Sección I.

Documentos de interés

El Objeto Material del Delito: Droga, desde una perspectiva farmacológica

Por *Lorena Rebolledo Latorre*[*]

I. Introducción

En este trabajo he querido mostrar un enfoque farmacológico de la droga y algunos aspectos jurídicos-penales relativos a la misma, a fin de ilustrar primeramente qué se entiende por droga, sus clases, y algunos aspectos derivados de la dependencia que ella provoca.

El problema de la drogadicción y el narcotráfico trasciende a escalas inimaginables, afectando diversos grupos humanos sin respetar condición social, edad, sexo, entre otros aspectos. Es en la familia como núcleo fundamental de la sociedad, donde debe partir la educación encaminada a la prevención de la drogodependencia.

Si bien la preocupación recurrente gira en torno a las drogas más "comunes" como la cocaína y marihuana, no podemos ignorar el aumento en el consumo de las *drogas de diseño o de síntesis.*[1] En las denominadas fiestas electrónicas, es de ordinaria ocurrencia el consumo de la llamada *droga del amor:* MDMA o éxtasis. Este peligroso estimulante produce un aumento de la temperatura corporal drásticamente y si no se ingiere suficiente cantidad de agua, las consecuencias pueden ser la muerte del consumidor por una falla en el sistema cardiovascular o por insuficiencia renal aguda.

Además no puede dejar de mencionarse el grave daño que causa el alcohol, no obstante ser una droga legal.

"El alcohol es la droga más consumida en el mundo entero y su uso genera graves y costosos problemas sociales. En Chile, su uso supera por mucho el de cualquier droga ilícita –marihuana, cocaína y/ o pasta base. De hecho, un 73,08% de los encuestados en el Cuarto Estudio Nacional sobre uso de Drogas en Población General, realizado el año 2000 por el CONACE, declaró haber consumido alcohol, contra un 6,28% que reconoció consumo de cualquier droga ilícita en el último año."[2]

Además he de mencionar que este artículo está dirigido a un público indeterminado, por tratarse de temas que afectan a la sociedad, en el entendido que esta se conforma por una *"Agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida."*[3]

Por último hago especial referencia al carácter expositivo de este trabajo, el cual se ha basado principalmente en la obra argentina de los autores Roberto Falcone y Facundo Capparelli titulada "Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal".[4]

[*] Abogada asesora, Unidad de Tráfico Ilícito de Drogas, Fiscalía Nacional del Ministerio Público. lrebolledo@minpublico.cl.

II. Conceptos de Droga

"El origen de la palabra droga lo encontramos en la voz anglosajona "Drug", que significa seco, árido.

En el Derecho Internacional actual, se entiende por drogas, las substancias naturales o sintéticas incluidas en las listas I y II de los anexos al Convenio Único de 30 de marzo de 1961 sobre estupefacientes."[5]

A su turno, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido el término droga como *cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar la actividad síquica y el funcionamiento del organismo. Gran parte de las drogas provocan dependencia física y o psíquica.*[6]

El Diccionario de la Real Academia Española entrega dos acepciones de droga:

"Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes y Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno."[7]

"**Farmacológicamente**, se considera a las *drogas* como sustancias que actúan sobre la corteza cerebral modificando la psicología o actividad mental de los seres humanos."[8]

En el plano jurídico, podemos señalar que nuestra legislación nacional entrega una acepción de droga según los efectos que esta produce. Así el artículo 1º de la Ley Nº 19.366 señala en su inciso 1º: ***"... sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública..."*** En el mismo sentido, prescribe el inciso 2º ***"...drogas o substancias de ésta índole que no produzcan los efectos indicados en el inciso anterior..."*** [9]

El mencionado artículo, "se refiere al objeto material del delito de tráfico ilícito de estupefacientes, en sentido amplio, señalando que éste recae sobre "sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física". Sin embargo, esta descripción no es suficiente para establecer el objeto material del delito que se trata, pues la propia ley (...) remite, en su artículo 49, a la potestad reglamentaria el fijar las sustancias cuyo tráfico ilícito se persigue. En virtud de esta delegación, se dictó el D.S. de Justicia Nº 565/1995, que contempla un sistema de listas taxativas en las que se señalan las sustancias cuyo tráfico ilícito prohíbe la ley Nº 19.366 (...) La delegación a que se hace referencia comprende no sólo la facultad de establecer lo que ha de entenderse por "drogas o sustancias estupefacientes", sino también la de clasificarlas en orden a su mayor potencial tóxico o dañosidad a la salud pública; la determinación de las especies vegetales cuyo cultivo ilícito se persigue criminalmente (art. 2); la especificación de las sustancias que sirven de precursores y cuyo desvío o tráfico ilícito también se persigue criminalmente (art. 6) y aún la de los llamados hidrocarburos aromáticos, sustancias ajenas al control de drogas objeto de la ley, pero cuyo suministro a menores en ciertas circunstancias también es punible (art. 10). De allí que el referido D.S. de Justicia Nº 565/1995 contemple cinco listados, a saber, en su art. 1º, el que determina las drogas o sustancias estupefacientes productora de dependencia física o síquica que sean "tóxicas" o produzcan un grave daño a la salud pública; en el 2º , el que establece cuál sería el resto de las drogas cuyo tráfico se persigue, pero que no producen los efectos antes señalados; en el 3º, el que determina las especies vegetales cuyo cultivo puede constituir delito si no está debidamente autorizado; en el 4º, los "precursores" cuyo desvío o tráfico ilícito se persigue, y el 5º, los llamados hidrocarburos aromáticos."[10]

II a.- Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas

Estupefaciente:

Este concepto según el Diccionario de la Lengua Española significa: "Que produce estupefacción y Sustancia narcótica que hace perder la sensibilidad; p. ej., la morfina o la cocaína".[11]

"El consumo de los estupefacientes puede producir dependencia tanto física como psicológica. Dentro de los estupefacientes tenemos la marihuana, cocaína, opio, la morfina, heroína, etc.

La palabra estupefaciente proviene del latín stupefactioi, estupefaciens, estupefacción, que significa pasmo, estupor, embotamiento, adormecimiento."[12]

La Convención Única de las Naciones Unidas de 1961 señala en su artículo 1º letra j) que se entiende por estupefaciente: *"cualquiera de las sustancias de las Listas I y II, naturales o sintéticas"*. Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas del 20 de diciembre de 1988, manifiesta que por estupefaciente se entiende cualquiera de las substancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención única de 1961 sobre Estupefacientes, remitiéndose de esta forma a esta convención.

Psicotrópico:

Este concepto según el Diccionario de la Lengua Española significa: "Dicho de una sustancia psicoactiva: Que produce efectos por lo general intensos, hasta el punto de causar cambios profundos de personalidad."[13]

García Ramírez estima "que son aquellas substancias que provocan en el sujeto que las ingiere un cambio en la *psique*, una deformación de la misma.

Dentro de los psicotrópicos tenemos al L.S.D., la mescalina, los hongos alucinantes, las anfetaminas.

Al igual que los estupefacientes, los psicotrópicos pueden crear dependencia física o psicológica.

A los psicotrópicos también se les conoce con el nombre de neurotrópicos, comprenden tres tipos: psicolépticos, psicoanalépcticos y psicodislépticos."[14]

Los conceptos de sustancias estupefacientes y sicotrópicas parecen encontrarse hoy en día en crisis. El profesor Dr. (siquiatra) Hernán Silva entrega una definición de estupefacientes, en sentido estricto: "sustancias que producen estupor", señala que en la antigüedad se utilizó el término para referirse al alcohol y barbitúricos; posteriormente se utilizó para referirse a todo tipo de drogas y luego se dejó de emplear por ser vago e impreciso; por su parte los sicotrópicos serían sustancias que tienen afinidad por el sistema nervioso, término muy amplio, por cuanto incluye a todos los medicamentos empleados en siquiatría que modifican el comportamiento y a las drogas de abuso.

Sin perjuicio de esta aparente vaguedad de los conceptos que emplea la ley, se desprende que la idea principal es la propiedad distintiva de esas substancias, esto es: "el ser productoras de dependencia física o síquica". Es esta propiedad, y no la denominación que se utiliza, la que distingue las substancias cuya infracción a la Ley de Drogas se puede perseguir criminalmente[15].

El reglamento de la Ley Nº 19.366, no distingue entre el carácter estupefaciente o sicotrópico de las sustancias a que hace referencia. En el mismo sentido, la Convención de Viena de 1988 unifica las medidas de control de las sustancias estupefacientes y sicotrópicas contenidas en las convenciones únicas de 1961 y 1971, así como de sus precursores, respectivamente.

Politoff y Matus señalan que se puede afirmar que el concepto que comprende a las sustancias estupefacientes o sicotrópicas, capaces de producir dependencia física o síquica es el de "drogas de abuso", caracterizadas por ser de aquellas que permiten un uso abusivo capaz de conducir a un síndrome de dependencia, esto es, el "síndrome en el cual se da mucha mayor prioridad al uso de una droga que a otras conductas que alguna vez tuvieron mayor valor".[16]

Nuestra ley de drogas, utiliza el término estupefaciente o sicotrópico para indicar el objeto material del delito en las distintas infracciones que en ella se contemplan, en agravantes, y en otras materias, a saber: "…substancias o drogas *estupefacientes* o *sicotrópicas*…" (art. 1º inciso 1º); "…Cannabis u otras productoras de substancias *estupefacientes* o *sicotrópicas*…" (art. 2º inciso 1º); "…preparación de drogas *estupefacientes* o *sicotrópicas*…" (art.6º); "…Si se suministraren drogas o substancias *estupefacientes o sicotrópicas*…" (art. 23 Nº 4); "…Si el hechor indujere, promoviere o facilitare el uso o consumo de *estupefacientes, sicotrópicos*…" (art. 23 Nº 6); "…Las substancias *estupefacientes o sicotrópicas*…" (art. 26 inciso 4º y 8º); "…el control del tráfico ilícito de *estupefacientes*…" (art. 28 inciso 2º); "…drogas o substancias *estupefacientes o sicotrópicas*…" (art. 41 inciso 1º); "…substancias *estupefacientes o sicotrópicas*…"

(art. 45 inciso 1º).

II .b.- Materias primas[17]

Ahora bien, en relación al concepto de "especies vegetales del género Cannabis y otras productoras de estupefacientes o sicotrópicos", cuyo cultivo ilícito, desvío y abandono se penaliza en los artículos 2º, 3º y 4º de la ley Nº 19.366 respectivamente, se puede señalar:

Que en las convenciones internacionales no se distingue entre las drogas de abuso y sus materias primas, porque la Convención de 1961 y sus listados no tienen por finalidad distinguir entre las diversas drogas de abuso, y en particular entre las materias primas y sus derivados, sino establecer medidas de fiscalización relativas a la producción y distribución de sustancias estupefacientes, donde el control del cultivo de sus materias primas tiene una indudable importancia.

La no distinción al parecer deriva de la idea de que tanto las materias primas que contienen los agentes productores de dependencia como sus derivados pueden considerarse "drogas de abuso". Cabe hacer presente que la capacidad de abuso de las materias primas es muy reducida en comparación a la de los productos derivados de ésta, por lo que se debe concluir que merecen un tratamiento penal distinto.

II. c.- Drogas de abuso

Se entiende por droga de abuso o psicoactiva aquella sustancia que altera la conducta desde un punto de vista emocional y afectivo. Pueden ser legales o ilegales, según se produzcan, comercialicen y consuman dentro o fuera del marco normativo-legal impuesto por la sociedad.[18]

Se ha señalado que lo que caracteriza una droga de abuso: es la "propiedad de producir efectos que mueven al usuario a querer tomar una nueva dosis"[19]

III. Drogas Duras y Drogas Blandas

"Se suele denominar *drogas duras* a las que generan rápidamente dependencia física. Son consideradas las más peligrosas, como la heroína, la morfina o la cocaína, por citar las más conocidas. Las *drogas blandas*, por el contrario, no reúnen aquellas características y las más conocidas son la marihuana y los psicofármacos."[20]

Dicen Falcone y Capparelli que las denominadas "blandas" son menos peligrosas, no generan dependencia física sino psíquica y prácticamente no producen tolerancia y su ausencia no ocasiona el síndrome de abstinencia.

