit. p. 134) sobre los estudiantes de educación secundaria en Monterrey, Nuevo León observó que la posibilidad de entrar en contacto con sustancias ilícitas fue mayor en los jóvenes que trabajaban además de estudiar.

Esto nos habla que el contacto con el mundo adulto y laboral, exponen al adolescente a un número mayor de peligros que los habituales en un salón de clases, razón por la cual se hace evidente frenar con urgencia la deserción escolar.

6. El desprecio por la capacidad del razonamiento adolescente

Los programas abstencionistas minimizan la capacidad lógica del joven para pensar como adulto, cuando en realidad es crítico de las advertencias y, sobre todo, cuando tiene a su alcance informaciones y opiniones contrarias.

El adoctrinamiento respecto a los peligros de las drogas es negativo con los jóvenes, ya que niega su capacidad de razonar críticamente. El Doctor David Moshman propone (Moshman, 1999) que sería más útil ver la adolescencia como la primera fase de la adultez, en vez de un “período intermedio entre la niñez y la vida adulta.” De hecho, desde una edad tan temprana como los doce años el niño comienza a mostrar signos de madurez.

6.1 Breve descripción del desarrollo adolescente

Los doce años. El psicólogo Arnold Gesell (Gesell, 1997) explica que “en todas las situaciones sociales [el niño de] doce demuestra una tendencia a ensanchar su conciencia, buen signo éste de desarrollo psicológico. (...) Revela ser mucho menos ingenuo con respecto a las relaciones sociales. El crecimiento hacia la madurez no es un proceso uniforme y constante. Lejos de ello, es disparejo, particularmente al nivel de los doce años en que el niño es tan inestable que fluctúa entre los dos extremos del espíritu de colaboración adulto a los caprichos infantiles. (...) Demuestra un gran adelanto en el pensamiento conceptual. Así, le preocupa el valor conceptual de términos tales como “la

justicia”, “la ley”, “la lealtad”, “la vida”, “el delito”. (...) Presenta un rasgo especial que lo caracteriza dentro del ciclo humano, pues trae a la existencia un conjunto de rasgos de conducta que anticipa claramente la madurez del adulto. El niño de doce no es un adulto en miniatura, tampoco una copia; pero encierra en sí modos de pensar, de sentir y de actuar que prefiguran nítidamente la mentalidad madura. [Respecto a su sentido ético] encara la ética con suma prudencia. Así parece tomar sus decisiones después de una serena reflexión, considerando las experiencias pasadas y las consecuencias posibles, sin dejarse llevar por los impulsos inmediatos.

Los trece años. [El crecimiento hacia la madurez es] bastante complejo porque la adolescencia se haya bien iniciada y comienzan a emerger múltiples y nuevas facetas de la conducta. El niño encuentra un nuevo placer en el pensamiento racional, en la formulación de proposiciones y en el planteamiento de dudas. Es capaz de pensar en función de necesidad, probabilidad y condiciones hipotéticas. Comienza a tomar conciencia de que la facultad de razonamiento es una operación mental cuyo control posee. Su “yo” se expresa activamente a través de sus pensamientos, de su conciencia, de su facultad crítica. [El niño de] trece [años] dilucida con cierta facilidad el problema de lo que está bien y lo que está mal. Aparece una nueva fuerza que recibe el nombre de juicio. Tiene una idea acabada de lo que es la relatividad de la verdad. Trata de ser veraz y procura decir la verdad, pero a veces sólo dice parte de la misma. Los problemas del cigarrillo y la bebida comienzan a caer dentro de [su] propia experiencia (...) [y] se pregunta si él mismo habrá de fumar o beber.

Los catorce años. Su maduración mental avanza rápidamente. Es capaz de autocriticarse debido a sus nuevas y recientes facultades de raciocinio. Le gusta embarcarse en largos razonamientos autónomos, pensando el pro y el contra. [El período de los catorce años] constituye una especie de punto pivote dentro del vasto ciclo del crecimiento humano. Su educabilidad se halla reforzada por una reciente facultad para pensar con proposiciones y lógicamente. [Su sentido ético] se halla en vías de elaborar su propio concepto de la “moral”, (...) le preocupan los problemas más vastos, así como la relación de unos grupos

con otros. Comienza a adquirir conciencia de problemas tales como el tratamiento de los grupos minoritarios, la discriminación y la exclusión.

Esto lo reafirma enfática Armida Aberastory:

“Abstraer la adolescencia del *continuum* que es el proceso evolutivo y estudiarla tan sólo como una etapa preparatoria para la madurez, significa para mí un adultmorfismo que es necesario superar, ya que induce a prejuicios de investigación, de los que a veces es difícil desprenderse.” (Aberastory, Op. Cit., p. 39)

Así, es un error negar el potencial crítico del joven ante la información que se le proporciona mediante factores omitidos por las investigaciones antes citadas: aunque el 18% de los entrevistados en la encuesta estudiantil de 2000 conoce a un amigo que consume drogas, no se le pregunta cuál es el número de compañeros que piensa consumen sustancias; un importante indicador de la normalidad en el uso. Sólo se estudia el consumo de uno de los padres y no se le pregunta al encuestado si conoce a cualquier otra persona (aparte de un amigo) que utilice drogas para identificar otro tipo de elementos externos.

Extrañamente, la última vez que los estudios en comunidades escolares tuvieron como objetivo retroalimentarse con la opinión de los encuestados sobre la educación preventiva que reciben, fue en 1993 (Medina-Mora, Op. Cit.). Al preguntarles sobre la utilidad de la información que reciben de los medios o en la escuela, un 25.05% respondió que no estaba de acuerdo que fuera útil, mientras 42.06% se mostró indeciso y sólo un 30.02% tuvo una opinión positiva. Es curioso que más de la mitad (55.95%) consideró que la información permitía ser más crítico o reflexivo, y que la calidad de ésta es mejor en los medios que en la escuela (83.56% contra 77.55%). Pero la gran mayoría (54.47%) consideró que el aprendizaje sobre los peligros de las drogas era mejor en la escuela y un abrumador número (72.09%) se pronunció por la integración de un consejo escolar de participación social para expresar sus inquietudes, a pesar de que consideraron los lugares más adecuados para recibir información los hospitales o los centros de salud (37.90%). Las

principales inquietudes de los entrevistados se refieren a sexualidad, drogas, medio ambiente, alcoholismo y tabaquismo.

La prevención sistémica ayuda a reducir los índices de consumo, pero deja sin protección a ese 25.05% en desacuerdo con la utilidad de los conocimientos recibidos sobre drogas, sobre todo si consideramos que un 17.20% de los adolescentes opinó que no tenía información alguna, porcentaje muy cercano al índice de consumo de drogas para 1993, de 11.53%.

7. La escuela, ¿protectora? Otro elemento esencial en la prevención y correcta atención de los problemas derivados del consumo de estupefacientes es la percepción de apertura del maestro con los estudiantes. En la encuesta de Medina-Mora la principal actitud del docente, frente al uso de drogas y alcohol, en 1991, era la de llamar a los padres (21% y 23%), expulsar al alumno de su clase (14%) y aconsejarlo (9%). Para 1993 la tendencia se revierte: la ayuda es mayor (24%), pero se mantiene el llamar a los padres (20%) y aumentaron las expulsiones o el traslado al departamento de orientación (12%). En 1997 se registró únicamente la baja tolerancia del docente ante drogas, alcohol y tabaco. Y en el año 2000 tales referencias ya no aparecen.

De nueva cuenta la recomendación va en el sentido de reducir las expulsiones de estudiantes por problemas de consumo de sustancias ilícitas y reemplazarlas con métodos alternativos de castigo.

8.- Consecución de metas inalcanzables

Los programas de cero tolerancia fijan sus objetivos en la disminución del porcentaje de la población que ha utilizado sustancias, por lo menos una vez en la vida.

Sería ideal vivir en una sociedad libre de drogas, pero también en una libre de crimen o relaciones sexuales prematrimoniales. Muchos ideólogos piensan que en la guerra contra el narcotráfico y la fármacodependencia no es posible bajar la guardia, ni ceder un

par de centímetros por miedo a catástrofes apocalípticas paranoides. Ante la falta de recursos del Estado y la complejidad de las circunstancias, es imposible evitar que los jóvenes y la población experimenten con drogas, cuando en la vida diaria entramos en contacto con un sinnúmero de compuestos médicos, naturistas y legales con un potencial adictivo en ocasiones superior al de las ilegales. La satanización equivale a la ignorancia y al desprecio por el conocimiento.

Aunque disminuyéramos el número de experimentadores, la tendencia aplicaría nada más a los usuarios de una sola ocasión y a los moderados, pero no a los abusadores problemáticos. Desde que la mayoría del daño por el uso ocurre con estos últimos, la reducción del consumo “alguna vez en la vida” hace muy poco por evitar los daños reales. (Skager, R., 2002, p. 4).

LA REALIDAD EN LA INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Es tarea difícil redactar políticas de reducción de daños sin desmitificar la información proporcionada por las campañas de cero tolerancia, sobre todo porque cada sustancia es diferente y compleja en su propio entorno. De ahí la importancia de inculcar la distinción entre droga, estado mental y lugar de consumo (conocido en inglés como “drug, set and setting”) para prevenir riesgos en la medida de la posible. Esto implica replantear algunos conceptos preconcebidos para hacer más efectivo el esfuerzo de prevención.

