

BIBLIOTECA PEVGROW · EDICIÓN 2026

Cannabis: informe del Comité Wootton

Comité Wootton

1968

Traducción al español de una obra en dominio público. Puede copiarse y redistribuirse citando la fuente original.

Cannabis: informe del Comité Wootton

Comité Wootton

1968

DE QUÉ TRATA

Informe del subcomité británico sobre el cannabis, presidido por Barbara Wootton y publicado en 1968. Examina la farmacología, los efectos clínicos y sociales, el consumo en el Reino Unido y la legislación vigente, y sostiene que la política debía apoyarse en la salud pública y no solo en la sanción penal. Es el documento que abrió el camino a la Ley de Uso Indebido de Drogas de 1971.

FICHA

Temas

legislacion, historia

Época

Siglo XX

Derechos

Obra en dominio público.

Fuente del original

Archivos nacionales del Reino Unido

Edición

Traducción y maquetación de la Biblioteca de Pevgrow, 2026. Licencia CC BY 4.0 citando la fuente.

ÍNDICE

SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN	4
SECCIÓN II. EL CANNABIS Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ...	11
SECCIÓN III. EL CANNABIS EN EL REINO UNIDO Prevalencia	15
SECCIÓN IV. ASPECTOS SOCIALES DEL CONSUMO DE CANNABIS	22
SECCIÓN V. UNA COMPARACIÓN DEL CANNABIS Y OTRAS DROGAS	25
SECCIÓN VI. CONCLUSIÓN GENERAL Y RECOMENDACIONES	30

Cannabis: informe del Comité Wootton

Comité Asesor sobre Dependencia de Drogas

Advisory Committee on Drug Dependence (Reino Unido), 1968.

Traducción al español. Obra en dominio público o de acceso abierto.
Edición Pevgrow, 2026.

Informe sobre el Cannabis

Al Comité Asesor sobre Dependencia de Drogas

SECCIÓN 1— INTRODUCCIÓN

Nombramiento

1. En vuestra tercera reunión, celebrada el 7 de abril de 1967, nos nombrasteis Subcomité para examinar la cuestión del uso indebido de cannabis y dietilamida del ácido lisérgico (L.S.D.) en el Reino Unido, y los problemas que de ello se derivan. Nos invitasteis en particular a revisar las pruebas disponibles sobre los aspectos farmacológicos, clínicos, patológicos, sociales y legales de estas drogas. Hemos celebrado diecisiete reuniones y ahora tenemos el placer de someter a vuestra consideración nuestro primer informe, que trata de los problemas del cannabis.

Procedimiento

2. Nuestras primeras indagaciones proseguían —sin publicidad— en torno a los aspectos farmacológicos y médicos cuando otros aconteci-

mientos dieron a nuestro estudio una significación nueva y mucho mayor. Un anuncio en *The Times* del 24 de julio de 1967 sostenía que los peligros del cannabis, largo tiempo afirmados, eran exagerados y que la ley correspondiente era socialmente dañina, cuando no inaplicable. Siguió a ello una oleada de debate sobre estas cuestiones en el Parlamento, la Prensa y otros foros, así como informes de investigaciones, por ejemplo, del National Council for Civil Liberties * 1. Esta publicidad hizo más explícita la naturaleza de cierta «protesta» actual acerca de la política oficial sobre drogas; definió con mayor claridad algunas de las cuestiones principales de nuestro estudio; y nos llevó a prestar mayor atención a los aspectos legales del problema. Los portavoces del Gobierno dejaron claro que cualquier desarrollo futuro de la política sobre el cannabis habría de tener en cuenta el informe del Comité Asesor. En consecuencia, decidimos dar prioridad primera a la presentación de nuestras opiniones sobre el cannabis.

3. En la primera reunión del Subcomité invitamos al Dr. C. R. B. Joyce, Jefe del Departamento de Farmacología del London Hospital Medical College, a servir como miembro cooptado para este estudio. Le estamos especialmente agradecidos por toda la ayuda que nos ha prestado.

4. Quedamos también muy en deuda con Sir Aubrey Lewis, Profesor Emérito de Psiquiatría de la Universidad de Londres, por su contribución especial a nuestra labor. En una fase temprana de nuestra investigación se nos informó de que había iniciado un estudio de la literatura clínica internacional más destacada sobre el cannabis y el L.S.D., y que estaba dispuesto a ponerlo a nuestra disposición una vez completado. Nos complació cooptarlo al Subcomité, y hemos hecho amplio uso tanto de su consejo como de su material, que, con su acuerdo, reproducimos como Apéndice 1 de este informe.