Analizando la esencia de la sustancia, se ha resuelto (Tribunal Supremo Español) que constituyen sustancias de gran nocividad la heroína, cocaína, LSD, *spell ball* (mezcla de cocaína y heroína), anfetaminas, estimulantes, ansiolíticos, tranquilizantes somníferos, antidepresivos, euforizantes e inhibidores del apetito, MDMA (metilendioximetanfetamina) droga del amor; MDA (metilendioxianfetamina), crack entre otros; y drogas blandas el hachís y los derivados de la *cannabis*.[21]

El Diccionario de la Lengua Española entrega definiciones de droga blanda y dura.[22]

"***Blanda***: La que no es adictiva o lo es en bajo grado, como las variedades del cáñamo índico. ***Dura:*** La que es fuertemente adictiva, como la heroína y la cocaína."

En nuestra legislación de drogas la Ley Nº 19.366 contempla esta distinción en el artículo 1º. Así su inciso 1º señala "…substancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública,…" haciendo referencia de esta forma a la droga dura. Luego, el inciso 2º del citado artículo para indicar que estamos en presencia de una droga blanda, reza lo siguiente "…Si se tratare de otras drogas o substancias de esta índole *que no produzcan los efectos indicados en el inciso anterior* (productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar "graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública"), el tribunal podrá rebajar la pena hasta en dos grados.

"Tal distinción penológica, que no es reciente en nuestro ordenamiento, y que HERNANDEZ (1992:168) califica de "pionera" ni se encuentra aislada ni es recogida unánimemente por la comunidad internacional."[23]

"Los códigos penales, por lo general, distinguen entre "drogas duras" (sustancias que causan grave daño a la salud) y "drogas blandas" (sustancias que no causan grave daño a la salud) Es decir, según sea la droga objeto del delito, la pena será más o menos grave.

De todos modos, no siempre se ha mantenido esta distinción. En España, por ejemplo, en un principio se trataban todas las drogas por igual (heroína, morfina, cocaína, hachís, etc.), a pesar de que la intensidad y las consecuencias pueden ser muy diferentes, como se fue poniendo de manifiesto por los expertos, razón por la que finalmente el legislador español, en la Reforma de 1983, optó por incluir en el CP aquella distinción.

En España, para las "drogas duras" la pena de prisión prevista puede ir de los 3 a los 9 años, y para las "drogas blandas" la pena de prisión puede ir de uno a 3 años. De todos modos, las penas previstas para el tráfico de "drogas duras", concurriendo distintas agravantes, pueden llegar hasta los 25 años. En otros países, como en Gran Bretaña, la pena puede ser la de "cadena perpetua".[24]

IV. Tipos de drogas

IV. a.- Clasificación[25]:

Existiendo diversas clasificaciones de drogas, la más usual y de mayor utilidad, desde un punto de vista médico, es aquella que considera el efecto que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC)

Así, según los efectos que producen en el organismo, a través del SNC, se pueden distinguir cuatro grandes grupos:

1) Depresoras: alcohol, opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes, etc.
2) Estimulantes: hojas de coca, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.
3) Alucinógenas: LSD, PCP, mezcalina, psilocibina, hongos diversos, etc.
4) Derivadas del cannabis: marihuana, hachís, hachís líquido, otras preparaciones.

Otra clasificación habitual es aquella que atiende a su origen. Comprende tres grupos:

1) Naturales: opio, hojas de coca, cannabis-marihuana, etc.
2) Químicas: partiendo de productos naturales: morfina, codeína, heroína, cocaína, tetrahidrocannabinoles y derivados, mezcalina, psilocibina LSD.
3) Sintéticas
- Depresores: analgésicos poderosos, hipnóticos y sedativos, tranquilizantes, etc.
- Estimulantes: anfetaminas, derivados anfetamínicos, diversas drogas de diseño como MDMA, más conocida como éxtasis.
- Alucinógenos: derivados del LSD producidos en laboratorio.

Existe también una clasificación por régimen internacional, ratificada posteriormente por las Naciones Unidas (ONU) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las Convenciones Internacionales sobre Estupefacientes, en la cual se distinguen cuatro grupos atendiendo a la peligrosidad de las sustancias.

a) Grupo I.

Su producción, distribución y consumo están prohibidos en general, salvo especial permiso y control del Estado.

Pertenecen a este grupo el opio y sus derivados, naturales o semisintéticos, y los medicamentos que actúan por iguales mecanismos:

Estupefacientes (Convención de 1936 y Convenio Único de 1961)	Heroína
Opio	Codeína
Morfina	Metadona
	Buprenorfina

b) Grupo II

Su producción, distribución y consumo deben ser controlados por el Estado y serán los profesionales sanitarios los encargados de vigilar su uso adecuado.

Sustancias psicotrópicas (Convenio de Viena de 1971)

Depresores:
Alcohol
Barbitúricos
Tranquilizantes
Psicofármacos varios

c) Grupo III

Su producción, distribución y venta están prohibidas en el caso de la cocaína, y bajo control especial de profesionales de la medicina en el caso de los medicamentos.

Estimulantes:
Cocaína
Anfetaminas
Derivados anfetamínicos

d) Grupo IV

Su producción está prohibida por carecer de utilidad sanitaria; este grupo está integrado fundamentalmente por los alucinógenos:

LSD
DET
DMT
STP
PCP
Mezcalina
Psilocibina
Marihuana
Tetrahidrocannabinoles (marihuana, hachís, grifa, etc.)

A nivel nacional, el Reglamento de la Ley Nº 19.366, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 565/1995, contempla tal como lo dispone el artículo 49 de la citada ley: "…las substancias y especies vegetales a que se refieren los artículos 1º, 2º, 6º y 10…".

IV. b.- Algunas drogas en particular

1. Estimulantes
- 1.1. Coca
- 1.2. Cocaína
- 1.3. Pasta Básica de Cocaína
- 1.4. Crack
- 1.5. Anfetaminas
- 1.6. Metanfetamina
- 1.7. Éxtasis

2. Derivadas del Cannabis
- 2.1.Marihuana
- 2.2 Hashish

3. Depresores
- 3.1. Heroína
- 3.2. Opio y sus derivados
- 3.3. Morfina
- 3.4. Codeína
- 3.5. Barbitúricos
- 3.6. Benzodiazepinas

4. Alucinógenos
- 4.1. LSD – 25
- 4.2. Mescalina
- 4.3. Burundanga

5. **Drogas legales**
- 5.1. Alcohol
- 5.2. Tabaco

6. Inhalantes

1. Estimulantes

1.1 Coca[26]

El arbusto de coca es una planta que puede alcanzar hasta 2 metros de altura, que rinde entre 50 y 100 g de hojas secas tres veces al año. Las hojas contienen aproximadamente 1% de cocaína.

Foto 1: Arbusto de Coca

Las hojas se mascan unidas a cenizas vegetales, conchas molidas o cal, lo que libera los alcaloides que así ingresan en el torrente sanguíneo. Nativos adultos en Perú y Bolivia mitigan de esta forma el hambre, a pesar de que según los especialistas provoca desnutrición. Una variedad de coca (Erythorixylon Novogranatense) cultivada en Ecuador se utiliza para aromatizar la bebida Coca-Cola. Como se indicó, el consumo por masticación por parte de la población indígena en Bolivia y Perú les permite sobrellevar las adversidades del trabajo y de la desnutrición. Hay más de 250 especies de arbustos de coca, siendo las más importantes, además de la mencionada, la especie Erythorixylon Coca Lom o Lamarck (coca boliviana o coca Huanuco).

1.2 Cocaína[27]

En el año 1859 el profesor de Göttingen, A. Niemann, aisló la cocaína con un procedimiento en el que empleaba alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter.

En un principio el alcaloide fue utilizado para atender problemas de garganta en los profesionales del canto, se lo consideraba tensor de las cuerdas vocales. Contribuyó a su uso la monografía de Sigmund Freud *Über Coca*, de 1884, en la que señala que el estimulante produce el aumento del autocontrol, vigor y ganas de trabajar, facilitando su difusión. Luego, el mismo Freud admite en *Ansia y Temor a la cocaína* que ésta causa estragos como medio para curar la adicción a los opiáceos, en especial la morfina.

Su utilización fue tan extendida que en 1909 se registraban en Estados Unidos sesenta y nueve bebidas que contenían cocaína; la pérdida de prestigio del estimulante fue también una de las causas por las cuales Coca-Cola Co. sustituyó en ese año 1909 el fármaco por cafeína en su fórmula.

En la primera década del siglo XX la cocaína comienza a utilizarse en EEUU por aspiración nasal, a través de la cual, se aspiran líneas que contienen de 15 a 25 mg. de cocaína, de 2-3 mm. de espesor y de 3 a 5 cm. de largo. Las dosis mortales son muy variables dependiendo de la forma de administración, de 1-2 gr. por vía oral y de 75-800 mg. por vía intravenosa.

En relación a su adicción es una sustancia muy peligrosa debido a que su dependencia psíquica puede presentarse en sólo 48 horas. Fumada o administrada por vía intravenosa la dependencia física se presenta en cuestión de semanas o meses, pero si es administrada por vía nasal puede no manifestarse transcurridos varios meses o años.[28]

Cuando se fuma crack el efecto es muy rápido.[29] Inyectada, el flash se produce en forma violenta, con sensación de éxtasis seguido de una euforia que decrece en relación con el nivel de sangre. Al administrarla simultáneamente con heroína se busca un efecto *spell ball* que combina la relajación debida a los opiáceos con la estimulación ideativa y sexual de la cocaína.[30]

Con la adicción surge la tolerancia, lo que obliga a administrarse dosis cada vez más elevadas para alcanzar los mismos efectos, si bien en un consumo continuado disminuyen progresivamente llegando el individuo a necesitar la droga para calmar el síndrome de abstinencia.

El cuadro clínico depende de las dosis y de la susceptibilidad del consumidor. A dosis normales la cocaína provoca una estimulación simpaticomimética, con hipertensión, taquicardia, temblor, midriasis, sudoración, disminución del hambre y la fatiga, euforia excitación y un estado de sobrevaloración de sus

capacidades. Aparentemente se presenta una mayor lucidez intelectual, por lo que en muchas ocasiones hace que el consumidor se sienta brillante e ingenioso, pero sus pensamientos, si bien rápidos son superficiales y su motricidad está aumentada pero no bien aprovechada, a veces puede darse alteraciones sensoperceptivas, presentándose también efectos sexuales, utilización como afrodisíaco y, en ocasiones, por sí mismo puede conducir al orgasmo. Cuando se utilizan altas dosis, se presentan alucinaciones simples y poco complejas.[31]

Foto 2: Clorhidrato de Cocaína y hojas de coca

Existe una intoxicación fulminante, choque cocaínico, que se caracteriza por la provocación de estados de angustia, depresión, palidez, sudor; en ocasiones surge una verdadera embriaguez, en la que el sujeto cree tocar insectos o animales.

A partir del 5º o 6º año se ha observado en algunos adictos la llamada "psicosis cocainómana", la que produce psicosis: la extrañeza y el desconocimiento del yo son frecuentes. El individuo tiene la impresión de ser otro y se sorprende de sus propias reacciones, sensaciones y emociones. Pierde la orientación temporoespacial varias veces al día y cuando la recupera llena de contenido ideativo las lagunas, produciéndose así una distorsión de la realidad y un estado de confusión. Posteriormente, de persistir en la adicción, se inicia un curso rápido, en pocos meses, hacia un verdadero estado de enajenación que en nada se diferencia del esquizofrénico. En esta situación rara vez el proceso desaparece, evolucionado a veces a la demencia profunda. En otras ocasiones la enfermedad llega a ser superponible a una psicosis maniaco-depresiva, con la particularidad de que estos períodos suelen tener ciclos muy cortos e incluso sucederse varias veces al día.[32]

***Cocaína Negra*[33]**

Es preciso hacer presente que respecto a este tema, no se ha encontrado doctrina ni informe técnico que haya estudiado el particular, por lo que me remitiré a un artículo de prensa colombiano que informa sobre la referida droga.

Las organizaciones de control antinarcóticos descubrieron[34], primero en Alemania y luego en Colombia, una forma nueva y evolucionada de traficar drogas, que se está convirtiendo en un reto para las entidades de control e investigación de todo el mundo debido a la gran complejidad que presenta su identificación al confiscarla.