Capítulo I

Principales argumentos contra la marihuana en la educación escolar antidrogas

El adoctrinamiento en la educación sobre drogas a menudo resulta contraproducente. De todas las sustancias lícitas e ilícitas en el mercado, ninguna despierta tanta controversia como la marihuana o cannabis. Sin considerar al tabaco o al alcohol es la droga de mayor consumo en México: 2.4 millones de personas (Secretaría de Salud, Op. Cit. p. 21) la han probado alguna vez. Para el gobierno y las campañas antidrogas esta planta es la principal puerta de entrada hacia sustancias más peligrosas, a pesar de no causar dependencia física, síndrome de abstinencia, o muerte por sobredosis. Por ello la descripción de sus efectos a menudo es desproporcionada y empleada como táctica de miedo. Cuando los consumidores aprenden a distinguir por experiencia propia entre la realidad y las exageraciones en el futuro desconfiará de la información que reciba, reduciendo los esfuerzos de la sociedad por rehabilitarlo.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Secretaría de Salud, Op. Cit. p. 26) confirma este argumento:

“Una proporción muy baja (28.32%) de los usuarios de drogas ha solicitado ayuda.”

1. La teoría de la “droga de entrada”

La cero tolerancia apoya su filosofía sobre la teoría de la “droga de inicio” que sugiere un vínculo estadístico entre el uso de drogas duras y el hecho de que estos usuarios utilizaron la marihuana como primera droga ilícita.

Gabriel Nahas, en su libro *Keep Off The Grass*, lo explica (Nahas, G. 1990):

“Parece ser que los cambios bioquímicos cerebrales inducidos por la marihuana son el resultado de un comportamiento de búsqueda e ingesta de drogas, lo que en muchas ocasiones puede llevar al usuario a experimentar con otras sustancias placenteras. El riesgo de progresar de la marihuana a la cocaína está hoy bien documentado.”

Esto se explica de la siguiente manera:

1. Los usuarios de marihuana tienen más posibilidades de consumir drogas fuertes que los no usuarios.
2. Casi todo aquel que ha usado la marihuana y otras drogas fuertes han consumido primero ésta.
3. Entre mayor sea la frecuencia de uso de la marihuana, aumentarán las probabilidades de utilizar drogas fuertes en un futuro.

Las estadísticas del gobierno mexicano tratan de corroborar sin éxito y mediante confusiones esta definición. El *Programa de acción: adicciones y farmacodependencia* (CONADIC, 2002, p. 22-23) afirma:

“La marihuana se ubica [en] el primer lugar en forma importante [como droga de inicio] con 39.3% en 1991 a 40.6% en 1995; posteriormente presenta un decremento registrando 21.3% en 2000. El segundo sitio lo ocupan los inhalables que reportan un decremento en el período, de 30% en 1991 a 14% en 2000. El alcohol y la cocaína se sitúan en tercer y cuarto lugar respectivamente, que en

contraste con la marihuana y los inhalables presentan un incremento en el período, el alcohol de 1991 con 17.4% a 32.1% en 2000 y la cocaína de 0.9% en 1991 a 12.7% en 2000. La heroína (...) no rebasa el 1%.”

Parece imposible considerar que el primer lugar sea de la marihuana, con 21.3% en el año 2000, si el alcohol y la cocaína registraron la cifra de 32.1% y 12.7% ese mismo año. Aún más, para las tendencias de consumo en los jóvenes en 2001, el *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2002*, señala (CONADIC, Op. Cit. p. 36) que las drogas de inicio fueron el alcohol (33.8%), el tabaco (20.1%), la marihuana (18.7%), los solventes inhalables (12.2%) y la cocaína (10.8%).

Se refuerza lo anterior con el análisis de la variable “droga de impacto”, que se define como la droga que el usuario identifica con más capacidad para producirle efectos negativos (problemas)” (CONADIC, Op. Cit. p. 23). En los resultados de los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (CTNOG), en el año 2000, podemos encontrar que el primer lugar lo ocupa la heroína con 27.3%, el segundo la cocaína con 20.6%, el tercero el alcohol 20.6% y en los lugares cuarto y quinto se sitúan la marihuana con 11.8% y los inhalables con 4.2.%, registrando estas últimas un importante disminución.

Las tendencias se revierten y para 2001 los Centros de Integración Juvenil reportaron como droga de inicio el alcohol (33.8%), el tabaco (20.1%), la marihuana (18.7%), los solventes inhalables (12.2%) y la cocaína (10.8%); mientras que para los Centros de Tratamiento No Gubernamentales se colocaron en orden de magnitud la marihuana (30.2%), el alcohol (27.8%), el tabaco (13.3%), los inhalables (12.4%) y la cocaína (7.5%).

Por lo tanto, la relación “consumo de marihuana igual a consumo de drogas peligrosas” se ve desacreditada de forma considerable si se toma en cuenta que *cualquier* persona que entra en contacto con sustancias, legales e ilegales, tiene grandes posibilidades de incluir en sus hábitos de consumo drogas más fuertes y que, como afirma el Observatorio 2002 (CONADIC, Op. Cit. p. 9), “el tabaco y alcohol son las sustancias más

consumidas por los jóvenes y son las drogas ‘llave’ para ingresar al uso y abuso de drogas ilegales.”

Un estudio (CONADIC, Op. Cit. p. 13) sobre la dependencia y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, descubrió que entre las personas de los 18 y a los 65 años, solamente el nivel de adicción combinado del alcohol y el tabaco en el último año, 1.8% y 1.1%, respectivamente, supera con creces al de las drogas, con un 0.4%.

1.1 Redefiniendo la teoría de la droga de entrada

Un estudio del Instituto RAND (Morrall, 2002, pp. 1493–1504), encontró que quienes consumen drogas pueden estar predispuestos a usarlas sin que medie una sustancia en particular, como el cannabis. La existencia de una propensión común puede explicar los motivos por los cuales las personas que usan sustancias ilícitas tienen más posibilidades de probar una segunda, que aquellos que jamás llegan a probar una primera droga. El uso de marihuana antecede al uso de drogas “fuertes” porque las oportunidades para usar la hierba se dan a una edad más temprana que las que se originan para las drogas “duras”. Los investigadores se dieron a la tarea de esclarecer si los tres factores que contribuían al riesgo de consumir de drogas “duras” podían explicarse sin necesidad de establecer la teoría de la “entrada” y lo lograron: su modelo estadístico podía explicar el riesgo de consumo experimentado por los usuarios de marihuana. De hecho, predijo que los usuarios de marihuana se encontrarían en mayor riesgo que el considerado por el gobierno, revelando que sólo una pequeña fracción de los usuarios de drogas “duras” no habían consumido primero la marihuana; y que la relación entre la frecuencia de uso y el inicio en las drogas “fuertes” podía acercarse a la información oficial.

En consecuencia, sin romper con la evidencia de la teoría de la entrada, propone un diferente enfoque sobre la valoración del cannabis, donde es necesario cambiar la estrategia de evaluación de los daños que causa la actual prohibición sobre la salud, desarrollo, educación y función cognoscitiva de los usuarios de esta sustancia.

2. *El síndrome amotivacional (S.A.)*

Las campañas preventivas aseguran que una consecuencia forzosa por consumir sustancias es la pérdida de la motivación para seguir siendo personas productivas de la sociedad.

McGlothlin (McGlothlin, 1968, pp. 370-378) define este padecimiento como la:

“...apatía, pérdida de la efectividad, capacidad disminuida o falta de voluntad para llevar a cabo planes complejos o de largo plazo, el soportar la frustración, períodos prolongados de intensa concentración mental, el seguimiento de rutinas, o la comprensión exitosa de conocimientos nuevos. La habilidad verbal se deteriora tanto en el habla como al escribir. Algunos individuos exhiben una gran introversión, se involucran más con el presente sin pensar en las metas futuras y demuestran una fuerte tendencia hacia el pensamiento infantil, regresivo y mágico.”

McKim (McKim, 1996, pp. 229-230) se pregunta qué viene primero, ¿el uso de marihuana o la pérdida de la motivación? Advierte que la información disponible no permite responder: a) qué tan común es el S.A., b) si la marihuana ocasionó directamente el cambio de conducta; y c) si el cambio causado por la marihuana, puede explicarse mejor como un cambio en las motivaciones generales, específicas, en las habilidades o en la personalidad. El investigador piensa que aunque existen pocas diferencias entre las calificaciones y el éxito académico entre usuarios y no usuarios, los primeros tienen mayores dificultades para establecer metas universitarias y sólo un número pequeño de estos se interesan por obtener títulos profesionales. Explica los resultados de algunos estudios, en los que es posible observar bajas calificaciones y mayores índices de abandono de la escuela en este sector particular, pero no son determinantes para establecer una relación directa de causalidad y, de existir dicho síndrome, éste se limitaría a un pequeño porcentaje de usuarios crónicos. Advierte: mientras la marihuana parece no disminuir la motivación, su consumo afecta la atención y la memoria, actividades intelectuales requeridas para el éxito en el ámbito escolar, por lo que una alta dosis de marihuana puede

evitar una carrera académica exitosa. En contraste, asegura, es probable que sean muy altos los deseos por alcanzar metas en los individuos que combinan altos niveles de cannabis y una carrera profesional exitosa.