Contexto internacional

5. El cannabis es una sustancia de muchas variedades, cada una de ellas distinta en potencia, y todas ampliamente consumidas en todo el mundo. Sus principios activos no han sido investigados exhaustivamente, y no se comprenden del todo. La literatura es vasta y contradictoria. La discusión internacional y la toma de decisiones se han visto dificultadas

por información inexacta o inadecuada. No se ha intentado previamente evaluar la experiencia del Reino Unido con esta sustancia, ni comparar esa experiencia con la de otros países. La adhesión del Reino Unido a la Convención de Ginebra de 1925 ¹, que sometió por primera vez el cáñamo indio al control internacional, se llevó a cabo cuando este país no tenía experiencia de sus efectos.

6. En 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes introdujo nuevas restricciones ² sobre el cannabis y la resina de cannabis, destinadas a imponer controles sobre la producción y distribución de estas sustancias en gran medida semejantes a los aplicables al opio y a otras drogas, y a poner fin al uso no médico de la droga en ciertos países orientales. Además, estas drogas fueron incluidas por separado con otras de peligro especial como la heroína, porque en opinión de la Organización Mundial de la Salud ninguna de estas drogas tenía un valor terapéutico irremplazable.

7. Desde 1961 la O.M.S. ha introducido un nuevo concepto y una nueva terminología de «dependencia de drogas» en lugar de los términos «adicción» y «habituación». La dependencia de drogas, tanto física como psicológica, se presenta como la interacción de tres factores: el huésped (el individuo), el agente (la droga) y el entorno (la sociedad). Cada droga productora de dependencia manifiesta esa interacción a su propia manera, variando según las características del individuo y de la sociedad en que se halla situado (la evaluación de la O.M.S. de la dependencia de tipo cannabis se da en el Apéndice 3). A medida que la O.M.S. ha ofrecido nuevos criterios para el juicio sobre las drogas, han aparecido nuevas pautas de consumo. Incluso el término «narcótico» ha ido perdiendo su identidad, y ha habido una comprensible tendencia pública a tratar de simplificar la clasificación de las drogas, no obstante la insistencia de la O.M.S. en el carácter individual de la dependencia producida por drogas particulares. La opinión profana ha reconocido fácilmente el cannabis como «blando» en su propio lenguaje, y ha encontrado difícil comprender por qué se lo alinea con los opiáceos en la Convención Única y en la legislación del Reino Unido.

8. Contra este trasfondo, nuestro estudio se ha centrado en tres temas controvertidos: los efectos del cannabis en diferentes culturas, incluido su posible uso terapéutico; el lugar del cannabis en la actual «escena» de las drogas en el Reino Unido; y las disposiciones vigentes relativas a esta droga en las Leyes de Drogas Peligrosas.

9. Inevitablemente, cuando el objeto de estudio es una actividad ilegal, no es fácil obtener información fiable ni comentarios imparciales. No obstante, a la luz de las pruebas que recibimos, concluimos que había información suficiente disponible para alcanzar un juicio provisional sobre los efectos del cannabis en diferentes culturas, y para formarnos una imagen razonablemente clara del uso del cannabis en el Reino Unido.

10. Para obtener pruebas de primera mano sobre el uso y los efectos del cannabis en el Reino Unido, publicamos, mediante aviso en la Prensa, una invitación general a las personas que pudieran desear expresar sus opiniones a que presentaran pruebas por escrito. Esto produjo una respuesta muy escasa. Invitamos también a una serie de personas que sabíamos estaban interesadas en nuestros problemas a prestar testimonio oral. Los nombres de estos testigos figuran en el Apéndice 4. Les estamos agradecidos por la ayuda que nos prestaron.

11. A lo largo de nuestro estudio hemos tenido presente que el uso del cannabis es un problema mundial, sobre el cual las autoridades internacionales han expresado repetidamente su preocupación. Apoyamos firmemente el principio de la colaboración internacional contra el uso indebido de drogas, y aceptamos que el control internacional debe basarse en un consenso de la opinión mundial. Al mismo tiempo, hemos considerado correcto no restringir el alcance de nuestra revisión mediante la consideración de obligaciones externas.