Laboratorios especializados en Alemania, que fueron los primeros en tratar el caso y realizar análisis de identificación, la denominaron *"cocaína negra"*, pero su nombre técnico es cocaína *antinarcoprueba*, una sustancia fabricada de forma que salva dos de los obstáculos con los que han tropezado los traficantes de drogas al efectuar envíos al extranjero:

1. Encubre el olor de la droga en cualquier sistema de envase o transporte.

2. Encubre el resultado producido por los reactivos químicos utilizados por las autoridades para la identificación preliminar de las drogas controladas ya que, cuando se aplican las sustancias para identificar la cocaína, producen resultados negativos.

Descubrimiento

El 20 de marzo de 1999, las autoridades alemanas incautaron 15 kilogramos de una sustancia negra declarada como "pigmento industrial" que fue enviada por la compañía Proquimort de Colombia, pero que resultó ser cocaína. El envío se disimuló de forma que pasó todos los controles empleados normalmente por las autoridades aduaneras y aeroportuarias para determinar preliminarmente la presencia de la droga.

Un análisis químico detallado realizado por las autoridades alemanas resultó en la determinación de

que la sustancia decomisada era 40% cocaína, constituida por una mezcla homogénea de los compuestos *tiocianato de cobalto, cloruro férrico, ácidos y cocaína en la fase acuosa.* La Comisión de Aduanas de Mainz y la Unidad de Investigación de la Policía Antinarcóticos alemana detectaron el envío debido a la forma en que venía empacado, dentro de unas botellas etiquetadas como tinta de láser IBM.

No es un pigmento, es cocaína

El 15 de mayo de 1999, unidades del Departamento Administrativo de Seguridad DAS, Interpol, la Oficina del Fiscal General, la Oficina del Procurador General y un grupo de peritos químicos de la División de lo Penal del DAS se reunieron para seguir adelante con la identificación preliminar de una sustancia que se sospechaba ser un envío de drogas con las mismas características que el expedido en marzo.

En este caso, estaban examinando una sustancia empacada en cuatro barriles de 45 kilogramos cada uno, con el nombre de Pigmento Rojo Escarlata 3600, un aditivo utilizado como agente colorante industrial por la compañía Proquimort. Cuando se aplicaron el reactivo estándar para este tipo de proceso a fin de identificar preliminarmente la cocaína, y que producen el famoso color turquesa, el resultado fue negativo.

(Cabe recordar que el color azul en presencia de la droga se halla cuando la droga está mezclada con café, carbón, caucho fundido, restos de tela y con la gran mayoría de artículos con los que se trata de disimularla.)

Las entidades antinarcóticos que se hallaron presentes en el momento de aplicar el procedimiento indicaron a los fiscales que incautara el citado envío hasta que recibieran los resultados definitivos de laboratorios especializados. Las pruebas indicaron que se trataba de una mezcla de componentes químicos y *cocaína*.

Fueron detenidos en las operaciones los ciudadanos colombianos Esperanza Badillo Abril, que estaba a cargo del envío y su transporte, y su hermano, el ingeniero químico Alvaro Badillo Abril, que se supuso era el creador de la fórmula utilizada para disimular la droga.

En distintos procedimientos realizados por las entidades de seguridad de Colombia en Santa Fe de Bogotá y Bucaramanga, se incautaron diversos artículos, entre ellos lo que podría ser la fórmula química utilizada aparentemente para preparar la sustancia ferrosa. De acuerdo a lo informado por los expertos en química consultados, los narcotraficantes debieron emplear ciertos métodos que incluyen el uso de sustancias controladas para recuperar la droga, a saber:

Foto 3: Cocaína Negra

1. Disolver la cocaína en agua.
2. Hidróxido de amonio para precipitar la cocaína.
3. Ácido etilenodiaminotetraacético o EDTA para mantener disuelto el hierro y no cambiar el color de la droga precipitante.
4. Puesto que es alcalina, la solución de cocaína se hace disoluble y puede separarse mediante filtración.
5. La purificación de la droga utilizando disolventes, como acetona, éter y cloroformo, que la disuelven, y debido a que son tan volátiles, se evaporan y se recuperan los cristales de cocaína.

La droga que se halla presente en el producto Pigmento Escarlata Rojo 3600 no podría identificarse mediante pruebas rápidas, basadas en el color, para detección de narcóticos, puesto que el color negro–rojizo de la cocaína se debía a la presencia de tiocianato férrico, un compuesto que se forma al mezclar

las sustancias citadas.

Lo que es innovador acerca de la fórmula utilizada, es el hecho de que neutraliza los reactivos tradicionalmente utilizados en el ámbito nacional e internacional para identificar la cocaína y que, por muchos años, han permitido a las autoridades de todo el mundo combatir intervenciones de los traficantes de drogas, detectando diferentes clases de envíos. De acuerdo con Pablo Alberto González, Director General de Investigaciones de la DAS, para identificar la cocaína trabajan con los reactivos Mather's and Scott ya que contienen el compuesto tiocianato de cobalto que, al ser aplicado a la cocaína o sus derivados, hace aparecer el tradicional color de turquesa. "Estas pruebas de identificación preliminar se han llamado Narcoprueba y hay varias pruebas de este tipo, que se utilizan según la droga que deseamos identificar, pero en el caso de la "cocaína negra", puede decirse que la prueba utilizada para la detección preliminar de la cocaína no da resultados debido al proceso utilizado para disimular la droga, ya que utiliza uno de los compuestos químicos necesarios para preparar los mismos reactivos con los que se identifica la cocaína", explicó González.

"Pero cabe advertir que este proceso es aplicable al camuflaje de sustancias tales como la heroína, utilizando las mismas sustancias, que son cloruro férrico, tiocianato potásico o cloruro de cobalto, que neutralizan completamente la acción de las narcopruebas con respecto a la identificación preliminar, que son [sic.]: ácido nítrico, reactivo Marquis y el mismo reactivo de Mather", declaró Elisa Ariza de Miranda, Jefa de la División de lo Penal (e) [sic.] de la DAS.

1.3 Pasta Base de Cocaína[35]

Se le define como sulfato base de cocaína, que además contiene ecgonina, otros alcaloides de la coca, ácido benzoico, alcohol de madera, querosene, acetona, ácido sulfúrico y bases alcalinas.

La *pasta* (así llamada en el "ambiente") puede ser blanca o marrón, según la proporción de cocaína y otros constituyentes vegetales o químicos que se utilizan para su *cortado* (adulteración). No se ingiere por vía nasal. Es insoluble tanto en agua como en alcohol. Se fuma pura o en diversas mezclas. Su consumo parece haber comenzado a principios de la década del '70, extendiéndose a Ecuador, Colombia, Chile, Bolivia, Panamá, Canadá y los EE.UU. Los adictos a mezclas (pasta- tabaco o pasta-marihuana) se vuelven excesivamente ansiosos por volver a fumarla, convirtiéndose rápidamente en usuarios compulsivos.

Proceso de elaboración:

Cosechadas las hojas de coca se depositan en una pileta natural cavada en la tierra, forrada con plástico. Se rocían con ácido sulfúrico y luego son pisadas con energía. A los tres días, las hojas toman un color gris con un fuerte olor ácido, como el de una bebida de fuerte graduación alcohólica. Se retira el líquido y se lo mezcla en recipientes plásticos con agua de cal, carbonato de sodio, nafta, nuevamente con ácido sulfúrico, permanganato de potasio y amoníaco. Se torna de color marrón rojizo, luego se filtra, además de agregársele nuevamente amoníaco, tornándose lechoso y coagulado. Nuevamente se filtra y se obtiene la *pasta base* de color marfileño. Por último, se lleva la pasta base a los *laboratorios,* donde en cubos se le agregan otros componentes químicos (éter etílico, sulfato de soda, ácido tartárico, ácido clorhídrico anhidro) a 21°C de temperatura, en un ambiente que ronda los 70°C, hasta lograr el clorhidrato de cocaína.

Efectos físicos:

Se produce un adormecimiento en la boca, sensación quemante en los ojos, sudor, palpitaciones, tirantez en los músculos, temblores en las extremidades, mareos, dolores similares a los de un cólico, deseos de orinar. Fumar pasta base de cocaína da lugar a un rápido aumento de los niveles de cocaína en sangre, similar al que se observa con inyección intravenosa. Cuanto más "casera" resulte la pasta, más desvastadores serán sus efectos, que culminan en calvicie, ceguera, pérdida dentaria, demencia y serio peligro de muerte por paro cardíaco.

Efectos psíquicos:

Fumar pasta base de cocaína implica 4 fases de desorden mental: 1) *Euforia:* los consumidores experimentan placer, excitación, tendencia a la afectividad, hipervigilancia, hiperactividad, falta de apetito,

insomnio. Si se bebe alcohol mientras se fuma pasta base de cocaína, este estado se extiende. 2) *Disforia:* fase en que se cae al cesar la *euforia* (a veces ocurre a los pocos segundos), que trae ansiedad, compulsión por fumar, tristeza, apatía, agresividad, indiferencia sexual, anorexia e insomnio. Para salir de ella se necesita fumar más pasta. *3) Alucinosis:* las fuertes alucinaciones experimentadas, de tipo auditivo, visual, olfatorio, cutáneo o genital, frecuentemente son acompañadas por ideas patológicas, indiferencia sexual y actitudes agresivas. Tiene una duración irregular, oscilando entre horas y días.

Foto 4: Pasta Base de cocaína

En estos tres estadios, el sujeto se halla pálido, sudoroso, con temblores, pupilas dilatadas, presión sanguínea elevada, pulso acelerado, alta temperatura y rigidez muscular. En intoxicaciones más serias aparecerán falta de coordinación, asma, automatismos, arritmias cardíacas, estupor, colapso, convulsiones y muerte por probable paro cardiorrespiratorio. 4) *Psicosis:* cuando la *pasta de coca* es consumida (fumada) durante meses o años, aparece un serio y persistente desorden mental llamado *psicosis de pasta de coca.* Predominan, aumentados, los signos de la fase *alucinosis,* con marcadas ilusiones paranoides (ideas de persecución, daño, muerte, envenenamiento, brujerías o infidelidad), intentos de suicidio, ataques homicidas entre otros comportamientos.

Efectos sociales y económicos:

Los dependientes de la pasta de coca pierden todo interés en la vida. Al necesitar dinero para adquirirla, gastan todos sus recursos en ella, llegando al engaño o robo para obtenerla o a integrarse como revendedores de pasta base de cocaína (revender para consumir = traficante-adicto). La degradación social es acelerada. En Perú existían, al promediar la década del '80, 3 millones de masticadores de coca, cerca de 200 mil fumadores de pasta de coca y casi 100 mil adictos al clorhidrato de cocaína.

1.4 Crack[36]

Cien años después de haber sido aislado el alcaloide de la hoja de coca, aparece esta sustancia compuesta por cocaína cristalizada, que puede ser consumida mezclada con tabaco o fumada en una especie de "pipa de agua". Es el equivalente del *basuco* consumido en Bolivia, Perú y Colombia.

De todas las drogas disponibles en el mercado ilícito es una de las que más adicción produce y más peligros conlleva. Sus efectos son prácticamente instantáneos (60 segundos) y se desvanecen más o menos a los diez. La adicción al crack es mucho más sencilla que a la cocaína, y casi siempre se da como un paso más en la adicción cuando la marihuana deja de surtir los efectos buscados.

Foto 5: Crack

Sus efectos pueden también ser fulminantes sobre el sistema cardiovascular, y la vasoconstricción de las arterias coronarias lo que puede desencadenar un infarto de miocardio.

Su uso por parte de mujeres embarazadas ha aumentado el número de nacimientos de niños con problemas neurológicos y con marcado síndrome de abstinencia.

1.5 Anfetaminas[37]

Las anfetaminas son sucedáneos sintéticos de un alcaloide proveniente de la *Ephedra Vulgaris*,

utilizado por los herboláreos chinos como antiasmático.

La comercialización de esta sustancia comienza en los EE.UU. hacia fines de 1930, utilizándosela contra la rinitis, el catarro y las congestiones nasales.

La benzedrina presentada en forma de píldora comienza también a ser empleada contra la obesidad y el mareo. En 1938 la dexedrina y la metanfetamina, isómeros de la primera, son empleados con frecuencia, ocasionando efectos similares a la cocaína, a punto tal que sus consumidores rara vez podían advertir la diferencia con esta droga si se la empleaba mediante inyecciones intravenosas.

Entre sus efectos puede destacarse, simultáneamente de un deterioro visceral acelerado, un estado de vigilia y atención. Como se señaló sus efectos son parecidos a la cocaína, incluso la paranoia o delirio persecutorio ocurre bastante antes.