Nelson (Nelson, 1994-1995, pp. 43-58), por otro lado, propone que el síndrome amotivacional no es una entidad sino un conjunto de conductas que emergen como resultado combinado de los efectos de una depresión preexistente o reactiva, al lado de la facilidad que tiene el cannabis para permitir un estado de atención único, predispuesto por aquellas personas con un factor de personalidad mayor al común, al que se le conoce como *trait absorption* o la “absorción de los atributos.” La supuesta desmotivación ante muchas actividades socialmente aceptadas, así como los cambios en las actitudes y las cualidades cognitivas asociadas al uso del cannabis, pueden representar una redefinición en el estilo, el significado y los valores de la atención, en vez de la inducción a una patología farmacológica. De ahí la baja efectividad de los programas preventivos; porque la necesidad de consumir la droga es, para muchos, una necesidad psicológica primaria que inhibe ese tipo de presiones externas. Esa “necesidad” es la predisposición de ciertas personas a buscar y elegir experimentar con estados de flujo o de introspección por sí mismos debido a las cualidades autocomplacientes del cannabis.

Jordi Camí (Camí, 1981.) concluye:

“Probablemente existe síndrome amotivacional donde el consumo de cannabis es un factor principal en la población; como si el síndrome amotivacional fuera la expresión de un síndrome depresivo latente y el consumo de cannabis (y de otras drogas, como el alcohol) fuera una forma de auto-medicación. Como sucede con muchos tópicos atribuidos a la cannabis, sólo estudios bien diseñados podrán establecer de forma definitiva la aparición o no de estos trastornos en una determinada población.”

3. *La potencia de la marihuana*

Es muy común escuchar afirmaciones de que el THC de la marihuana es 20 veces más potente que el de hace 20 o 30 años.

Usemos un poco de sentido común para describir muchos de los mitos de la cero tolerancia. El programa preventivo Vive Sin Drogas, expuesto con anterioridad, señala en las características de la marihuana:

“...se ha observado que la que se vende actualmente es de mayor potencia que la de hace diez años, (...) la modalidad más popular de marihuana se llama sin semilla y sólo contiene los botones y las flores de la planta hembra, con un contenido promedio de THC entre el 7.5% y el 24%.”

La información proporcionada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), órgano de investigación oficial del gobierno estadounidense, nos dice:

“La mayoría de la marihuana ordinaria tiene un promedio de 3% de THC. La “Sinsemilla”, que se produce con los botones y las flores de las plantas hembras, tiene una concentración promedio de THC de 7.5%, aunque puede llegar al 24%. (NIDA, 1996)

Y sobre la potencia, un informe de la DEA refiere:

“De acuerdo a los análisis de la Universidad de Mississippi, el contenido de THC en la marihuana de tipo comercial ha aumentado a través de los años, desde un promedio de 3.71% en 1985, hasta un promedio de 5.57 en 1998. Estos análisis también enseñan un aumento en el contenido de THC de la Sinsemilla, desde un 7.28% en 1985 hasta un 12.32% en 1998.” (DEA, 1999)

Curiosamente toda la información sobre la potencia fue obtenida del sitio web Streetdrugs (www.streetdrugs.org), recomendado por D.A.R.E. Internacional

(www.dare.org), sin referencia alguna de la institución o individuos detrás de su mantenimiento. Las cifras parecen estar manipuladas.

Tod Mikuriya y Michael Aldrich documentaron (Mikuriya, 1988) el fiasco detrás de estas aseveraciones:

“La historia de la supuesta potencia y peligrosidad de la marihuana fue resucitada en enero de 1986, por el finado Dr. Sydney Cohen, profesor de psiquiatría en la Universidad de los Ángeles (UCLA). ‘...el material es diez veces o más potente que el producto que se fumaba hace diez años, por lo que el estado de intoxicación es mucho más intenso y dura más tiempo.’ Adicionalmente Cohen aseguró que ‘la cantidad de THC en las muestras confiscadas tuvo un promedio de 4.1% durante 1984. La variedad Sinsemilla tuvo cerca de 7% con algunas muestras en el rango del 14%... toda la investigación sobre la marihuana hasta la fecha se ha realizado con material con uno o dos por ciento de THC, por lo que podríamos estar desestimando las tendencias de consumo actuales’ ”

Los autores concluyen que a pesar de la mayor disponibilidad de la Sinsemilla, su potencia no había cambiado significativamente en las muestras disponibles entre 1973 y 1975, con un promedio del 2.4% al 9.5% de THC. Para 1975 este oscilaba entre el 5% y el 14%. Para la marihuana de baja calidad, el rango de potencia en 1974 se encontraba entre el 0.01% al 7.8% de THC; mientras que para el año siguiente (1975) este rondaba entre el 2% y el 5%... el mismo del que se reporta hoy en día. Mikuriya asegura:

“Con tal amplitud de rango, la evidencia no puede demostrar el argumento de Cohen (...). Y decir que la potencia de la marihuana se ha incrementado 1,400% desde cualquier día hasta la fecha es un sinsentido.”

4. Propiedades médicas de la marihuana

Las investigaciones médicas demuestran que el cannabis puede ofrecer un tratamiento seguro y efectivo contra los espasmos musculares en los enfermos de esclerosis múltiple (Consroe, 1997), síndrome de Tourette (Sandyk, 1988), dolor crónico (Joy, 1999),

nausea y vómito en pacientes con VIH/SIDA (GW Pharmaceuticals, s.f.) y bajo quimioterapia (Sallan, 1980, pp. 135—138), hiperactividad de la vejiga en los pacientes con daños en la médula espinal (GW Pharmaceuticals, s.f.), así como dyskinesia ocasionada por la levodopa en la enfermedad de Parkinson (NPF, 2003).

5. *Efecto del consumo sobre el sistema inmunológico*

Hollister hace un balance objetivo (Hollister, 1992, pp. 159-163) sobre la literatura sobre el papel que la sustancia tiene en el cuerpo humano y advierte:

“El efecto de los cannabinoides en el sistema inmunológico aún no está definido. La evidencia ha sido contradictoria y solamente tiene validez en cierto nivel de inmunodepresión [baja de las defensas] de los estudios *in vitro*. Estos han perdido su confiabilidad con la aplicación de altas concentraciones de la droga para producir la inmunodepresión y la falta de comparación con otras sustancias de membrana activa. Entre más se acercan los estudios a un nivel experimental clínico, menos convincente se ha vuelto la evidencia. (...) La epidemia del SIDA ha distraído la atención de los inmunólogos hacia los efectos verdaderamente desastrosos que un retrovirus puede tener sobre una porción del sistema inmune. (...) La relación entre el uso social de las drogas y el desarrollo de manifestaciones clínicas del SIDA atraen algo de interés, sin embargo. A las personas infectadas con el virus pero sin el diagnóstico del SIDA se les ha recomendado evitar el uso de la marihuana o el alcohol. Este consejo puede ser razonable como una medida de salud general, pero no existe evidencia directa sobre la observancia de esta advertencia para prevenir daños al sistema inmunológico.”

6. *Peligrosidad de la marihuana frente al tabaco*

Nadie pone en tela de duda que el fumar cannabis o tabaco tenga implicaciones para el sistema respiratorio porque, al final, se trata de la combustión de plantas con cientos de compuestos químicos en su interior. Según un estudio sobre los peligros de ambas drogas

(Institute of Medicine, 1988, p. 15), estas contienen niveles similares de químicos nocivos, como monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, nitrosaminas y alquitrán. Jon Gettman (Erowind, 2001) explica que el riesgo de cáncer proviene del humo y no de los cannabinoides, es decir, de la forma de empleo de la droga más que de la droga misma. Los daños derivados por la inhalación pueden mitigarse por medio del consumo oral o con el uso de un vaporizador, un aparato diseñado para separar el THC a temperaturas menores a la combustión, entre los 130 y los 230 grados centígrados, con un impacto mínimo (la pureza del vapor es de 95% de THC) para el organismo.

7. Crimen y consumo de marihuana

Son comunes las advertencias sobre el nexo entre la criminalidad y el consumo de marihuana. El Gobierno de Zacatecas, por citar un ejemplo, asegura vehemente:

“El grupo social también se ve afectado por el consumo de marihuana, ya que se impacta la seguridad y el bienestar de la comunidad. Los efectos de esta droga provocan que el consumidor descuide el respeto a las normas y cometa imprudencias o se vea envuelto en accidentes, actos de violencia, vandalismo y riñas callejeras. Además como se trata de una sustancia comercializada por las redes de tráfico ilegal, se favorecen estas actividades ilícitas.”

Para refutar lo anterior, basta con acudir a las cifras que proporciona el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. El SISVEA obtiene de los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO), la información sobre las muertes registradas por causa accidental, incidental o intencional asociadas al uso de drogas psicoactivas. De las 4,498 muertes registradas del 1° de enero al 31 de diciembre de 2001, menos de la mitad (1,650 o 36.7%) de las personas se dictaminaron con influencia de drogas en el momento de su muerte. El primer lugar le corresponde al alcohol, con 1, 209 defunciones, luego la cocaína con 194, marihuana en 156, heroína en 121, etc.