El problema de las drogas en el Reino Unido corresponde primordialmente a este país resolverlo. Es enteramente coherente con el concepto de la O.M.S. de dependencia de drogas tratar de evaluar los factores nacionales que inciden en cualquier problema particular de drogas. En el caso del Reino Unido y el cannabis es aún más importante hacerlo, porque las pruebas de un uso más amplio del cannabis han salido a la luz tan recientemente como las pruebas de un mayor uso de otras drogas.

En este sentido, la Convención Única no ha sido un obstáculo para una revisión de amplio alcance. Las Partes en la Convención tienen discreción para determinar el rigor de las penas apropiadas a drogas particulares; y, en relación con las drogas enumeradas en el Cuarto Anexo, tienen discreción para adoptar las medidas adicionales de control que sean necesarias en «las condiciones prevalecientes del país».

12. Huelga decir que la ley por sí sola no puede resolver el problema del cannabis, ni de cualquier otra forma de consumo de drogas. Cuando el Comité Interdepartamental sobre Adicción a las Drogas (el Comité Brain) informó en 1961, pudo afirmar que la incidencia de la adicción a las drogas manufacturadas y del tráfico con ellas era muy pequeña: «la causa de ello parece residir en gran medida en las actitudes sociales, en la observancia de la ley en general y en el consumo de drogas peligrosas en particular, junto con la aplicación sistemática de la Ley de Drogas Peligrosas de 1951 y sus Reglamentos». La situación actual es muy diferente. Las condenas por delitos de drogas han mostrado recientemente un fuerte aumento; muchos tribunales se enfrentan por primera vez a la tarea de decidir cómo tratar al traficante y al consumidor de drogas; algunos inmigrantes de países más familiarizados con el uso del cannabis han tenido que adaptarse a las actitudes del Reino Unido; y la tarea de la policía ha ido haciéndose más onerosa, particularmente en la aplicación de la ley contra los jóvenes consumidores de drogas sin efecto perturbador sobre el tejido más amplio de la sociedad. Cuando el uso indebido de drogas se extiende, resulta más difícil lograr el equilibrio justo entre medidas preventivas, penales y correctivas, de modo que algunos individuos, para quienes se prevén estas medidas, no resulten perjudicados por ellas en lugar de ayudados. Creemos que puede ser útil exponer nuestro propio punto de vista fundamental.

Filosofía del control

13. La gran mayoría de las restricciones impuestas actualmente a la libertad del individuo en este país se defienden con el argumento de que son necesarias para la seguridad o el bienestar de los demás. Aunque pueda haber diferencias de opinión sobre hasta qué punto tales restricciones pueden legítimamente llevarse, al menos está claro que la ley que exige a un propietario obtener la aprobación de la autoridad local antes

de poder erigir un edificio en su propia propiedad no está concebida en interés de su comodidad personal; ni nadie supone que la ley que fija la concentración máxima de alcohol en la sangre con la que es permisible conducir un vehículo de motor esté destinada primordialmente a proteger al conductor ebrio de sí mismo.

14. Mucho más controvertida es, sin embargo, la cuestión de si, y en su caso hasta qué punto, es justificable que la ley restrinja la libertad de un hombre en lo que se presume es su propio interés. Sobre esta cuestión hay hoy un apoyo considerable al dictum de J. S. Mill de que «el único propósito por el cual puede ejercerse legítimamente el poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad es el de prevenir daño a otros. Su propio bien, físico o moral, no es un fundamento suficiente». Fue, en efecto, por esta misma razón por la que el Comité Wolfenden formuló una recomendación, que el Parlamento aceptó posteriormente, de que los actos homosexuales cometidos en privado entre dos adultos que consienten no debieran ya ser criminales; y puede argüirse que, por un razonamiento semejante, el uso o la venta de drogas en general, y del cannabis en particular, no debieran ser objeto de procedimientos penales.

Se dice que hombres y mujeres adultos debieran ser libres de tomar sus propias decisiones, de acuerdo con sus gustos personales y sus propios juicios morales, en cuanto a qué sustancias consideran apropiado consumir. A este argumento le da además peso la multiplicidad de restricciones a la libertad individual que en cualquier sociedad moderna compleja son indiscutiblemente necesarias para el bien común. Cuanto mayor es el número y la variedad de limitaciones inevitables a la libertad personal, más acuciante, puede decirse, es la urgencia de preservar la libertad de elección en lo que son asuntos de incumbencia puramente individual.