Se ha utilizado esta droga, en el tratamiento de niños hiperactivos en dosis muy leves, lo que ha ayudado en su concentración y tranquilidad.[38]

Foto 6: Anfetaminas

La intoxicación anfetamínica leve produce un cuadro similar a la borrachera, grave hipertensión, taquicardia, arritmias, sudoración, náuseas, vómitos, diarreas, fiebre, midriasis, convulsiones, coma y muerte por parálisis bulbar.

Desde el punto de vista psíquico produce un deterioro mental con patología psiquiátrica, delirios paranoides, trastornos psicóticos, esquizofrénicos o paranoides, denominados psicosis anfetamínicas.[39]

1.6 Metanfetamina

"La metanfetamina es una droga estimulante adictiva que activa vigorosamente ciertos sistemas del cerebro. Guarda una estrecha relación química con la anfetamina, pero sus efectos sobre el sistema nervioso central son mayores. Ambas drogas tienen usos terapéuticos limitados, principalmente en el tratamiento de la obesidad.

La metanfetamina se manufactura en laboratorios ilegales y tiene un alto potencial para el abuso y la adicción. El producto vendido en la calle se conoce por muchos nombres como "speed," "meth," y "chalk" en inglés o "anfetas," "meta" y "tiza" en español. El clorhidrato de metanfetamina consiste de pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos y en esta forma se conoce como "ice," "crystal," "glass," y "tina" en inglés o "hielo, cristal" y "vidrio" en español."[40]

Esta droga fue sintetizada por primera vez en 1919 por un químico Japonés. Genera gran dependencia síquica.[41]

1.7 Éxtasis o "Droga del Amor"[42]

Reseña histórica

El MDMA fue sintetizado en 1914 en Alemania por los laboratorios Merck como supresor del apetito, pero nunca se llegó a comercializar. No fue hasta la década de los 50 que se le utilizó con fines experimentales.

Los primeros consumos ilegales se detectaron durante los años 60 y 70 en el oeste de Estados Unidos, y en 1985 fue prohibida en ese país. A partir de los 90, apareció cada vez con más fuerza en Europa.

Actualmente, los principales productores son europeos. Sin embargo, tanto el material como los conocimientos necesarios para su elaboración son muy elementales, lo cual facilita su producción casi en cualquier lugar.

El éxtasis puede caracterizarse como una droga social. En Estados Unidos, incluso, se le considera dentro de las denominadas "club drugs", refiriéndose a aquellas sustancias que se consumen en discotecas y clubes.

Origen

Es una droga que se elabora por síntesis química en laboratorios clandestinos. Se vende aduciendo que sólo posee MDMA, pero generalmente está adulterado. Las drogas sintéticas como el éxtasis tienen un potencial tóxico adicional, debido a la descontrolada variedad de sustancias (activas y adulterantes) que se ofrecen en el mercado ilegal.

El éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina) es la más representativa de las drogas de síntesis, por ser la de mayor demanda. Como no tiene control de calidad, su composición es variable y casi siempre se desconocen sus verdaderos componentes.

Una píldora podría estar adulterada con talco, comprimidos antiparasitarios para perros e incluso con otras drogas potentes como la mescalina, el LSD y otras anfetaminas. Se calcula que aproximadamente un tercio de las pastillas que se venden en el mercado tienen cantidad suficiente de MDMA.

Otras denominaciones

Eva, Adán, paloma, XTC.

Aspecto

Pastillas o tabletas de distintas formas, tamaños y colores, ilustradas con dibujos y logotipos variados (con el fin de hacerlas más atractivas). Muchas veces, las cantidades y calidades de las sustancias que componen una tableta son distintas en una y otra.

Vía de administración

Normalmente se ingiere por vía oral. Puede también fumarse o inyectarse.

Efectos / Riesgos

Los efectos del consumo de una o dos pastillas (50 a 100 miligramos aproximadamente) pueden durar entre cuatro y cinco horas.

Foto 7: Éxtasis

El éxtasis aumenta la disponibilidad del neurotransmisor cerebral llamado serotonina, produciendo euforia y desinhibición. También actúa sobre el hipotálamo, que es donde se regula la temperatura del cuerpo. Entonces, una persona que ha consumido éxtasis puede bailar por mucho tiempo sin cansarse, pero el calor provocado por la intensa actividad física puede producirle una violenta deshidratación e hipertermia. El riesgo aumenta si se consume, además, alcohol, pues su efecto diurético (estimula la excreción de orina) acelera la pérdida de agua, pudiendo incluso provocar la muerte.

Teniendo en cuenta que casi nunca se sabe con precisión cuáles son los componentes de lo que se vende por éxtasis, sus efectos pueden variar de forma considerable, pero se reconoce que el MDMA produce los siguientes efectos:

Físicos: Energía, alta sensibilidad y reducción de la ansiedad al contacto físico, mayor tolerancia a la fatiga, taquicardia, arritmia e hipertensión, pérdida del apetito, sequedad de boca, sudoración, deshidratación, hipertermia, sobrestimulación (aumento del estado de alerta, insomnio). En altas dosis produce náuseas, vómitos, temblores, hiperactividad motora, escalofríos y deshidratación severa; pueden experi-

mentarse problemas cardiacos o una insuficiencia renal aguda, que podrían provocar la muerte.

Sicológicos: Ansiedad, irritabilidad, sensación de euforia, estado de placer, sensación de empatía con los demás, locuacidad, omnipotencia. Dosis elevadas pueden producir ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis y fuertes alucinaciones visuales o auditivas.

Cuando estas sensaciones decaen, sobreviene agotamiento, fatiga, inquietud y depresión, estados que pueden durar varios días.

2. Derivadas del Cannabis

2.1 Marihuana[43]

Esta droga se consumía en Egipto desde la época del Imperio, habiendo sido reprobada sólo desde 1378 a 1393 por el emir Soudum Shikoumi.

Existen dos variantes de la cannabis, la índica y la sativa, según pertenezca a Asia o Euroamérica, sin embargo, el principio activo es exactamente el mismo. La especie de cáñamo es única.

Foto 8: Cannabis

Durante el siglo pasado se recomendó el uso terapéutico del cáñamo, en insomnio, agotamientos nerviosos o sedantes para personas que sufren dolores.

Los compuestos químicos de la cannabis son variados y se denominan generalmente "cannabinoides". El alcaloide con propiedades psicoactivas es el tetrahidrocannabinol (THC), obtenido en la actualidad en forma sintética. Así los deltas 9THC y los delta 8THC, y el ácido THC.

Los ácidos THC se convierten en activos por acción del calor; por ello la actividad de las preparaciones fumadas es mayor que las ingeridas. Los ácidos THC sufren una hidroxilación. La aparición en hígado y pulmón de derivados de hidroxilados (radical conformado por hidrógeno y oxigeno) tiene especial interés, porque son esos y no los THC los verdaderos responsables de la psicoactividad de la cannabis, especialmente el 1THC-delta 1 tetrahidrocannabinol.

De la planta o pie femenino es de donde se obtienen fundamentalmente los productos responsables de su poder alucinógeno, los cannabinoles, que se encuentran en la resina, que es la más rica en principio activo, pudiendo alcanzar el 40%[44]; las hojas, con un porcentaje menor, aproximadamente del 12 al 16% y los cañamones, que son el fruto de la planta.

El aceite de hachís se obtiene químicamente; es de una potencia 100 veces mayor que la del hachís y este 100 veces superior a la grifa[44].El término hachís suele utilizarse para la resina[46].

Desde un punto de vista clínico puede señalarse que la intoxicación con cannabis es excepcional.

Los síntomas más frecuentes son una embriaguez parecida a la del alcohol, en la que falta el olor sui generis de éste, hay una disminución de la autocrítica junto a un aumento exagerado de la confianza en si mismo.

El uso de cannabis provoca congestión de la conjuntiva, disminución de la fuerza muscular, leve taquicardia y temblor distal en las manos.

En cuanto a reacciones psicóticas - ideas paranoides, confusión, agitación, excitación, delirio, se han observado en personas que no solo tenían antecedentes de trato psiquiátrico, sino trastornos subyacentes.

El síndrome de abstinencia es discutible, hay acuerdo, sin embargo, en que a dosis importantes y consumo

Foto 9: Marihuana paraguaya

regular durante un tiempo crea dependencia psíquica, en una primera parte el sujeto controla la droga, en la segunda es dominado por ella llegando a tener comportamientos antisociales.

Marihuana Paraguaya[47]

Sobre la materia cabe agregar, que en el ámbito nacional, se ha argumentado en defensa de la marihuana paraguaya, es decir, que quienes importen, exporten, transporten, adquieran, transfieran, sustraigan, posean, suministren, guarden o porten consigo e incluso la consuman en lugares públicos o abiertos al público- en este último caso haciendo referencia al artículo 41 de la Ley Nº 19.366, encuentran excusado su comportamiento por cuanto la droga en comento carece de principios activos los que sólo estarían presentes en las sumidades floridas de cannabis o cáñamo índico, sus flores, frutos o cañamones que no son propios en esta yerba triturada y prensada, producida y originada en Paraguay.

Previo a pronunciarnos sobre la parte conclusiva de este informe, y a modo explicativo, debemos señalar que se entiende por cannabis sativa L. Es una planta, de la familia de las urticales, de uno a cuatro metros de altura, de hojas alargadas, flores arracimadas, cultivada para la obtención del cáñamo. La planta recibe los nombres de cannabis índica y cannabis americana, pero botánicamente es la Cannabis Sativa L., denominación que interesa para los efectos legales y reglamentarios en nuestro país.

En la marihuana la proporción de principios activos varía entre el 3 y 10%, llegando en el hachís al 35 y 40%[48].

La resina contiene hasta un 40% de principio alucinógeno mientras que el cáñamo natural no alcanza el 12%. La resina es la parte de la planta que contiene mayor cantidad de principio activo alucinógeno, le siguen en concentración, las florescencias de la planta femenina y las hojas superiores, después los tallos verdes y finalmente el tronco. Es decir toda la planta. La planta masculina también contiene principios activos aunque en menor cantidad que la femenina.

En la planta la riqueza de cannabinoles, según la parte de que se trate, la cantidad de THC varía si es una planta macho o hembra, teniendo esta última una mayor concentración de THC.

La llamada marihuana paraguaya contiene los principios activos a que hacemos referencia, sin tomar en consideración si la planta es femenina o masculina, si se trata de resina, fluorescencias de la planta femenina, de hojas superiores, tallos verdes o del tronco de la planta, es decir, basta con que la yerba contenga cannabinoles o cannabinoides para afirmar la presencia del principio psicofarmacológico activo no deseado por la ley.

El reglamento de la Ley de Drogas, ninguna referencia hace a la mayor o menor cantidad de principios activos que deba contener la marihuana, importada o nacional, para efectos de sancionar su tráfico y consumo, bastando que se trate de "cannabis" (cáñamo índico) sumidades floridas o con frutos de la planta del género cannabis de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se designe. En este sentido los principios psicoactivos "cannabinoles" o "cannabinoides" no es razonable sostener que no se encuentren presentes en la integridad de la planta o yerba con ocasión de su tráfico o consumo ilícitos.

Sólo si se trafican semillas y hojas no unidas a las sumidades deja de aplicarse en artículo 5º de la Ley Nº 19.366, pero si el tráfico dice relación con las sumidades floridas o con frutos de la planta del género cannabis o con hojas unidas a las sumidades su tallo u otras partes o zonas de la planta del género cannabis o con hojas unidas a las sumidades, su tallo u otras partes o zonas de la planta, "cualesquiera

que sea el nombre con que se designe" que revele la existencia de principios activos como lo son los cannabinoles o cannabinoides, que surgen de las resina misma que conllevan, se está en presencia de un tráfico penado por la ley.

Por último, concluye el profesor Ruiz Pulido señalando: "cuando se trate de "marihuana paraguaya", "peruana", "colombiana" o "chilena", presentada seca, triturada, elaborada, mezclada, prensada o de cualesquiera otra forma en que no haya perdido su identidad o "vegetalidad" de Cannabis Sativa L, por usar una expresión gráfica, en la medida en que arroje "cannabinoles" o "cannabinoides", que son los principios activos del THC, nos encontramos en presencia de "otras drogas o substancias estupefacientes o psicotrópicas que no producen dependencia física o síquica ni graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública"; y que, por consiguiente, para los efectos de su sanción, es lícito recurrir a la penalidad contemplada en el inciso segundo del artículo 1º de la Ley Nº 19.366. Sólo con un criterio penal restrictivo, deben ser excluidos de "tráfico", en términos genéricos, "las semillas y las hojas no unidas a las sumidades" por expresa disposición normativa y en la medida en que puedan ser perfectamente aisladas e individualizables en cuanto tales."