De esas 1, 650 muertes, el 40.7% se clasificó como “accidental”, el 23.6% como “no violenta”, el 22.3% fueron homicidios y 13.5% suicidios. Del total de esos homicidios

asociados al uso de marihuana, el 32.7% (51 personas) se debieron a heridas por arma blanca o de fuego. (SISVEA, 2001, p. 1-7)

Además, los datos que aporta el SISVEA sobre los servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel de atención comprueban:

“La causa más frecuente de solicitud de servicio de urgencias entre las personas que refirieron uso de sustancias psicoactivas, fue la psicosis alcohólica diagnosticando así a 47 personas que representan a 13.4% del total, siguiendo en orden de frecuencia cirrosis con gastritis (7.4%), urgencias quirúrgicas (4%), afección osteomuscular (2.6%) y diabetes mellitus (2.3%), las demás patologías representan proporciones menores (cuadro n° 2).”

En cuanto a las lesiones por causas externas, el 60.5% de los pacientes se encontraban bajo el influjo del alcohol, el 9.7% cocaína y el 8.7% inhalables. Solamente 5 personas bajo los efectos de la marihuana reportaron haber sido agredidas con armas blancas.

LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS (P.R.D.)

CAPÍTULO I

Generalidades

1. Antecedentes históricos

Las P.R.D. tienen sus raíces en Inglaterra, Holanda y Estados Unidos (Riley, 93, 94) y ganaron notoriedad ante el grave consumo de drogas intravenosas (U.D.I.) y la epidemia de HIV/SIDA en Reino Unido. A principios de la década de los ochentas el Rolleston Committee aprobó el Modelo Mersey de mantenimiento de opiáceos, para aplicarse en Merseyside Liverpool. Posteriormente esto llevó a la creación del Mersey Regional Drug Training and Information Centre, como pionero de los centros de intercambio de jeringas. Dichos institutos requirieron del apoyo de la policía local para poder referir y tratar con seguridad a los enfermos adictos que ingresaban.

Los resultados de dichas instituciones fueron asombrosos:

“Toda la evidencia disponible sobre la infección por VIH entre los U.D.I.’s en Merseyside sugiere que la política de prevención (...) de la región es efectiva. (...) Se redujeron los problemas relacionados con drogas vistos en los servicios de salud, el uso compartido de equipos de inyección y la disminución de robos relacionados por drogas.”

2. Concepto

En este esquema el termino “riesgo” se emplea para explicar la probabilidad de que la conducta al consumir drogas produzca ciertas consecuencias negativas en la salud de las personas. Al consumir drogas, las palabras “riesgo” y “beneficio” se refieren a las consecuencias particulares negativas, positivas o neutras que pueden conceptualizarse en

tres niveles: salud física y psicológica, social y económica. Al mismo tiempo éstas pueden ocurrir en un nivel individual, comunitario (familia, amigos) y social (la comunidad en su conjunto), de corto o largo plazo.

3. Características

- Pragmatismo: La reducción de daños presupone que cierto nivel de uso de sustancias psicoactivas es inevitable y normal en la sociedad. Propone que a nivel comunitario se minimicen y reduzcan los efectos relacionados con las drogas, en vez de perseguir el ideal de erradicarlas por completo.
- Valores humanitarios: Es la elección del usuario el consumir sustancias, por lo que no deben expresarse criterios morales para condenar o apoyar este fenómeno, sin importar el nivel de uso o el contexto en el que se lleve a cabo. Se respeta la dignidad y los derechos del adicto o usuario.
- Eje en los daños: El objetivo principal consiste en reducir las consecuencias negativas del consumo, más que evitar la experimentación de las mismas. Pero no rechaza el objetivo terapéutico a largo plazo de la abstinencia.
- Imponen un complejo balance de costos y beneficios al implementar las medidas, así como al establecer la jerarquía de los objetivos a cumplir.

4. La reducción de riesgos en el aula de clases

Los modelos utilizados comúnmente en la prevención “universal” de programas como D.A.R.E., Vive Sin Drogas, Centros de Integración Juvenil, entre otros, no son los adecuados para los estudiantes de educación secundaria. Estas currículas imponen conocimientos y habilidades sin contenido emocional, por medio de una progresión secuenciada, con un maestro que da la clase y un alumno al que se le exige la lectura como medio de recepción del mensaje. Esto origina la superioridad jerarquizada del primero frente al segundo, el desprecio por la complejidad de la mentalidad adolescente sobre su personalidad y el mundo que lo rodea.

Cuando el joven llega a la etapa de los 12 a los 15 años, continúa repitiendo las mismas consignas antidrogas. Para algunos la publicidad negativa funciona; para otros no, sobre todo cuando alguien observa a algún amigo o conocido en una fiesta mientras consume cigarros, alcohol u otras sustancias. A menudo los instructores de programas preventivos se vean enfrentados con preguntas delicadas que no responderán por desconocer la respuesta, por tener prejuicios sobre el consumo o por temor a incomodar a los directivos escolares o a los padres de familia con una respuesta sincera.

Rodney Skager (Skager, 2003, 7-10) explica:

“Alguna de estas preguntas pueden tener como propósito comprobar la experiencia del maestro o ponerlo en una situación embarazosa. Aquí hay algunos ejemplos, entre una lista de preguntas que la gente joven generalmente hace, cuando se le da libertad de hacerlo:

“¿Qué es peor, la marihuana, los cigarros o el alcohol?”

“¿Por qué la marihuana es ilegal y los cigarros y el alcohol no?”

“¿Por qué los adultos se oponen tanto a que los niños tomen sustancias nocivas?”

“Creo que aprendo mejor cuando estoy bajo los efectos de la marihuana. Puedo concentrarme mejor en el trabajo. ¿Esto es verdad para todos?”

“¿Alguna vez ha probado drogas?”

“Estas preguntas escépticas no se realizan en un programa popular de prevención que tratan temas y asuntos que los adultos piensan son importantes. Cuestionamientos como los de arriba *pueden* contestarse, pero para hacerlo es necesaria la honestidad y la valentía.”

“La primer pregunta significa aceptar que penalizar la marihuana mientras se permite fumar y beber (a los adultos) tiene bases racionales dudosas. El joven que pregunta esto ya sabe de ante mano que los cigarros y el alcohol matan a cientos de miles de [personas] al año, pero nunca ha escuchado de algún muerto por usar

mariguana. Indudablemente, como la gente sí resulta lastimada o pierde su vida porque hicieron algo peligroso bajo la influencia de esas drogas, el defender el status quo del tema desacreditará al adulto en el que los adolescentes necesitan confiar, por requerir de su consejo sabio y compasivo.”

La honestidad y el realismo en un programa preventivo alternativo no implican consentir el consumo de sustancias legales e ilegales, sino una conciente valoración de tres grandes riesgos enfrentados al comenzar el consumo de bebidas alcohólicas, cigarros u otras drogas:

- Entre el 4% y el 10% (CONADIC, 2002, p. 25, cuadro 16) de los usuarios sufrirá problemas de salud por el uso de drogas, como dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, depresión, convulsiones o infecciones.
- Comprar y consumir alcohol, cigarros y otras sustancias está prohibido por la ley a los menores de 18 años. Manejar en estado de ebriedad o vender narcóticos puede derivar en el arresto y antecedentes criminales de por vida.
- El uso de sustancias adictivas y no adictivas puede ocasionar daños físicos, problemas sentimentales o familiares, así como conductas penosas que se lamentan después y que le suceden a la gente bajo los influjos de drogas que alteran la mente.

A partir de esa valoración de la realidad será posible desarrollar una discusión abierta sobre los fármacos de abuso y sus efectos.

Para un instructor bien capacitado, preguntas como las anteriores podrán servir para establecer diálogos productivos cuyo objetivo sea recopilar las observaciones y opiniones de los adolescentes y promover la mentalidad crítica para una correcta dinámica. Es indispensable el balance entre una sana relación interpersonal entre las partes para evitar la unilateralidad del proceso educativo.

Los principios de una política de reducción de riesgos basada en la realidad deben ser el respeto, la confianza, la flexibilidad y la responsabilidad.

Skager (Skager, 2003, 7-10) dice que para obtener la confianza con los adolescentes el adulto debe demostrar que tiene conocimientos sobre alcohol y otras drogas, así como de los resultados positivos o negativos sobre su uso. Dar una respuesta sincera es *esencial*, aunque ésta sea “no lo sé”, mientras se deje abierto el debate para la siguiente sesión. El maestro debe mostrar un genuino interés por la salud y seguridad de sus alumnos, pero no debe juzgar las conductas para no romper el vínculo establecido. Los valores, opiniones y la experiencia tienen que ser respetadas; los juicios deben ser medidos, y las sugerencias sutiles, sobre lo poco sabio o seguro del comportamiento, para no degradar al alumno ante la clase.

La flexibilidad en el aprendizaje se logra al darle prioridad a la respuesta de los cuestionamientos y, aún más, permitiéndole al educando establecer temas de discusión de su interés.

La responsabilidad se obtiene al mantener al día el ambiente social en el que se desenvuelve el estudiante; al reconocer y evaluar los conocimientos que comparten hacen más redituables los esfuerzos.