15. Aunque apreciamos la fuerza de este argumento, ha de reconocerse que no puede trazarse una línea rígida y precisa entre las acciones que son puramente autorreferentes y aquellas que entrañan consecuencias sociales más amplias. Si, hablando en general, cada cual tiene derecho a decidir por sí mismo qué comerá, beberá o fumará, el hecho es que quienes se entregan a una intemperancia grave de casi cualquier género se

convertirán casi siempre en una carga para sus familias, para las autoridades públicas o para ambas.

En efecto, no es nada fácil encontrar ejemplos de acciones que nunca, en ninguna circunstancia, entrañen repercusiones sociales. Ni puede decirse que algún principio coherente dicte las ocasiones en que la ley interviene actualmente para proteger al individuo de sí mismo. Las tentativas suicidas de autodestrucción inmediata y total no son delito; sin embargo, quien acorta su expectativa de vida por el uso indebido de heroína es susceptible de ser procesado. Además, cualquiera mayor de 16 años tiene derecho a conducir una motocicleta, aunque las estadísticas de autodestrucción dan elocuente testimonio de la índole letal de estas máquinas.

16. Toda propuesta de restringir la libertad del individuo en sus supuestos propios intereses debe, por tanto, decidirse atendiendo a sus méritos, a la luz de la probable gravedad de cualquier daño que pueda infligirse a sí mismo y del riesgo de que, al dañarse a sí mismo, pueda ser también involuntariamente causa de perjuicio para otros.

17. Además, debe tenerse en cuenta la actitud del público. Es claro que el interés por las drogas que alteran el estado de ánimo ha aumentado mucho en los últimos años.

Las explicaciones de este fenómeno no pueden ser sino especulativas. En cierta medida, no sería irrazonable atribuirlo al creciente desencanto con la naturaleza sumamente competitiva y amenazadora de la sociedad contemporánea, o a la destrucción del medio ambiente natural. De nuevo, es notable que algunos de quienes consumen drogas como el cannabis o el L.S.D. parecen estar buscando una experiencia espiritual.

Hablan de «nuevos niveles de conciencia» y del «realce de la experiencia sensual, visual y musical» en términos que recuerdan los empleados por los místicos. Los estudiosos de la epidemiología del comportamiento de las multitudes estarán, además,

1 En 1966 más de la mitad del número de conductores de motocicleta que resultaron muertos o gravemente heridos pertenecían al grupo de edad de 15 a 19 años, es decir, 12.159 de un total de 22.716.

atentos a la tendencia de cualquier moda nueva, ya sea en el habla contemporánea, en los modos de esparcimiento o en las formas de consumo, a difundirse por toda la comunidad. En particular, una moda que es ilegal puede resultar especialmente tentadora cuando los peligros no están claros.

18. Las leyes que pretenden controlar el consumo personal de los individuos son notoriamente difíciles de aplicar. Hemos de reconocer que llega un punto en que las presiones públicas se vuelven tan poderosas que es vano mantener los intentos de resistirlas, siendo el ejemplo clásico en este contexto la prohibición norteamericana del consumo de alcohol. Sobre la cuestión de si ese punto ya se ha alcanzado, o es probable que se alcance en un futuro próximo, en relación con el cannabis, se nos han expresado opiniones divergentes. En cualquier caso, sin embargo, la prohibición del consumo de una sustancia que se ha convertido en el acompañamiento normal del trato social en todas las clases sociales debe entrañar considerablemente más perturbación pública que el mantenimiento de una prohibición del uso de una droga que, en este país, no está ni ha estado nunca en uso general.

SECCIÓN II— EL CANNABIS Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

19. Cannabis es el nombre genérico del cáñamo indio (*C. Sativa*). Las drogas de cannabis se obtienen de las sumidades floridas no fecundadas y de las hojas de la planta, que puede cultivarse en climas que varían del templado al tropical. Cannabis *Sativa* es una especie que puede dividirse en dos grupos: (i) *C. Indica*, que se cultiva en el subcontinente indio o a partir de semillas originarias de allí, y (ii) *C. non-Indica*, que es originaria y se cultiva en otros lugares. La potencia no difiere entre estos grupos, siempre que las condiciones en que se cultivan sean las mismas. Para producir una droga potente se requieren una temperatura elevada y una humedad baja, y estas condiciones rara vez se dan naturalmente en el Reino Unido.