2.2 Hashish[49]

Es una sustancia constituida por la resina pura, secreciones resinosas de las inflorescencias y hojas de la planta femenina de la marihuana. Se presenta formando tortas o bolas marrones o negras, luego de su secado y moldeado "a mano". Se fuma en pipa. Es el narcótico más importante en los pueblos islámicos. El hashish es más potente y concentrado que la marihuana, pues llega a contener entre 10% y 13% de THC. El uso prolongado de hashish produce impotencia sexual parcial y que afecta la producción de la hormona masculina (testosterona).

Foto 10: Marihuana Paraguaya y Prensada

Aceite de Hashish[50]

Es un "producto del proceso continuo de maceración de la planta de cannabis para obtener su aceite concentrado, lo que eleva a un 20% promedio el porcentual del THC. Se presenta como en líquido almibarado de color claro (indefinido) a oscuro, según su procedencia. Se fuma, mezclado con tabaco, por goteo (1 ó 2 gotas)."

Foto 11: Hashish

Foto 12: Aceite de Hashish

3. Depresores

3.1 Heroína[51]

Mucho más poderosa que la morfina resultó la sustancia obtenida mediante acetilización de morfina base, fármaco ensayado en el policlínico de Bayer para el tratamiento de la tos y la disnea en asmáticos y tuberculosos. En 1898 se vendía en todas las boticas con el nombre de heroína. Su descubridor, H. Dreser.

La heroína se fuma, se aspira nasalmente y puede inyectarse. La heroína fumada por aspiración del humo que se calienta sobre papel de aluminio provoca un efecto casi inmediato. La inyección intravenosa, en cambio, actúa de inmediato.

El síndrome de abstención de los opiáceos presenta los siguientes síntomas: lagrimeo, rinorrea (salida de la mucosidad por la nariz sin existir inflamación), sudoración, midriasis (dilatación pupilar) erección de elementos pelosos, llamaradas de calor, náuseas, vómitos, diarrea, aumento de la temperatura temporal, aumento del ritmo respiratorio, aumento del pulso, calambres musculares, calambres abdominales, deshidratación y pérdida de peso. Todo ello se presenta acompañado, a su vez, de reacciones psíquicas como ansiedad, agitación, insomnio, bostezos y dolores vagos generalizados, con pérdida del apetito[52].

Foto 13: Heroína (inyección)

Como todos los opiáceos, elimina la ansiedad y desencadena confianza y euforia. La heroína generalmente no se vende pura sino cortada con una pureza no superior al 15%. Esto puede dar lugar a que un adicto acostumbrado a inyectarse dosis

pobres en alcaloides, ingiera dosis mayores, causándole la muerte por sobredosis muy rápidamente.

3.2 Opio y sus derivados[53]

El opio es un narcótico, palabra griega que significa "cosa capaz de adormecer y sedar", que se encuentra en Asia Menor y Oriente. Los países que tienen grandes extensiones de cultivo legal son India, Australia, Hungría, Bulgaria y España, ello porque también crece silvestre en Europa.

El opio es el látex seco de la cápsula o fruto sin madurar de la adormidera (papaver somniferum album); también se lo llama "yerba del sueño". La adormidera es una hierba anual que alcanza hasta 1,5 m de altura, que se siembra generalmente a fines de otoño.

Cuando las semillas están todavía inmaduras, una leve incisión en la cápsula produce un látex blanco que al contacto con el aire se torna marrón. Esas gotas son acumuladas y constituyen una masa maleable de opio crudo, que se convierte en opio cocido mediante el procedimiento de fumarlo en pipa o cocer en agua esa materia, cuidando de hacerlo el tiempo debido y sin sobrepasar los 80º.

Teniendo en cuenta que el opio posee un contenido medio de morfina aproximado al 10 por 100, la dosis letal para un adulto de 70 kg. se sitúa en los 5 g. Se conocen casos de coma y muerte con la consumición de 3 g.

Foto 14: Opio

Los síntomas de intoxicación grave son depresión y coma respiratorio, también ocasiona gripe y trastornos general del ánimo. La gripe se caracteriza por bostezos, sudoración, secreciones nasales, respiración agitada, temblores ocasionales, carne de gallina, calambres en las piernas, en casos raros crisis convulsivas y muerte.

El trastorno general del ánimo puede ser pérdida de límites entre vigilia y ensoñación, terminando en un insomne desasosiego crónico.

En este sentido podemos mencionar que el Tribunal Supremo español, en sentencia del 4 de julio de 1990, con referencia a esta sustancia ha dicho:

"El consumo habitual de opiáceos por vía intravenosa, produce una sumisión física y psíquica en el drogadicto y le produce efectos con tal rapidez e intensidad que desencadena en muy corto plazo un cuadro de ansiedad compulsiva durante los períodos carenciales que están perfectamente descritos en la literatura médica. El drogadependiente que puede entrar en una fase letárgica o placentera en los momentos inmediatamente posteriores a la inyección de la dosis, una vez que han pasado los transitorios efectos de la droga cae en una fase de desequilibrio caracterizada por una sintomatología conocida como

"síndrome de abstinencia". La más reciente jurisprudencia de esta sala ha venido señalando que la patología adictiva a toda clases de opiáceos revela una alteración de la personalidad con entidad suficiente para valorar la posible concurrencia de alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal en algunas de sus alternativas; exención de responsabilidad, eximente incompleta o la atenuante analógica, correspondiendo al tribunal sentenciador la valoración de la intensidad del influjo para adoptar la resolución que estime más adecuada a la sintomatología que describe en el hecho probado sobre cuyo contenido tiene que fundarse la decisión adoptada".

3.3 Morfina

La morfina es el principal componente del opio, con una concentración de 4 a 21%, y es una de las drogas conocidas más eficaces para aliviar el dolor. Es comercializada en forma de cristales blancos, tabletas hipodérmicas y preparados inyectables. Su uso lícito se restringe básicamente a hospitales. "Actualmente, la morfina se utiliza como fármaco preoperatorio y de apoyo a la anestesia".[54] La morfina es inodora, de sabor amargo y tiende a oscurecerse con el tiempo. Puede ser administrada de manera subcutánea, intramuscular, o intravenosa, siendo este último método el que más usan los adictos. La tolerancia y la dependencia se desarrollan con rapidez en el usuario. Sólo una pequeña porción de la morfina que se obtiene del opio se usa médicamente, la mayor parte se convierte en codeína y en menor escala en hidromorfina[55]. "La morfinomanía está reconocida como estado criminógeno. La privación o carencia de esta droga en esta fase crea o produce un sufrimiento psíquico de tal entidad que el morfinómano no teme recurrir a cualquier medio posible para procurarse su dosis: violencia, robo, hurto, estafa…; por ello, generalmente, es esta fase aludida de morfinomanía la que permite tener al agente por inimputable, si el acto criminal se realiza en estado de crisis morfínica, como lo ha resuelto la jurisprudencia francesa."[56]

3.4 Codeína[57]

"Constituye un analgésico, antiespasmódico y remedio para la tos. Como derivado del opio produce a grandes rasgos efectos similares a la morfina aunque su actividad es mucho más reducida (12%) A partir de una dosis de 100 a 140 miligramos ocasiona una depresión generalizada cuyo efecto dura seis horas aproximadamente.

Esta droga, a pesar de ser un opiáceo, es de venta libre y se entiende que a partir de los dos gramos diarios quien la consume queda expuesto al síndrome de abstinencia."

3.5 Barbitúricos[58]

Un investigador alemán sintetizó por primera vez el ácido barbitúrico en 1863, y en los albores del siglo XX, a principios de 1903, apareció el primer barbitúrico llamado veronal, seguido casi inmediatamente del luminar.

A través de los años estas sustancias se han multiplicado, invadiendo el mercado. Son sustancias químicas obtenidas también mediante proceso de síntesis en laboratorios legales e ilegales. Provocan relajación, disminución de la actividad mental y sueño, ya que favorecen la depresión del Sistema Nervioso Central.

Producen dependencia física y psíquica, pero recién en los años 60 se alertó sobre el peligro que corre quien las consume a causa de la creciente dependencia que generan y los riesgos de muerte por sobredosis, ya que, al desarrollar tolerancia, el usuario va aumentando la dosis para obtener los efectos deseados. Hasta entonces era de venta libre.

Foto 15: Barbitúricos

El síndrome de abstinencia es muy peligroso. Dosis normales producen efectos sedativos pero disminuyen la agudeza mental, retardan la palabra y provocan labilidad emocional. La sobredosis acarrea efectos tóxicos tan graves que puede ocasionar la muerte. Peligrosa es también la mezcla de alcohol y barbitúricos, pues los efectos se potencian considerablemente. Son frecuentes las sobredosis accidentales derivadas de dicha combinación.

Foto 16: Codeína

3.6 Benzodiazepinas

Corresponde a la familia de sedantes, comercializados como ansiolíticos, utilizados como tranquilizantes menores. En 1956, el Dr. Leo Sternbach sintetizó la primera benzodiazepina (clordiaze póxido=Librium). Las más usuales son: alprazolam, bromazepam, clobazam, clordiazepóxido, clonazepam, flunitrazepam, flurazepam, halazepam, lorazepam, medazepam, midazolam, nitrazepam, oxazepam, temazepam, triazolam[59].

Son los medicamentos más consumidos para tratar estados de ansiedad. Al presentar menos efectos secundarios han reemplazado a los barbitúricos, dado a que inducen a un agradable estado de relajación muscular y somnolencia. Dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión y disminución de la coordinación psicomotriz.

Todos los efectos de estos medicamentos se incrementan al ser mezclados con alcohol, pudiendo provocar inadvertidamente una sobredosis. Desarrollan tolerancia, y su uso prolongado, dependencia.

El abandono del consumo debe realizarse en forma gradual, ya que, al igual que con los barbitúricos, el síndrome de abstinencia es sumamente peligroso y se puede presentar como insomnio, aumento de la ansiedad, irritabilidad extrema, temblor, palpitaciones, agudo dolor de cabeza, tensiones musculares, convulsiones y estados epilépticos[60].

Flunitrazepam – Rohypnol

Rohypnol es el principal nombre comercial del flunitrazepam.

Es una "benzodiazepina capaz de producir todos los niveles de depresión del SNC, desde sedación ligera hasta hipnosis y coma; la magnitud del efecto depresor está en función de la dosis administrada. Se postula que su efecto depresor está relacionado con su capacidad de estimular los receptores gabaérgicos del sistema reticular activador ascendente. Como medicación preanestésica, se administra por vía parenteral y su efecto máximo se presenta de 1 a 1.5 min. después de su inyección intravenosa. Se distribuye ampliamente en el organismo y se metaboliza en el hígado, donde se generan metabolitos activos que se eliminan en la orina y en la leche. Atraviesa la barrera placentaria"[61].

4. Alucinógenos

4.1 LSD – 25[62]

El LSD – 25 (dietilamida del ácido lisérgico) fue sintetizado por Stoll y Hoffmann en Basileia (Suiza), en 1938, a partir de los alcaloides del cornezuelo de centeno, hongo parásito del ovario de algunos cereales. El LSD carece de color, sabor y olor; a veces, no obstante, se presenta como polvo blanco muy soluble en agua[63].

Foto 17: Rohypnol

Los efectos del LSD se manifiestan en tres fases: el inicio, entre los veinte y cuarenta minutos de su

administración, dura unas dos horas. Se puede presentar palidez, taquicardia, aumento discreto de la presión arterial, mareo y midriasis con arreflexia a la estimulación luminosa; pasada una hora se modifica el estado de ánimo, euforia o depresión. El viaje suele durar cinco horas; se producen sensaciones y visiones fantásticas en el cuerpo y en la mente, con alucinosis o trastornos perceptivos consistentes en representaciones sin objeto; el efecto característico es que las impresiones sensoriales se perciben con gran fuerza y vivacidad, los colores se tornan más intensos y los sonidos más fuertes; las imágenes se entrelazan en el sujeto y hay vivencias autoscópicas de despersonalización; de la segunda a la cuarta hora son frecuentes las sinestesias, mezclándose diversos campos de sensopercepción, se "ven" los sonidos, se "escuchan" los colores, se "huele" la música, el sentido del tiempo se extiende hacia el pasado y el futuro, de manera que muchos recuerdos y experiencias del pasado fluyen a la mente y parecen tan reales como sucedieron y, entonces puede iniciarse el bad trip o mal viaje, pues si los recuerdos son desagradables se produce gran tensión y ansiedad. El retorno se produce hacia las ocho horas y el sujeto conserva un recuerdo muy lúcido del viaje[64].