CAPÍTULO II

Propuestas de políticas de reducción de daños

1. El Modelo de Asistencia al Estudiante (MAE)

Inspirado en el “Comprehensive Student Assistance Model” de Rodney Skager (Skager, Op. Cit. p.11-18), la función de estos programas es identificar y asistir a los jóvenes con problemas de abuso de alcohol, tabaco o drogas. Los departamentos de orientación educativa o de trabajo social pueden atender al estudiante con problemas de estudio o de comportamiento, con el apoyo de la familia, de amistades o de grupos de discusión extra clase. El objetivo es no desperdiciar recursos de tiempo y dinero ante la fragmentación de cada programa (tabaquismo, educación sexual, etc.) y, por el contrario, integrarlos en una sola oficina, relacionando multifactorialmente las conductas de riesgo (embarazos no deseados, por ejemplo), para evitar el contacto con alcohol y otras sustancias.

El modelo se encargaría de difundir en los mensajes pautas bien definidas sobre cualquier tipo de dependencia, promovería la remisión del joven para ayudarlo y establecería consecuencias claras, medidas y compasivas ante el uso, venta o distribución de sustancias prohibidas dentro de la institución.

El personal podría intercambiar información mediante lineamientos de confidencialidad, tanto a los directivos de la escuela, padres de familia, instituciones gubernamentales, entre otros, para mejorar el desarrollo de futuras políticas educativas.

Los capacitadores deben tener amplia experiencia sobre las sustancias psicoactivas y el contexto en el que se desenvuelven los usuarios, conocer los términos más comunes para hablar con naturalidad al estudiante y tener habilidades de asesoría grupal e individual.

2. Folleto informativo sobre el Ecstasy

(Cortesía de Safety First. Adaptación para la ciudad de Hermosillo, Sonora).

Edúcate

INFORMACIÓN sobre DROGAS:

ECSTASY

¿Qué es?

El Ecstasy es una píldora que se toma oralmente. Las pastillas se reconocen por los diferentes colores e impresos, como delfines azules, cocodrilos amarillos o palomas. Estas descripciones son para conocer la “marca” de la sustancia. En casos muy raros el MDMA (el compuesto activo) se vende en forma de polvo.

También conocido como MDMA (metilenedioximetanfetamina), el Ecstasy se sintetiza en un laboratorio. Es un estimulante que tiene mucho parecido con el speed (metanfetamina) y el MDA (metilenedioxianfetamina).

Ya que el Ecstasy es ilegal y no tiene control médico, es imposible saber lo que contiene cada “dosis.” Además del MDMA, las píldoras de Ecstasy pueden contener distintos niveles de MDA, estimulantes como *speed* o cafeína, anestésicos como la ketamina o el dextrometorfán (DXM) (Henry, p. 71). No hay nada que garantice el contenido de una píldora. Hay paquetes de prueba disponibles que pueden determinar si las pastillas contienen MDMA u otras sustancias parecidas al Ecstasy, pero no la cantidad real o la presencia de otros contaminantes. (Holland, p. 160)

Los riesgos

Algunos usuarios se sienten deprimidos a las 24 o 48 horas de la experiencia. Con el uso prolongado los efectos percibidos son cada vez más difíciles de obtener. Aunque no es químicamente adictivo, puede existir el deseo de “seguir el viaje”, lo que resulta en mayores dosis o frecuencia de uso. Con el aumento de la dosis es probable que los usuarios se sientan cansados o les duela la quijada. (Jansen, p. 104)

La hipertermia –un peligroso incremento de la temperatura corporal– es el efecto secundario más común. Las reacciones hipertérmicas son el resultado de combinar el Ecstasy con bailes prolongados y extenuantes en un cuarto sofocado, sin líquidos reconstituyentes. Los casos de sobredosis son raros y, como la hipotermia, se asocian a la deshidratación o la combinación de otras drogas, más que al uso directo del MDMA.

Los efectos de largo plazo del Ecstasy siguen bajo investigación. Algunos investigadores creen que hay cambios cerebrales permanentes por el uso repetido. Algunos estudios sugieren que el Ecstasy afecta los niveles de serotonina y dopamina, pero no está claro cuál es el impacto que tendrá esto sobre el cerebro. (Baggott y Mendelson, p. 111) El Ecstasy puede causar arritmias en el corazón y aquellos que experimentan hipertensión (presión alta) o problemas cardiacos deben evitar usarlo. (Goode, p. 260)

Frecuencia de uso

El Ecstasy es una nueva droga recreativa y se registró su consumo desde 1997 en el 0.9% de los estudiantes de la Ciudad de México. Las estadísticas demuestran una creciente tendencia en el uso para el año 2000, con cerca de 2.5% de dichos adolescentes.

Disponibilidad y uso

Las tabletas de Ecstasy son populares en la escena de los *raves* y las discotecas. Su costo oscila entre los 100 y los 250 pesos. Una dosis típica entre 100 y 250 miligramos dura de 4 a 8 horas.

El efecto

El Ecstasy es atractivo porque los usuarios reportan sentirse bien sobre sí mismos y la gente que los rodea. Los usuarios se describen como abiertos, incluyentes, espirituales, bellos, angelicales y sin miedo bajo su influencia. Típicamente utilizada en reuniones sociales, se considera al Ecstasy como una droga sensual. Sus efectos se estimulan con efectos visuales, sonidos, olores y el tacto. Después de tomar la pastilla, los usuarios sienten la relajación y la claridad cuando comienza a hacer efecto.

Síntomas del uso

Algunos usuarios pueden experimentar náuseas al comienzo. Las pupilas se dilatan, haciéndolas sensibles a la luz intensa. La presión en la quijada y la fricción de los dientes también son efectos comunes. Los sentidos se amplifican al usar Ecstasy, por lo que usualmente el consumidor desean intensificarlos por medio del baile, la plática o el tacto.

Reducción de riesgos

Para reducir los riesgos se necesita:

1. No tomar más de una pastilla.
2. Al bailar, tomar descansos periódicos.
3. Tomar agua, pero no en exceso. La sobrehidratación es un riesgo si se consumen demasiados líquidos. Para bailar o ejercitarse bajo la influencia

del Ecstasy se requiere consumir un par de vasos de agua o fluidos que repongan el balance electrolítico (Gatorade) cada hora. (Holland, p. 171)

Lectura recomendada

Holland, Julie, MD, ed. *Ecstasy: The Complete Guide*. Vermont: Park Street Press, 2001. ISBN: 0892818573

Bibliografía (...)

Sobre Safety First

Safety First es un proyecto de la Drug Policy Alliance y está dedicada a proveer a los padres de familia y a los adolescentes con información honesta y científica sobre drogas. Para mayor información, visitar www.safety1st.org

Safety

First

2233 Lombard, Street

San Francisco, CA 94123

T: 415.921.4987

F: 415.921.1912

E: info@safety1st.org

W: www.safety1st.org

Esta hoja informativa puede ser reproducida para propósitos educativos y no comerciales, si se reproduce en su totalidad y se da crédito a los autores.

3. *Folleto informativo de reducción de daños de la compañía tabacalera Philip Morris, incluido en las cajetillas de cigarrillos. (Philip Morris, 2003)*

INFORMACIÓN PARA FUMADORES

Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso en el recién nacido.

Información de Philip Morris International

Proporcionamos esta información como parte de nuestro compromiso de comunicar importantes temas relacionados con los efectos del consumo de tabaco en la salud, la adicción, y el consumo de tabaco por menores. Como en todos los asuntos de salud, usted debe consultar a un médico sobre los riesgos del consumo de tabaco y las formas de dejarlo.

El consumo de tabaco es adictivo y peligroso

Fumar tabaco es causa de muchas enfermedades graves y fatales, incluyendo el cáncer pulmonar, enfermedades cardíacas, y enfisema. El riesgo que usted corre de enfermarse por fumar es muy alto. No piense que el consumo de tabaco no afectará *su* salud.

Nunca debe fumar si está embarazada. Fumar durante el embarazo puede perjudicar a su bebé y provoca, entre otras cosas, bajo peso en el recién nacido.

Las autoridades de salud pública, incluyendo la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, han concluido que el humo del tabaco en el ambiente provoca o incrementa el riesgo de enfermedades en los no fumadores. Usted debe tener esto en cuenta al decidir estar en lugares donde exista humo de

tabaco en el ambiente, o si es fumador, cuándo y dónde fumar en presencia de otras personas.

No fume alrededor de los menores ya que ellos son particularmente susceptibles al humo del tabaco en el ambiente.

Dejar de fumar reduce en gran medida el riesgo de enfermarse.

Dejar de fumar puede resultar difícil, pero es posible. Para obtener consejos y ayuda para dejar de fumar, consulte a su médico.

Usted no debe asumir que los cigarros con bajos niveles de alquitrán son menos nocivos o mejores para usted.

Usted no debe suponer que las marcas de cigarros que utilizan descripciones como “Ultra Light”, “Light”, “Médium”, “Mild” u otras marcas con bajo contenido de alquitrán son menos dañinas o que el fumar dichas marcas le ayudará a dejarlo. De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha informado que cambiar a productos con menores contenidos de alquitrán no ofrece beneficios significativos para la salud.

En las cajetillas de cigarros, términos como “Ultra Light”, “Light”, “Médium” y “Mild” describen la firmeza y el sabor. Las cifras de alquitrán y nicotina muestran el contenido promedio de alquitrán y nicotina por cigarro, según las pruebas de máquina bajo estándares ISO (Organización Internacional de Estandarización) que exigen muchos gobiernos. Estas cifras también proporcionan una indicación de firmeza y sabor.

Las cifras de contenido de alquitrán y nicotina no necesariamente reflejan la cantidad de alquitrán no necesariamente reflejan la cantidad de nicotina y alquitrán

que usted realmente inhala, porque las personas no fuman igual que las máquinas que se utilizan en los métodos de prueba.

La cantidad de alquitrán y nicotina que realmente se inhala depende de cómo usted fume. Será mayor que las cifras enunciadas de contenido de alquitrán y nicotina si, por ejemplo, usted inhala más profundamente, da más fumadas o bloquea los orificios de ventilación.

No existe tal cosa como un cigarro seguro. Si le preocupan los efectos en la salud del consumo de tabaco, debe dejarlo.

Los menores no deben fumar

Hable hoy con sus hijos acerca de no fumar. Explíqueles por qué no deben fumar. No deje sus cigarros al alcance de los menores.

El humo del cigarro contiene miles de químicos

Muchos de esos químicos son cancerígenos o tóxicos. Cuando usted fuma, está inhalando estos químicos.

Los cigarros contienen otros ingredientes, además de tabaco.

Los cigarros están hechos principalmente de tabaco. Los ingredientes se utilizan como saborizantes o agentes auxiliares en su elaboración (por ejemplo, para conservar la humedad del tabaco). Adicionalmente, el papel para cigarros y los filtros contienen ingredientes tales como colorantes y adhesivos.

Por favor visite nuestra página de Internet www.pmintl.com.mx para obtener más información sobre los asuntos antes mencionados.

Conclusiones

Como es posible observar, la información proporcionadas por las campañas de prevención antidrogas está seriamente comprometida y en el peor de los casos, ante tantas fuentes de información sobre el tema, observar los dos lados de la moneda se vuelve extremadamente confuso para el adolescente en busca de respuestas.

La confección de estos programas preventivos resulta compleja al carecer el país de un sistema de medición epidemiológica local y regional que complemente las investigaciones del gobierno federal y le ayude a delinear políticas públicas uniformes y adaptables a cada región de la República. Los Estados como Sonora tienen un papel secundario, gracias a las pocas disposiciones legales que facultan a las autoridades a dar una lucha integral contra la fármacodependencia; su mayor aportación son cinco clínicas de rehabilitación, ubicadas en distintas localidades de Sonora. Por otro lado, los municipios necesitan más facultades para adaptar y distribuir los recursos en las regiones de mayor conflicto, así como ser el primer frente de prevención, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

Es alarmante, como la misma Secretaría de Salud lo admite, que “en México no se ha desarrollado una cultura [de] la evaluación de programas y acciones a nivel de políticas públicas implantadas y representa un importante vacío que debe ser cubierto.” (CONADIC, Op. Cit. p. 62)

Por lo tanto, sería interesante tomar caminos alternos en la prevención de adicciones. Como en el tema de la educación sexual, la nueva educación de las drogas deberá estar libre de tabúes, estereotipos, prejuicios morales o religiosos; debe inculcar principios de respeto, moderación, tolerancia y responsabilidad. La estrategia es complementar y reformar, no desaprobando los éxitos acumulados con el paso de tiempo. De hecho, existe información (CONADIC, pp. 137-138) que sugiere incrementos considerables de consumo en las poblaciones de estudiantes (educación media superior) que no recibieron

intervenciones sistémicas sobre drogas. Castro (Castro, 2003) afirma que la negación (la resiliencia) del consumo “puede adquirirse y ser negociada con el medio ambiente, de forma intencional, evidencia que se aplica para el desarrollo de técnicas y modelos de prevención.” Las políticas de reducción de daños se dirigen al gran porcentaje de adolescentes que no tendrán contacto con narcóticos, pero también a ese pequeño grupo que decidirá hacerlo en algún momento de su vida; una población de alto riesgo muchas veces ignorada por las políticas abstencionistas y la que más sufre las consecuencias de nuestra inacción.

Las Políticas de Reducción de Daños no sólo se encargan de los problemas relacionados con las drogas, sino que son aplicadas diariamente en distintos ámbitos de nuestra realidad social:

- *Alcohol*: Cuando las campañas preventivas de abstinencia (“si toma, no maneje”) fracasan o no funcionan con los bebedores crónicos, la siguiente trinchera de defensa es la promoción de la moderación, la implementación de medidas estándar de consumo, el conductor designado, el uso de taxis y la cooperación de los cantineros para detectar a los clientes problemáticos potenciales. Así, la última línea defensiva la representa la policía y los operativos contra los conductores ebrios.
- *Tabaco*: Respecto a esta sustancia, pueden establecerse estándares mínimos de consumo y la promoción de las actividades físicas para evitar los efectos secundarios del fumar. Destacan la aplicación de políticas laborales que prohíben fumar en áreas públicas, gubernamentales, y centros de trabajo; así como programas para dejar de fumar, sustitución de nicotina por parches, chicles, e inhaladores de nicotina.
- *Relaciones sexuales*: Como se mencionó en el capítulo introductorio, una educación sexual realista promueve el sexo seguro (el uso del condón, anticonceptivos) libre de consideraciones morales o religiosas. Además, es un auxiliar indispensable para luchar contra las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA.

Además, se hace necesario la creación planteles y aulas de tamaño pequeño en donde se favorezca la sana relación entre el educador y el educando; el desarrollo de currículas desafiantes para todos los estudiantes (realizar esfuerzos continuos y permanentes para mantener al estudiante con un buen o mal rendimiento bajo un aprendizaje de alto nivel); establecer hábitos intelectuales que hagan de la escuela una comunidad de respeto; realizar evaluaciones que demuestren el complejo proceso de aprendizaje del adolescente; escoger al personal académico comprometido con la enseñanza; y conmutar los castigos por actividades que retengan al educando en el aula, hará que el estudiante pobre, de hogares o vecindarios disfuncionales, se mantenga en la escuela.

Lo anterior se apoya con información (CONADIC, 2002, pp. 49-50) de los Consejos Tutelares de Menores (2001), que registraron el ingreso de 6,341 infractores, entre los 10 y los 18 años de edad, de los cuales la mayoría (30.4%) tenían estudios de primaria incompleta y de secundaria incompleta (25.4%). Más de la mitad de los entrevistados (61.9%) mencionaron la falta de interés en los estudios como la principal causa de abandono.

Como dice Engelsman (Engelsman, 1989, 137-144), “el problema de las drogas es serio, pero no más serio que cualquier otro problema social o de salud. Los usuarios de drogas pueden funcionar como cualquier otra persona en un sistema social caracterizado por la reciprocidad y la responsabilidad.”

La decisión es nuestra.

Bibliografía

A

Aberastory, A. Y Knobel, M. (2001). "La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico." Paidós, 1era. reimpresión. p. 39

Astorga, Luis. (2003). "Drogas sin fronteras" Editorial Grijalbo. México.

Astorga, Luis. (2001, mayo). "La seguridad dependiente." Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C. Año 7, número 77. México.

B

Biehl, Loreto. (1999) *The Role of the police in violence prevention* Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenido, División de desarrollo social. Technical note no. 9, pp. 1-12. Tomado el 3 de octubre de 2003 desde <http://www.iadb.org/sds/doc/SOCTechnicalNote9E.pdf>

Black, Susan. (2002, diciembre). *Keeping Kids in School: Who can play the biggest role in preventing dropouts? Hint: It's not the students.* American School Board Journal. Vol. 189, no. 12

Bonnie J., Richard. y Whitebread H., Charles. (1970, octubre) *The forbidden fruit and the tree of knowledge: And inquiry into the legal history of american marijuana prohibition.* Publicado en el Virginia Law Review #6, volumen 56. Tomado el 26 de febrero de 2004 desde <http://www.druglibrary.org/schaffer/LIBRARY/studies/vlr/vlrtoc.htm>

Brailowsky, Simón. (1995). "Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología". Fondo de Cultura Económica (FCE).

C

Camí, J. (1981) "Los trastornos que se utilizan en contra del cannabis" Cañamo. Extraído el 14 de noviembre de 2003 desde [http://www.canamo.net/MEDICINAL/articulos Maria-Medicinal/articulo_01.htm](http://www.canamo.net/MEDICINAL/articulos_Maria-Medicinal/articulo_01.htm)

Cannabis: Report by the Advisory Committee on Drug Dependence. (1969). Reino Unido. Subcomité de Halucinógenos del Parlamento británico.