El LSD no es una droga que produzca dependencia física, pero desde el punto de vista psíquico el sujeto comienza depender de la droga, y es necesario que aumente la dosis si desea lograr los mismos efectos; algunos autores señalan que el consumidor de LSD puede tener secuelas tardías: una persona que normalmente viene utilizando la droga y de pronto decide no utilizarla mas, aunque en ese momento no tenga ningún efecto, se encuentra con que al poco tiempo, a las semanas o meses, vuelve a sentir las mismas reacciones como si hubiese tomado la droga de nuevo. Son las reacciones de la reincidencia del LSD, cuyo tratamiento deberá realizarse con psicodepresores y sedantes.

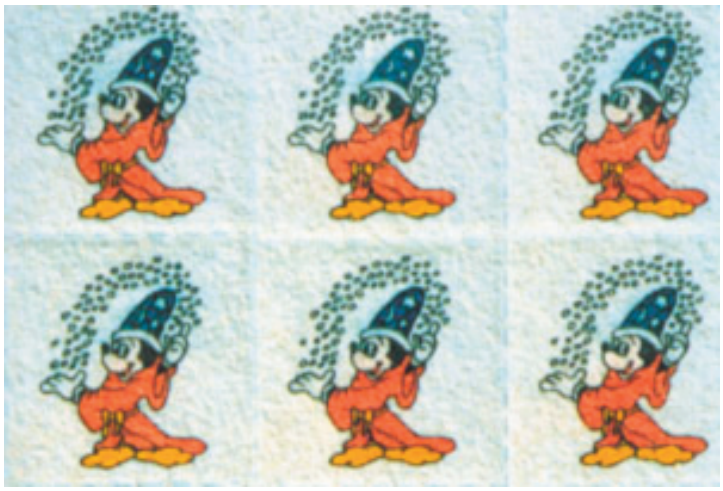

Foto 18: LSD

4.2 Mescalina[65]

Cabe hacer presente que este alucinógeno aparece escrito de dos formas dependiendo de la obra consultada, a saber: Mescalina y Mezcalina. En nuestro reglamento de la Ley de Drogas, se contempla de la primera forma, en su artículo 1º.

"La Mescalina es un alcaloide perteneciente al grupo *aminas* aromáticas, conocida también como peyote (cactus mexicano), procede del captus lupophora wiklliansi, consumida fundamentalmente en México, siendo sus principales efectos los anfetamínicos y alucinógenos, aislándose en 1896 la mescalina como principio activo del peyote. En cuanto al síndrome de necesidad es escaso, similar al tabaquismo, y el síndrome de abstinencia posiblemente no se produzca."

Foto 19: Mescalina (Peyote)

4.3 Burundanga[66]

Generalidades

El nombre popular burundanga tiene origen afrocubano y significa bebedizo, brebaje o sustancia usada con fines delictivos. No hay una sustancia específica considerada como burundanga, se le ha denominado así a cualquier hipnógeno capaz de controlar una víctima con el fin de cometer ilícitos. Se sospecha el uso de diversas sustancias para tal fin, como son gases paralizantes posiblemente a base de éter o cloroformo los cuales se administrarían inicialmente a la víctima desprevenida, adicionando luego escopolamina y/o benzodiazepinas y/o fenotiazinas en dulces, gaseosas, licores, etc. Además se administra con mucha frecuencia burundanga a víctimas que han consumido previamente bebidas alcohólicas lo cual hace más difícil determinar cuál o cuáles sustancias son las responsables del estado de intoxicación aguda en que llega el paciente al servicio de urgencias.

Escopolamina

Fisiopatología: Es un alcaloide que se extrae de plantas de la familia solanácea principalmente en el *"Datura arborea"* conocida como cacao sabanero o borrachero. Difiere de la atropina sólo en que tiene un puente de oxígeno entre los átomos de carbono 6 y 7 lo cual, le permite penetrar la barrera hematoencefálica más fácilmente y causar alteración del sistema nervioso central. Se han presentado intoxicaciones accidentales en niños por ingestión de partes de la planta o miel de abejas contaminada por los insectos al librar el néctar de estas solanáceas.

Vías de absorción: Los alcaloides se absorben rápidamente en el tracto gastrointestinal y es por vía oral como más frecuentemente se administra a las víctimas en dulces, chocolatines; bebidas como gaseosa, café y licor.

Es factible el ingreso por vía inhalatoria a través de cigarrillo o por la piel con la aplicación de linimentos.

Cuadro clínico:

Sistema nervioso central: la escopolamina al ser absorbida ocasiona un estado de pasividad completa de la víctima con actitud de "automatismo", recibe y ejecuta órdenes sin oposición, desapareciendo los actos inteligentes de la voluntad y la memorización de hechos, lo cual es aprovechado por los delincuentes. Bloquea las funciones colinérgicas en el sistema límbico y corteza asociada, relacionados con aprendizaje y memorización. En algunas personas puede causar desorientación, excitación psicomotriz, alucinaciones, delirio y agresividad. En dosis muy altas causa convulsiones, depresión severa, coma y aún la muerte.

Síntomas periféricos: hay disminución de secreción glandular, la producción de saliva se suspende produciendo sequedad de boca, sed, dificultad para deglutir y hablar, pupilas dilatadas con reacción lenta a la luz, visión borrosa para objetos cercanos y puede existir ceguera transitoria; taquicardia acompañada, a veces, de hipertensión, enrojecimiento de la piel por vasodilatación cutánea y disminución de la sudoración, brote escarlatiniforme en cara y tronco e hipertermia que puede llegar hasta 42° C.

Causa dilatación vesical con espasmo del esfinter retención urinaria. Dosis muy altas desencadenan

arritmias cardíacas, taquicardia severa, fibrilación, insuficiencia respiratoria, colapso vascular y muerte.

Metabolismo y excreción

El efecto máximo se alcanza durante una a dos horas y cede paulatinamente; tiene una vida promedio de dos y media horas y se metaboliza en hígado por hidrólisis enzimática, en ácido trópico y escopina y sólo 10% se excreta en riñón sin metabolizarse. Aparecen trazas en el sudor y en la leche materna. Atraviesa la barrera placentaria y puede actuar sobre el feto.

Dosis tóxica: Niños: 10 mg.

Adultos: 100 mg.

Foto 20: Datura Arbórea

5. Drogas Legales

5.1 Alcohol[67]

Esta sustancia encaja perfectamente dentro del concepto farmacológico de droga.

El alcohol se absorbe por vía digestiva y la rapidez de la misma dependerá de su cantidad, grado alcohólico de la bebida ingerida, las circunstancia de acompañarla con alimentos y de que se realicen una o varias libaciones.

Las primeras alteraciones ejercen su influencia en el Sistema Nervioso Central, manifestándose como depresión de los centros superiores de la vida síquica, es decir, de los que regulan la conducta, el juicio y la autocrítica.

En una primera fase, se origina una sensación de bienestar acompañada de un estado de ligera y discreta excitación. Las acciones, la palabra y las emociones están menos afectadas debido a la disminución de la inhibición que normalmente ejercen los centros superiores cerebrales; ello explica el aumento de las confidencias a terceros, una cierta indiferencia por las consecuencias de los actos que en ese momento se realizan, y una pérdida manifiesta del autocontrol de las expresiones que se vuelven osadas y atrevidas. Se manifiesta también en esta fase una lentitud marcada en los reflejos y una dificultad de acomodación visual a la oscuridad.

En una segunda fase, cuando la narcosis alcohólica es más profunda, quedan afectados los movimientos de la destreza y las percepciones sensoriales.

Se pasa a un tercer estadio en el que las células motoras y sensitivas están ya profundamente afectadas. La marcha se vuelve irregular, haciendo tambalear sus movimientos deambulatorios al sujeto.

Por último, con la ingestión progresiva se llega a un estado de deterioro del individuo, en el que la narcosis alcanza a la totalidad del sistema nervioso, entrando el sujeto en estado de coma, con la respiración estertora, lo que indica la iniciación de la parálisis del centro respiratorio.[68]

El alcohólico es un enfermo, un adicto como los de otros tipos de drogas, es un toxicómano con todos los componentes.[69]

5.2 Tabaco[70]

La nicotina es el alcaloide del tabaco que presenta el aspecto de un líquido aceitoso. Cuando se combustiona el cigarrilo se halla suspendido en diminutas partículas de alquitrán. En el pulmón se

absorbe casi con la misma eficacia que si se lo administra por vía intravenosa. Llega al cerebro segundos después de haber sido inhalado. La intoxicación en pequeñas cantidades produce excitación; es el factor que crea adicción al tabaquismo y dependencia con mayor rapidez que la heroína. Produce:

1.- Alteraciones cardiovasculares, aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial. Genera un aumento del nivel de colesterol en la sangre constituyendo un factor de riesgo de muerte súbita, infarto de miocardio y aterosclerosis.

2.- Alteraciones digestivas, úlceras de duodeno e inhibe la secreción pancreática, con lo que impide la dilución de neutralización del jugo gástrico en la primera porción del intestino delgado.[71]

El alquitrán es el compuesto del cigarrillo que engloba una enorme cantidad de hidrocarburos y principal responsable del cáncer de los fumadores.

El tabaco contiene 50 clases de peligrosas sustancias además de otros componentes, acroleína, óxido nítrico, dióxido de nitrógeno, creosotas, anfenoles, iones metálicos y otros compuestos radioactivos.

Entre los agentes cancerígenos del alquitrán se destacan nitrosaminas no volátiles, animas aromáticas e hidrocarburos policíclicos (benzopirenos)[72]

6. Inhalantes[73]

Este grupo lo componen los hidrocarburos volátiles, como nafta, solvente, bencina, etc.; disolventes, como la acetona, el aguarrás, etc.; pegamentos como el *poxipol* o el *poxirán*; insecticidas, desinfectantes, sustancias empleadas para maquillaje y otros productos de amplia utilización doméstica.[74]

Su consumo habitual produce dolores de cabeza, irritabilidad, insomnio, neuritis, vómitos y acusados síntomas de inestabilidad emocional que la mayoría de las veces se transforma en profundas depresiones.

La inhalación periódica va dejando sus huellas en el consumidor; se puede así identificar en muchos casos el tipo de consumo. Algunos de los síntomas son conjuntivitis e irritabilidad de la piel de la cara y de las mucosas.

Después de determinado tiempo de consumo comienzan las alteraciones a nivel cognoscitivo con percepciones distorsionadas, especialmente auditivas y visuales, desorientación en tiempo y espacio, pérdida de coordinación motora y alteraciones en la forma de hablar.

El consumo crónico puede producir lesiones hepáticas, renales y de médula ósea. Se han comprobado casos de ceguera total por lesiones en el nervio óptico.

Con las lesiones que comienzan a producirse en el Sistema Nervioso Central se van presentado diferentes problemas en las funciones cognitivas, como la memoria, el lenguaje y el pensamiento.

Producen importante dependencia psíquica y desarrollan tolerancia.

Foto 21: Tolueno

V.- Breve comentario sobre la adicción

"La adicción a las drogas, se traduce en la costumbre de consumirlas y el sujeto pierde el control pues tiene que ingerirlas, ya que de no hacerlo representa un malestar, físico, psíquico o ambos.

Según el tipo de droga que consuma la persona que tiene la necesidad, se le denominará: alcohólico, cocainómano, morfinómano, anfeta, etc.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adicción a las drogas se entiende como un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el

individuo y para la sociedad, producido por el consumo repetido de tales substancias. Sus características son las siguientes: 1.- Deseo o necesidad invencibles (compulsión) para continuar tomando la droga, y para obtenerla por cualquier medio posible; 2.- Tendencia a aumentar la dosis de droga, y 3.- Dependencia psíquica, física o ambas."[75]

Dependencia física - psíquica[76]

Respecto a este último punto, debemos señalar que existen dos tipos de dependencia: *física y psíquica*. La dependencia física, orgánica o biológica equivale, en términos generales a la adicción, irresistible necesidad de un consumo apremiante. Se trata de la progresiva adaptación biológica al consumo de una droga, de tal forma que para no alterar la normalidad fisiológica llega a resultar necesaria la toma de una nueva dosis. La OMS (Informe técnico 551/74) la define como "el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la toma del fármaco".

La secuela más importante de la dependencia física es el llamado "síndrome de abstinencia" que puede venir desencadenado por mecanismos **f**armacocinéticos (alcohol) o farmacodinámicos (heroína).

La dependencia psíquica o psicológica equivale a la habituación. En dicho estado, el consumidor busca el producto para su bienestar o la voluptuosidad que le procura su consumo. La OMS (Informe 55/ 74) la define como "el estado en el que el fármaco produce una sensación de satisfacción, un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar".

El dependiente psíquicamente no renuncia fácilmente al consumo de la sustancia a causa de la nostalgia que ello le produciría, pero en caso de interrupción no aparecen fenómenos físicos de necesidad.

Como cada droga ocasiona un tipo especial de dependencia no es posible generalizar en función de las distintas sustancias; así se habla de dependencia de tipo morfínico, cocaínico, cannábica, anfetamínica; por ello a partir de 1965 en el seno de la OMS las expresiones "farmacodependencias" o "drogodependencia" sustituye a la de "dependencia". En el informe técnico 407/1969 se las define de la siguiente manera: "Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación". O "la drogodependencia es un estado de dependencia física o psíquica, o ambos, respecto a una droga que se crea en la persona a consecuencia de la administración de esta droga, sobre la base de que sea continuada o periódica".

Hay dos grupos bien diferenciados de drogas; unas crean dependencia física y psíquica (adicción); otras, sólo la psíquica (hábito).

Los efectos que producen las sustancias estupefacientes no se pueden establecer apriorísticamente; más aún, una misma sustancia puede producir efectos diferentes según quién la consuma, cuándo y dónde.

En general, para analizar sus efectos deben tenerse en cuenta su naturaleza, la dosis consumida, la forma de administrarla, la existencia o no de tolerancia, la personalidad del consumidor, su edad, constitución física, estado de salud, base psicopática del sujeto, expectativas, y el ambiente social en el que se consumen.

V. a.- Jurisprudencia

En el ámbito nacional, los Tribunales de Juicio Oral en lo Penal han fallado en sentido de estimar como medio idóneo para acreditar la calidad de adicto a un individuo, el peritaje psiquiátrico. En este sentido, los exámenes toxicológicos, de orina por ejemplo, sólo determinan consumo reciente. El examen de pelo en cambio puede ser usado para determinar un consumo habitual, mas no - uno esporádico. Así se ha fallado con relación a este último examen *"…era necesario que existiera un consumo frecuente y sostenido en el tiempo para que se demostrara a través del pelo que la persona investigada era consumidor de dicha sustancia. En la especie, el acusado es consumidor y así quedó demostrado a través de esta pericia (…) El examen se practicó en cabellos de una longitud de 3 centímetros (…) La droga se incorpora en su estado de*

crecimiento, por lo que pudo asegurar que hubo consumo por parte del acusado en los últimos tres meses (muestra de 3 centímetros) previos a la toma de la muestra, sin que pueda asegurar si hay o no adicción…"[77]

Otro criterio ha señalado con ocasión del examen de orina lo siguiente: *"…que la defensa ni el acusado han acreditado que éste último sea una persona adicta a la cannabis sativa, por lo que mal se puede pretender justificar la excesiva cantidad de droga que le fuera incautada, estuviera destinada a su consumo por una supuesta adicción. No obsta a lo anterior, lo señalado por la perito (…) quien señala haber detectado la presencia de metabolitos de marihuana en la orina del acusado, por ser insuficiente para concluir la existencia de adicción, ya que sólo revela consumo…*"[78]

Ahora bien, en relación con la acreditación de la adicción, a través de la prueba pericial psiquiátrica podemos señalar el criterio esgrimido por el Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Iquique: *"…será oído el alegato de menor imputabilidad de la acusada, sustentado por la defensa en los dichos del perito siquiatra (…) si la sustancia estupefaciente ha asentado a tal punto su señorío sobre el individuo, que éste simplemente no puede vivir sin el consumo permanente y compulsivo de la droga en que basa su sustento, y además se establece que esa misma sustancia ha provocado un deterioro significativo de sus capacidades cerebrales, no es dable sino concluir que dicha persona tiene severamente limitada su capacidad para determinar libremente su proceder…"*[79]

Por último, en relación a la materia en comento, cito un extracto de lo señalado en la Sesión 48ª, de martes 3 de abril de 2001 (Informe de la Comisión Especial de Drogas, Cámara de Diputados, Proyecto de Ley que sustituye la Ley 19.366, Boletín 2539-20) por el doctor Enrique Paris (Director del Centro de Toxicología de la Universidad Católica de Chile): "precisó que en medicina, para hacer un diagnóstico, los exámenes de laboratorio constituyen una parte del mismo, pero no el resultado mismo. Por ello, es menester que, para decir que una persona es adicta a determinada droga, no basta con el resultado de un test, sino que ello debe complementarse con otros antecedentes."

Por otra parte, el doctor Luis Rodríguez Pemjean (Director del Servicio de Laboratorios Clínicos de la Universidad Católica de Chile) señaló en la misma sesión que "…Las drogas que se deberían informar a través de estos exámenes (se refiere a los toxicológicos) requieren de una respuesta muy difícil de dar, ya que, según su experiencia, la decisión de si una persona es drogadicta la tiene que dar un experto, puesto que el test positivo no es necesariamente indicativo de esa condición. Así es como, en una oportunidad, se informó un test positivo de cocaína y posteriormente se constató que la persona consumía todos los días te de coca, que es libremente adquirido en cualquier supermercado. En otra ocasión se informó un test positivo de anfetaminas y el médico de esa persona certificó que se trataba de un paciente que estaba sometido a un tratamiento para adelgazar.

Índice de Fotos

Foto 1: Arbusto de Coca
(http://wwwhtm.pgr.gob.mx/comb_narco/tipos_drogas/cocaina.htm)
Foto 2: Cocaína
(www.icps.it/italiano./bollettino/ psn02/06020106.htm)
Foto 3: Cocaína Negra
(www.dialogo-americas.com/. ../frames/artical.htm)
Foto 4: Pasta Base de Cocaína
(http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo_pbc.php)
Foto 5: Crack
(www.moonpolice.us/ drug_information.htm)
Foto 6: Anfetaminas
(200.152.193.254/novosite/ drogas_anfetaminas.htm)
Foto 7: Éxtasis
(www32.brinkster.com/cienciayvida/extasis.htm)
Foto 8: Cannabis
(www.tobago.hm/folk/herb-pics/z-cannabis-9.jpg)
Foto 9: Marihuana Paraguaya
(http://usuarios.lycos.es/punksunidas/salud/marihuana/cocina.html)
Foto 10: Marihuana Paraguaya Prensada
(http://usuarios.lycos.es/punksunidas/salud/marihuana/fotos.html
Foto 11: Hashish
(www.state.ia.us/.../ dci/lab/drugchem/marij.htm)
Foto 12: Aceite de Hashish
(www.ohsinc.com/pictures_ of_drugs_drug_picture...)
Foto 13: Heroína
(www.icarito.cl/enc_virtual/ c_nat/drogas/pag6c.htm)
Foto 14: Opio
(www.acaoantidrogas.hpg.ig.com.br/ opio.htm)
Foto 15: Morfina
(www.razembezpieczniej.pl/ n_1.html)
Foto 16: Codeína
(www.doloweb.com/.../ codeina/codeina_ft.asp)
Foto 17: Rohypnol
(http://www.usdoj.gov/dea/pubs/rohypnol/rohypnol.htm)
Foto 18: LSD
(www.sppo.go.kr/ drug/drug/drug_3.htm)
Foto 19: Mescalina (Peyote)
(peyote.com/ gardening-pictures/)
Foto 22: Datura Arbórea
(w3.uniroma1.it/cav/ italiano/piante/datura.htm)
Foto 21: Tolueno
(www.conacedrogas.cl)

Abreviaturas utilizadas

CONACE	**Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.**
cm.	**Centímetro**
CP	**Código Penal**
DAS	**Departamento Administrativo de Seguridad**
DEA	**Drug Enforcement Administration**
D.S.	**Decreto Supremo**
g.	**Gramos**
Kg.	**Kilógramos**
LSD	**Dietilamida del Ácido Lisérgico**
min.	**Minutos**
MDMA	**Metilendióximetanfetamina**
mg.	**Milígramos**
mm.	**Milímetros**
OMS	**Organización Mundial de la Salud**
THC	**Tetrahidrocannabinol**
SNC	**Sistema Nervioso Central**

Notas:

[1] Diario El Mercurio, de 7 de agosto de 2003. "Narcotráfico: Alerta por producción de éxtasis". Según fuentes policiales chilenas, durante el último tiempo se ha detectado una emergente y alarmante producción de la droga éxtasis en Argentina, lo que podría redundar en el aumento de la oferta en nuestro país. La comercialización y efectos de la droga fueron abordados ayer durante el Seminario Internacional sobre Éxtasis, organizado por la Embajada de Estados Unidos. En esta instancia, el experto químico de la DEA James Tolliver advirtió los daños fatales que causa la droga y cómo en su país se ha debido combatir duramente este fenómeno asociado a las fiestas tecno o "rave".

[2] www.conacedrogas.cl, información extraída con fecha 12 de noviembre de 2004.

[3] Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición.

[4] Falcone Roberto A. Capparelli Facundo L: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal. Editorial Ad.Hoc. Buenos Aires Argentina. 2002.

[5] García Ramírez Efraín Lic.: Drogas. Análisis Jurídico del Delito Contra la Salud. Editorial SISTA S.A. de C.V. 4ª. Edición. México. 1989. p.3

[6] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.110 "... La OMS ha dado una definición de droga en la que tiene cabida cualquier medicamento; no obstante se hace hincapié en que la consumición repetida de la sustancia provoca en el hombre un estado de intoxicación periódica perjudicial para él y para la sociedad.

Como se advierte el grado de "intoxicación periódica" constituye la nota esencial para definir una sustancia como droga para la OMS quien luego destacará que el fármaco es equivalente cuando introducido en un organismo vivo puede modificar una o varias funciones de éste (Informe técnico 407/69). Y que droga es toda sustancia o preparado medicamentoso de acción estimulante, narcótico o alucinógeno.

De cualquier modo como ya vimos la clave para incluir o no una sustancia en la definición "droga" estará subordinada a que cause dependencia física o psíquica.

La dependencia es sencillamente, la sujeción del individuo a una droga. Es el estado de sumisión física o psicológica respecto de una determinada droga, resultante de la absorción periódica o repetida de la misma (OMS) o "el estado interno del individuo mediante el cual se crea o se mantiene un deseo constante de ingerir una sustancia."

Existen como es sabido dos tipos de dependencia: física y psíquica; su diferencia radica en la intensidad del sufrimiento físico-mental ante la carencia de la droga a cuyo consumo el individuo se ha acostumbrado…"

[7] Diccionario de la Lengua Española... ob.cit.

[8] Joshi Jubert Ujala: Los delitos de tráfico de drogas I. Un estudio analítico del art. 368 CP. JM BOSCH EDITOR. 1999. p. 49

[9] El citado inciso 2º del artículo 1º de la Ley Nº 19.366 contempla una rebaja penológica en el evento que el objeto material del delito sea una droga blanda.

[10] Politoff L. Sergio. Matus A. Jean Pierre.: Tratamiento Penal del Tráfico Ilícito de Estupefacientes. Estudio de Dogmática y Jurisprudencia. Editorial Jurídica Conosur Ltda. Santiago de Chile. 1998. p.22 y 23.

[11] Diccionario de la Lengua Española... ob.cit.

[12] García Ramírez Efraín, Drogas. Análisis Jurídico del Delito Contra la Salud...ob.cit., 1989. p.5

[13] Diccionario de la Lengua Española... ob.cit.