Castro, M.E. y Llanes, J. (2002, junio). "La prevención de riesgos psicosociales en la vida cotidiana." Consejo Nacional Contra las Adicciones; Boletín especial sobre fármacodependencia. p. 24-29. Tomado el 9 de octubre de 2003 desde http://www.conadic.gob.mx/doctos/bci_jn2602_prev.pdf

Castro, M.E. y Llanes, J. (2003). "Prevención científica de la fármacodependencia en México." Boletín especial sobre fármacodependencia *Si tu quieres... la vida es la neta.*

Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. Tomado el 9 de noviembre de 2003 desde <http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/bolfar.htm>

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (s.f.) “Síndrome de intoxicación y abstinencia de la marihuana”. Tomado el 1º de agosto de 2003 desde <http://www.cij.gob.mx/tratamientoFiles/tratsindmarihuana.htm>

Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) (2002). “Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002: Las encuestas con estudiantes: una población en constante riesgo” CONADIC/Secretaría de Salud.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2003). “¿Qué es la marihuana?” CONADIC, Secretaría de Salud. Tomado el 23 de septiembre de 2003 desde <http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/abcmarihuana.htm>

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2001) “Programa de acción: Adicciones y farmacodependencia” Secretaría de Salud.

Consroe y cols. (1997). *The Perceived Effects of Smoked Cannabis On Patients With Multiple Sclerosis*. European Neurology. Tomado el 23 de agosto de 2003 desde http://www.druglibrary.org/crl/movement/Consroe%20et.al%201997%20Multiple%20Sclerosis_%20Eur.Neurology.pdf

D

DEA. (1999, septiembre). *Mexican Marijuana in the United States*. Intelligence Production Unit, Intelligence Division, DEA Headquarters.

“Derechos del pueblo mexicano: México a través de sus constituciones”. (1967, México). Editado por la XLVI legislatura del Congreso de la Unión.

Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) (2000) “Norma Oficial Mexicana NOM.-028-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.”

Díaz Müller, Luis. (1994). “El imperio de la razón: drogas, salud y derechos humanos”. 1a. Edición. Universidad Nacional Autónoma de México. 182 p. México.

Drug Policy Alliance. (2002). *Safety First: A Reality-Based Approach to Teens, Drugs, and Drug Education*. Htpotter, Communications (eds.). Tomado el 1º de agosto de 2003 desde www.safety1st.org

E

Engelsman, E. L. (1989) *Het Nederlandse drugbeleid in Westeuropes perspectief* M.S. Groenhuijsen en A.M. van Kalmthout (eds.). Gouda Quint. Traducción por P. Cohen

Escohotado, Antonio. (1995). “Historia General de las Drogas”. Editorial Alianza.

F

Fulcher, R. (2001) *Health District: D.A.R.E. 'ineffective'*. The Story (Hermosawave Internet) Tomado el 11 de octubre de 2003 desde <http://easyreader.hermosawave.net/news2001/0517/HBdare0503.asp>

G

García Ramírez, Sergio. (1980) “Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos” Editorial Trillas. México.

García, V. J. (2003, 2 de mayo). “Por una cultura de las drogas y el cambio a la legislación represiva.” Conferencia dictada en la conferencia del partido México Posible, en la Ciudad de México, en el marco del Día Internacional por la Liberalización de la Marihuana. Tomado el 3 de agosto de 2003 desde http://www.vivecondrogas.com/vcd_p03/cultuijpg.htm

General Accounting Office (GAO) (2003). *Youth illicit drug use prevention: D.A.R.E. long-term evaluations and federal efforts to identify effective programs. Reporte GAO-03-172R p. 2.*

Galbraith, J. K. (1975). *Economics and the Public Purpose*. Harmondsworth: Penguin. p. 22

Galbraith, J.K. (1983). *The Anatomy of Power*. Boston Houghton Mifflin. pp. 4-5, 14-15 y 109.

Gesell, Arnold., y cols. (1997). “El adolescente de los diez a los dieciséis.” Paidós (eds.). 2ª reimpresión. pp. 970, 973, 975, 1004, 1007, 1034, 1039, 1045 y 1073.

Gobierno de Zacatecas. (s.f.). “¿Qué es la marihuana?” Tomado el 2 de octubre de 2003 desde <http://www.zacatecas.gob.mx/ssz/informacion/adicciones/mari.htm>

GW Pharmaceuticals. (s.f.) *AIDS Wasting Syndrome*. Tomado el 3 de agosto de 2003 desde http://www.gwpharm.com/cann_ther_aids.html

GW Pharmaceuticals. (s.f.). *Spinal cord injury*. Tomado el 8 de octubre de 2003 desde http://www.gwpharm.com/cann_ther_spin.html

H

Haes W., Schuurman J. (1975). *Results of an Evaluation Study of Three Education Methods*. International Journal of Health Education. 18; pp. 1-16.

Hammersley. R. y Cols. (2003, febrero). *Substance use by young offenders: the impact of the normalization of drug use in the early years of the 21st century*. Department of Health and Human Sciences, University of Essex, Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Tomado el 17 de septiembre de 2003 desde <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors261.pdf>

Herer, Jack. (1998). *The emperor wears no clothes*. Ah Ha Publications. 291 p. Tomado el 2 de enero de 2004 desde <http://www.jackherer.com/>

Hollister, Leo M.D.(1992, abril-junio). *Marijuana and Immunity*. Journal of psychoactive drugs. Vol. 24, pp. 159-163. Tomado el 2 de noviembre de 2002 desde http://www.pdxnorml.org/JOPD_Immunity_Hollister_92.html

I

International Harm Reduction Development (IHRD) (2001). "Drugs, AIDS and harm reduction" Open Society Institute, George Soros Foundation. Herlin Press, Inc. (Eds.) p. 12.

Institute of Medicine. (1988). *Marijuana and Health*. National Academy Press. p. 15

Irwin, John., Shiraldi, Vincent., y Ziedenisberg, Jason. (1999, 30 de marzo) *America's One Million Nonviolent Prisoners*. Justice Policy Institute. Tomado el 15 de enero de 2004 desde <http://www.justicepolicy.org/article.php?id=300>

J

Janssen, Otto. (1992, junio). *Normalization of the drugs problem: an outline of the dutch drug policy*. Legalisierung von Heroin - Die neue Debatte. Institute of Criminal Science / Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRo) Tomado el 3 de noviembre de 2003 desde <http://www.drugtext.org/library/articles/ojan1.html>

Jordan, Will, y cols. (1994, agosto). *Exploring the Complexity of Early Dropout Causal Structures*. Center for Research on Effective Schooling for Disadvantaged Students. Johns Hopkins University. Reporte No. 48.

Joy, J. E. Et al. (1999). *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*. Division of Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. 1999. p. 259 Extraído el 23 de octubre de 2003 desde <http://books.nap.edu/html/marimed/>

K

Kumate, J. (2002, junio). "Percepción de riesgos y consumo de drogas en jóvenes mexicanos". Consejo Nacional Contra las Adicciones; Boletín especial sobre farmacodependencia. p. 6-11

L

Lee, Valerie, and David Burkam. (s.f.). *Dropping Out of High School: The Role of School Organization and Structure*. University of Michigan

Lynam, D.R. y Cols. (1999). *DARE- Project DARE: No Effects at 10-Year Follow-Up*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, University of Kentucky. Vol. 67, No. 4. Tomado el 12 de octubre de 2003 desde <http://www.apa.org/journals/ccp/ccp674590.html>

M

Marcuse, H. (1987). *Eros and Civilisation: A Philosophical Inquiry into Freud*, Ark Publishers.

Marina, José Antonio. (1998, mayo 8). “El timo de la sociedad de la información” ABC Cultural. No. 340, p. 63, sección “Creación ética.” Tomado el 25 de octubre de 2003 desde <http://www.audiovisualcat.net/publicacions/Q2timo.pdf>

McAllister, William. (1992). *Conflicts of Interest in the International Drug Control System*. Pennsylvania State University Press.

McGlothin, W.H. y West, L.J. (1968). *The marihuana problem: An overview*. American Journal of Psychiatry. Vol. 125, pp. 370-378.

Mckim, A.W. (1996) *Drugs and behavior: an introduction to behavioral pharmacology*. Prentice Hall; 3ra. edición, pp. 229-230

McPartland, James, and Will Jordan. (s.f.). *Essential Components of High School Dropout Prevention Reforms*. Johns Hopkins University

Medina-Mora y cols. (1991) “Encuesta nacional sobre el uso de drogas en la comunidad escolar, 1991” Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, División de investigaciones epidemiológicas y psicosociales. Tomado el 27 de septiembre de 2003 desde http://www.impcdsm.edu.mx/encuestas/encuesta_1991_cd.html

Medina-Mora y cols. (1993). “Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal Medición Otoño de 1993”. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, División de investigaciones epidemiológicas y psicosociales. Tomado el 16 de septiembre de 2003 desde http://www.impcdsm.edu.mx/encuestas/encuesta_1993_cd.html

Mikuriya, T. H. y Aldrich, M.R.
Cannabis 1988 Old Drug, New Dangers: The Potency Question
URL: <http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/general/potency.htm>

Michigan State University School of Criminal Justice.(2000). *DARE Michigan Curriculum Update*. Tomado el 4 de agosto de 2003 desde http://www.cj.msu.edu/~outreach/dare/elemenupd_2002.html

Morrall, A.R., McCaffrey, D. F. y Paddock, S. M. (2002) *Reassessing the Marijuana Gateway Effect*. Drug Policy Research Center, RAND Corporation. *Addiction* 97:1493–1504. Tomado el 11 de septiembre de 2003 desde <http://www.rand.org/publications/RB/RB6010/RB6010.pdf>

Moshman, D. (1999, abril) *Adolescent Psychological Development*. University of Nebraska Lawrence Erlbaum Associates, Inc (eds.)