[14] García Ramírez Efraín, Ídem, p.5

[15] Cfr. Politoff/ Matus: Tratamiento Penal del Tráfico Ilícito de Estupefacientes… ob.cit. 1998. p.31-32

[16] Cfr. Politoff/ Matus. Ídem, p.32

[17] Cfr. Politoff/ Matus. Ídem, p.33

[18] Cfr. Puricelli José Luis. Estupefacientes y Drogadicción. Editorial Universidad. 3ª Edición. Buenos Aires. Argentina. 1998.p.41

[19] Politoff/ Matus: Tratamiento Penal del Tráfico Ilícito de Estupefacientes… ob.cit. 1998. p.32 Cita (55) O`Brien (1996:558). En Chile, el Ministerio de Salud (1996:31), define "drogas de abuso", como toda "sustancia psicoactiva capaz de generar consumo excesivo o dependencia"

[20] Puricelli José Luis. Ídem, p.42

[21] Cfr. Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.109 y 110.

[22] Diccionario de la Lengua Española... ob.cit.

[23] Politoff/ Matus: Tratamiento Penal del Tráfico Ilícito de Estupefacientes…ob.cit. 1998. p.36. Cita (59) En efecto, aunque en el antiguo art. 319 del C.P., en la redacción que le diera le ley Nº 17.155, contemplaba una rebaja penal semejante (facultativa de hasta tres grados), ésta hacía referencia a la distinción entre drogas "estupefacientes" y "sicotrópicas", favoreciendo todas las conductas relativas a estas últimas, dicha distinción fue abandonada por la ley Nº 17.934 que introdujo en los mismos términos conservados hasta hoy en día la distinción entre sustancias productoras de "graves efectos tóxicos o de daños considerables a la salud pública" y aquellas que no los producen, aunque se mantuvo la facultad de rebajar la pena en hasta tres grados en este último caso. Sólo con la entrada en vigor de la ley 18.403 se disminuyó la rebaja penológica facultativa de tres a dos grados, que se conserva en la actual ley Nº 19.366.

[24] Jaén Vallejo Manuel. Problemas actuales en la aplicación del delito de tráfico de drogas. Texto de la conferencia del autor pronunciada

los días 18 y 19 de octubre de 2004, en el marco del Seminario sobre "Asociación Ilícita, tráfico de drogas y lavado de dinero", celebrado en el Aula Magna de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile.

[25] Nató Alejandro. Rodríguez Querejazu Gabriela. Las Víctimas de las Drogas. Editorial Universidad. Buenos Aires. Argentina. 2001. p. 25-27

[26] Cfr. Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.116.

[27] Cfr. Falcone/ Capparelli: Ídem, p.116 y ss.

[28] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.118. Cita (45) Castell, N.: *La imputabilidad del drogodependiente*, Comares, Granada, 1997, p.14.

[29] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.118. Cita (46) En los laboratorios clandestinos la elaboración de cocaína pasa por obtener primero pasta base de coca, pisando las hojas con Kerosene y macerando luego la mezcla seca en ácido sulfúrico diluido. Para convertir esa base en cocaína se requiere purificarla mediante lavados con éter, ácido clorhídrico y acetona. El crack es un amalgama de pasta base con bicarbonato sódico y resulta 15 veces más barato que el clorhidrato de cocaína.

[30] Falcone/ Capparelli:Ídem, p.118. Cita (47) El *spell ball* en argot americano es la combinación de heroína con algún estimulante (cocaína, anfetamina). Se mantiene la propiedad apaciguadora, heroína, con una intensa excitación del sistema nervioso (cocaína).

[31] Falcone/ Capparelli:Ídem, p.118. Cita (48) Pérez Curiel Cecchini, J.: *Tratamiento Penal del Drogodependiente*, Forum, Barcelona, 1999, p.148.

[32] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.118. Cita (51) García Velásquez, y Romeral Moraleda: *Tráfico y Consumo de Drogas.* Granada, 1993, p.276.

[33] Cfr. Restrepo E. Juan Diego. Periodista del área Judicial EL COLOMBIANO. Medellín - Colombia. Prensa 1999.

[34] En nuestro país en tres oportunidades se ha descubierto el ingreso de cocaína negra. Una de ellas en Santiago y las otras dos en la provincia de El Loa, ambas en San Pedro de Atacama: Información obtenida a través de la noticia de fecha 13 de diciembre de 2003, del diario El Mercurio de Calama.

[35] Cfr. Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas. Editorial Universidad. Buenos Aires. Argentina. 1999. p. 252-254.

[36] Nató/ Rodríguez Querejazu. Las Víctimas de las Drogas…ob.cit. 2001. p.52

[37] Cfr. Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.123-124

[38] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.124. Cita (57) Pérez Curiel Cecchini: ob.cit., p.155.

[39] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.118. Cita (58) Castelló: ob.cit., p.32

[40] http://www.drugabuse.gov/Infofax/Methamphetamine-Sp.html, información extraída con fecha 12 de noviembre de 2004.

[41] Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas…ob.cit. 1999. p. 222.

[42] www.conacedrogas.cl, información extraída con fecha 12 de noviembre de 2004.

[43] Cfr. Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p. 120 y ss.

[44] El género masculino o femenino de la especie vegetal cannabis sativa no es determinante para establecer que esta contiene los principios activos denominados canabinoles, puesto que ambos géneros los contienen y se clasifican como drogas. Ord. 2219, Instituto de Salud Pública, 10 de abril de 2003.

[45] Véase Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas…ob.cit. 1999. p.160: "Grifa: Marihuana de procedencia marroquí.// Hashish (ver) marroquí// (Esp.) Marihuana.// Hashish.

[46] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.122. Cita (54) Garrido-Lestache Cabrera, R.: *Aspectos médicos- legales y jurídicos de la droga. Fármaco-dependencias*, Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Derecho, Madrid, pp. 27 y ss.

[47] Cfr. Ruiz Pulido Guillermo. La denominada "marihuana paraguaya". Cita (1) Este trabajo descansa en el texto: "Todo sobre las drogas legales e ilegales" escrito en conjunto por el Doctor en Medicina y Profesor de Farmacología don Mario Alfonso San Juan, con doña Pilar Ibáñez López, Doctora en Pedagogía Y Psicología, Profesora Titular de la Universidad, editado en Madrid, en 1991, por DYKINSON.

[48] Dr. Enrique Paris, Director del Centro de Toxicología de la Universidad Católica de Chile, en Boletín de la Cámara de Diputados, Sesión 48ª (03.04.2001), Legislatura Extraordinaria Nº 343, p. 125, tramitación Proyecto de Ley que sustituye la Ley 19.366. "..Terminó informando sobre el porcentaje de tetrahidrocannabinol (THC) que tienen los distintos tipos de marihuana, la producida en Estados Unidos de Norteamérica posee el 8%; la llamada sin semilla, 5%; la colombiana, 3,7%; la nigeriana 2 a 4%, y la tailandesa, 6,7 a 8%.

[49] Cfr. Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas... ob.cit.1999. p.163-164.

[50] Escobar Raúl Tomás: Ídem, p.164.

[51] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.114-115.

[52] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.115. Cita (37) Meléndez Sánchez: ob.cit., p.133.

[53] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.112-113

[54] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.114.

[55] Policía de Investigaciones de Chile. Jefatura Nacional Antinarcóticos. Drogas. p.57

[56] Falcone/ Capparelli: Ídem. 2002. p.114

[57] Falcone/ Capparelli: Ídem. 2002. p.115

[58] Natό/ Rodríguez Querejazu. Las Víctimas de las Drogas…ob.cit. 2001. p.43-44

[59] Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas…ob.cit. 1999. p. 60.

[60] Natό/ Rodríguez Querejazu. Las Víctimas de las Drogas…ob.cit. 2001. p.44

[61] García Ramírez Efraín, Drogas. Análisis Jurídico del Delito Contra la Salud... ob. cit., 1989. P.55

[62] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.125-126

[63] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.125. Cita (59) Prieto Rodríguez: ob.cit., p.44.

[64] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.125. Cita (59) Prieto Rodríguez: ob.cit., p.126. Cita (62) Pérez Curiel Cecchini: ob.cit., pp.158/159.

[65] Ganzenmüler C., Frígola J., Escudero J.F. Delitos Contra la Salud Pública (II). Drogas, Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes. Bosch, Casa Editorial, S.A.1997. p. 219.

[66] http://www.aibarra.org/Guias/10-12.htm. Gutiérrez de Salazar Myriam, MD. Intoxicación Aguda por Burundanga. Hospital San Juan de Dios. Versión revisada del capítulo correspondiente en: Manual de Urgencias en Medicina Interna. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Ediciones Acta Médica Colombiana. Actualizada a 10/01/2002.

El Diccionario de Drogas Peligrosas...ob.cit. 1999. p.66 señala que se entiende por Burundanga: "Solanácea (datura stramonium) de algo más de un metro de altura, con flores que parecen embudos blancos. En verano, sus frutos grandes, en forma de cápsulas ovoides erizadas de púas, semejan una centolla abriéndose en cuatro sectores longitudinalmente. Contiene los alcaloides principales de la *belladona* (hiosciamina, Escopolamina, atropina) y del *beleño*. Su toxicidad es alta en hojas, semillas y raíz. Poderoso alucinógeno, de riesgo faltal, más intenso que el *LSD-25*. Se fuma, se bebe (tisana) y se ingiere (raíz pulverizada). Entre otras denominaciones, también se le llama estramonio, *trombeteira, hierba de Jameston o de Jimson, maloliente, del demonio, cizaña, manzana espinosa o del diablo.*

En el reglamento de la Ley de Drogas, en su artículo 3º la Datura Estramonuim L está calificada como una especie vegetal productora de substancias estupefacientes o sicotrópicas.

[67] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p. 128 y ss.

[68] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. p.130. Cita (69) Sequeros Sazatornil: ob.cit., pp.832/833

[69] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.130. Cita (70) Alfonso San Juan, M., e Ibáñez López: *Drogas y toxicomanías*, Madrid, 1979, p.89.

[70] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.131-132.

[71] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.132. Cita (74) Escobar, R.: Diccionario de drogas peligrosas, Universidad, Buenos Aires, 1999, pp. 297/301.

[72] Falcone/ Capparelli: Ídem, p.132. Cita (75) Ídem, p. 300.

[73] Natό/ Rodríguez Querejazu. Las Víctimas de las Drogas…ob.cit. 2001. p.45-46

[74] Escobar Raúl Tomás. Diccionario de Drogas Peligrosas…ob.cit. 1999. p. 157. "…El Boletín Informativo sobre Estupefacientes de la ONU clasificó a estos productos (la cita se refiere a los inhalantes) en: 1) hidrocarburos aromáticos: benceno, tolueno, xileno…" En el mismo sentido cabe agregar lo señalado por el Dr. Enrique Paris, Director del Centro de Toxicología de la Universidad Católica de Chile, en Boletín de la Cámara de Diputados, Sesión 48ª (03.04.2001), Legislatura Extraordinaria Nº 343, p. 124, tramitación Proyecto de Ley que sustituye la Ley 19.366. "… sobre los hidrocarburos aromáticos, en especial el tolueno, a fines de 1998 el Ministerio de Salud prohibió el uso de esta sustancia en el neoprén que se expende en tarros pequeños. El tolueno corresponde a una sustancia clasificada entre los hidrocarburos aromáticos, que al entrar en el organismo produce anorexia, euforia, quita el sueño, da una sensación de alegría y de bienestar y constituye el punto de partida para el consumo de otras drogas, como la marihuana, el alcohol y la pasta base. Los efectos que produce el tolueno corresponden a daños neurológicos severos, ya que esta sustancia penetra las membranas lipídicas y altera el funcionamiento neuronal. Además, produce alteraciones en las gónadas y disminuye la producción de espermios, afecta el sistema inmunológico y disminuye violentamente la capacidad de migración de los linfocitos, por lo que el paciente sufre una gran cantidad de infecciones de manera repetida."

[75] García Ramírez Efraín, Drogas. Análisis Jurídico del Delito Contra la Salud... ob. cit., 1989. p.32-33

[76] Falcone/ Capparelli: Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal…ob.cit. 2002. pp. 110-111.

[77] Sentencia sobre tráfico de estupefacientes, del Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Ovalle. Ruc: 0300103167-7. 20 de abril de 2004.

[78] Sentencia sobre tráfico de estupefacientes, del Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Punta Arenas. Ruc: 0300202224-8. 23 de junio de 2004.

[79] Sentencia sobre tráfico de estupefacientes, del Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Iquique. Ruc: 0300023725-5. 16 de enero de 2004.