N

Nahas, Gabriel. (1985). *Hashish and drug abuse in Egypt during the 19th and 20th centuries*. Bulletin of the New York Academy of Medicine No. 61.

Nahas, G. (1990) *Keep Off the Grass: The Classic Report on the Medical Hazards of Marijuana*. Paul S. Ericksson (ed.). 5a edición.

National Academy of Sciences. (2001). *Juvenile Crime, Juvenile Justice*, National Academy Press. Tomado el 23 de octubre de 2003 desde: <http://www.nap.edu/books/0309068428/html/>

National Institute of Drug Abuse. (1996, marzo-abril). *Facts about marijuana and marijuana abuse*. NIDA Notes Tearoff. Volúmen 11, No.2.

National Parkinson Foundation, Inc. (1996) *Cannabis (Marijuana): Is it useful for Parkinson's Disease?*

National Parkinson Foundation, Inc. (NPF) (s.f.). *Cannabis (Marijuana): Is it useful for Parkinson's Disease?* Parkinson's Disease Update (ed.). Tomado el 23 de agosto de 2003 desde <http://www.parkinson.org/marijuanause.htm>

Nelson, P.L. (1994-1995) *Cannabis amotivational syndrome and personality trait absorption: a review and reconceptualization*. *Imagination, Cognition and Personality* 14(1), 43-58. Tomado el 20 de noviembre de 2003 desde <http://www.ukcia.org/research/PersonalityTraitAbsorption.html>

Nowlis, H. (1980). *Drugs Demystified*. UNESCO Publishing.

O

Ovalle Favela, José. (1975). "La nueva regulación de los delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos". *Legislación y jurisprudencia* # 13. México.

P

Pérez Montfort, Ricardo. (2000, marzo) *Historias primigenias*. Revista Nexos #267.

Petterson J. (2001) "Consumo de Drogas en Población Estudiantil." *Memorias de la VIII Reunión Interinstitucional de Salud en el Estado de Sonora*, efectuada los días 29 y 30 de Marzo de 2001, en el Auditorio del Hospital Ignacio Chávez. Tomado el 25 de septiembre de 2003 desde <http://plazasol.uson.mx/hge/revista/vol2-3/seis.htm>

Porte Petit, Celestino. (1965). "Evolución legislativa penal en México". Editorial jurídica mexicana. México.

Procuraduría General de la República (PGR) (s.f.). "Mariguana" Tomado el 10 de agosto de 2003 desde <http://www.pgr.gob.mx/narco/drogas.html>

Procuraduría General de la República (PGR). (2002) "Programa Nacional para el Control de Drogas 2001-2006". Primera edición.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002). "Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA Diciembre 2002" Extraído el 3 de junio de 2003 desde <http://www.onu.org/temas/sida/informe2002/resumen.pdf>

Q

"¿Qué es la mariguana?" (s. f.) Extraído el 10 de septiembre de 2003 desde http://www.vivesindrogas.com/tipos_drogas/mariguana.shtml

R

Rademakers, J. (1997). "Cambiar la conducta sexual de los jóvenes." Ponencia presentada 3, 4 y 5 de noviembre en el IV Congreso de la Sociedad Española de Contracepción, en el Palacio de Exposiciones y Congresos de la ciudad de Granada, España. Tomado el 4 de octubre de 2003 desde http://www.sec.es/cd_granada/ponencias_08.htm

Ramsey, Bob. (1997) *A history of US drug laws*. Drug Policy Forum of Florida. Estados Unidos. Tomado el 6 de febrero de 2004 desde <http://www.dpft.org/history.html>

Reynoso Dávila, Roberto. (1992). "Reclusión preventiva de alcohólicos y otras medidas de seguridad represivas al alcoholismo." Historia del Derecho Penal. Cárdenas Editores. México.

Reconsider Quarterly (The Education Issue) (2001-2002) *Poor results prompt D.A.R.E. to create new curriculum; one drug education expert wonders... ¿Are we doing enough?* The Reconsider Quarterly. Vol. 1, no. 4, p. 2.

Ridgway, S. (1997). Sexuality and modernity: the sexual revolution of the 60s. Isis creations (eds.) Obtenido el 29 de septiembre de 2003 desde <http://www.isis.aust.com/stephan/writings/sexuality/revo.htm>

Rijswijk. (1985). *Policy on drug users*. Ministry of welfare, Health, and Cultural Affairs. The Netherlands.

S

Safety First. (2003). *Educate yourself. Facts about drugs: ecstasy*. Drug Policy Alliance. p. 1-2. Tomado el 2 de agosto de 2003 desde www.safety1st.org/educate/drugfacts/ecstasy.html

Sandyk, R. y Awerbuch, G. (1988, diciembre). *Marijuana and Tourette's Syndrome*. Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol. 8/No. 6. University of Arizona. Tomado el 25 de agosto de 2003 desde http://excerpts.thedrugsindex.org/thedrugsindex/psychedelic_library/Annonym/Tour.htm

Sallan, S. Y cols. (1980). *Antiemetics in Patients Receiving Chemotherapy for Cancer*. *The New England Journal of Medicine*. 302(3): pp. 135-138.

Secretaría de Salud (2002). "Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (resumen ejecutivo)" Secretaría de Salud (Ed.) p. 25

Sherman, L. W. (1990). *Police Crackdowns: Initial and Residual Deterrence*. M. Tonry and N. Morris (eds.). *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, Vol. 12. University of Chicago Press.

Shedler, J.S., & Block, J. (1990). *Adolescent drug use and psychological health*. *American Psychologist*, 45, 612-630.

Shepard, Edward. y Blackley, Paul. (2003, noviembre). *Drug Enforcement and Crime: Recent Evidence From New York State*. Economics Department, LeMoyne College, Syracuse, New York.

Sinha, Jay. (2001, febrero 21). *The history and development of the leading internacional drug control conventions*. Editado por el Senate Special Committee On Illegal Drugs del Parlamento de Canadá. Tomado el 23 de abril de 2004 desde <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/history-e.htm>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). (2001). "Servicio Medico Forense (Informe de resultados 2001)." Subsecretaria de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Epidemiología. pp. 1-7. Extraído el 29 de septiembre de 2003 desde <http://www.epi.org.mx/sis/inf2001/inform01.htm>

Skager, Rodney. (2002, 3 julio). *Harm Reduction Prevention Policy: A public Health Perspective on High-Risk Youth Behavior*. Conferencia dictada para la Plenum Adress for Winter in the Sun Conference, Brisbane, Australia. p. 4

Skager, R. (2003, 10 de junio). *The Comprehensive Student Assistance Model: An Alternative to Ineffective Drug Prevention Curricula for Teenagers*. Pp. 1-18 Obtenido el 6 de julio de 2003 desde <http://www.kaiserfoundation.ca/uploads/oc030617rs.pdf>

Streetdrugs.org. *Cannabis*. (s. f.). Tomado el 23 de septiembre de 2003 desde <http://www.streetdrugs.org/cannabis.htm>

T

The New York Times. Tomado el 15 de septiembre de 2003 desde <http://www.mapinc.org/drugnews/v01/n271/a12.html>

U

University of Akron. (s.f.). *Evaluation of "Take Charge of Your Life:--7th Grade Immediate Short-Term Effects*. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study / The Institute for Health and Social Policy at The University of Akron.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Tomado el 3 de agosto de 2003 desde <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>

V

Van de Wijngaart, G. (1990). *The Dutch Approach: Normalization of Drug Problems*. The Journal of Drug Issues. pp. 667-678.

Villatoro, J. Y cols. (1999) "Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997." SEP, IMP. Tomado el 17 de septiembre de 2003 desde http://www.impcdsm.edu.mx/encuestas/encuesta_1997_cd.html

Villatoro, J. Y cols. (2001) "Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000." INP-SEP. Tomado el 18 de septiembre de 2003 desde http://www.impcdsm.edu.mx/encuestas/encuesta_2000_cd.html

Vive Sin Drogas. (2003) "¿Qué es la marihuana?" Fundación Azteca. Tomado el 13 de octubre de 2003 desde http://www.vivesindrogas.com/tipos_drogas/marihuana.shtml

W

Wilson, J. Q. y Kelling, G. L. (1982). Broken Windows: The police and neighborhood safety. *The Atlantic Monthly*; Volume 249, No. 3. pp. 29-38 Tomado el 20 de noviembre de 2003 desde <http://www.theatlantic.com/politics/crime/windows.htm>

Y

Yáñez Campero, Valentín. (2000). *La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México*. Instituto Nacional de Administración Pública.

Z

Zernike, Kate (2001, febrero 15). *Anti-Drug Program Says it will Adopt a New Strategy*.
Zili, S. (2002). "The Adolescent Substance Abuse Prevention Study." The Institute for Health and Social Policy. The University of Akron. Tomado el 31 de septiembre de 2003 desde http://www.asapstudy.org/presentations/shortversion_of_asaps_overview071902.ppt

Zimmer, Lynn. (s.f.) *The ascendancy and decline of worldwide cannabis prohibition*. Publicado por el Bremen Institute for Drug Research. Tomado el 23 de mayo de 2004 desde <http://www.bisdro.uni-bremen.de/boellinger/cannabis/03-zimme.pdf>

Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting-The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.