20. Hay muchos nombres locales para las preparaciones de cannabis; por ejemplo, las hojas secas pueden denominarse marihuana o dagga; la resina obtenida de las sumidades floridas suele llamarse hashish o cha-

rras. Los países anglosajones tienen también un vocabulario extenso y en continua transformación.

21. El cannabis contiene cierto número de componentes identificables. Investigaciones recientes indican que los tetrahidrocannabinoles (THC) son principios activos: se ha demostrado que algunos son sumamente potentes. En el Apéndice 5 se ofrece una descripción detallada de la farmacología del cannabis.

Características clínicas

22. En los párrafos siguientes tratamos de retratar, en la medida de lo posible en lenguaje profano, los efectos del consumo de cannabis (a) con moderación, (b) en uso excesivo en una ocasión determinada, que conduce a una intoxicación aguda, y (c) en uso crónico. Este compendio refleja la experiencia de varias culturas diferentes.

En la Sección III tratamos de relacionar la experiencia del Reino Unido con este cuadro.

23. Los efectos de las drogas que actúan sobre el sistema nervioso central no están determinados únicamente por la droga y su dosis. Dependen también de la persona que la toma, del entorno inmediato en que se toma y del trasfondo cultural. Estos son susceptibles, en ciertas personas y en ciertas situaciones, de producir efectos inesperados. Cualquier descripción de los efectos de una droga solo puede apreciarse plenamente si se tiene presente esta posibilidad. Algunas personas pueden incluso tomar opiáceos con regularidad y volverse físicamente dependientes de ellos sin un deterioro evidente de su salud o de su eficiencia social.

24. La respuesta al cannabis puede variar según la forma en que se tome y la dosis consumida. Cuando se fuma, el efecto suele aparecer en media hora y dura dos o tres horas. Cuando se toma por vía oral, el comienzo se retrasa a veces hasta dos o tres horas, y el efecto puede durar el doble. Debido al comienzo relativamente rápido cuando la droga se fuma, los fumadores experimentados pueden ajustar su dosis para lograr el efecto que buscan. Cuando la droga se toma por vía oral, este ajuste es menos fácil de lograr. Aparte de estas consideraciones, no parece haber ningun-

na diferencia significativa en el efecto entre las muchas formas distintas de cannabis que se usan en todo el mundo.

25. El consumo de cannabis no produce normalmente ningún efecto físico característico, salvo el enrojecimiento de los ojos. Cuando la droga se fuma puede haber cierta aspereza y ardor iniciales en la garganta y opresión en el pecho.

En ocasiones, particularmente cuando el sujeto está inicialmente ansioso, puede producirse dolor de cabeza. Puede haber náuseas y vómitos. Una vez que ha pasado el efecto de la droga puede haber un aumento del apetito, incluso un hambre voraz. Ha habido informes aislados en los que se ha atribuido la muerte al cannabis, pero son muy raros y no puede confirmarse su validez.

26. Los efectos del cannabis en cantidades moderadas son predominantemente psicológicos. Comienzan con una sensación de excitación o tensión, a veces con aprensión o hilaridad, seguida por regla general de una sensación de mayor lucidez: los colores, los sonidos y el trato social parecen más intensos y significativos. Es entonces habitual una sensación de bienestar. Después de esto sigue normalmente una fase de tranquilidad y de disfrute pasivo del entorno hasta que, tras unas horas, sobreviene la fatiga y el sujeto duerme. Aunque puede seguirse una «resaca», no es algo frecuente.

27. Cuando la cantidad consumida es más considerable, o el sujeto es de disposición nerviosa, o se encuentra en un ambiente social poco grato, los síntomas de ansiedad pueden ser los primeros efectos. Cabe esperar que estos se asienten, y el sujeto entra en el estado eufórico o pasivo descrito más arriba. En ocasiones, sin embargo, la ansiedad puede aumentar y seguirse síntomas que sugieren un estado delirante. Por regla general estos efectos no son abrumadoramente intensos. En la mayoría de los casos el sujeto conserva su sentido de contacto con la realidad y sigue siendo consciente del hecho de que está bajo la influencia de una droga cuyos efectos pasarán. En ocasiones más raras, generalmente con una administración oral abundante, la alteración puede ser más profunda.

28. Los efectos adversos de la sobredosis descritos más arriba parecen, en la gran mayoría de los casos, remitir sin incidentes a medida que la droga se elimina del organismo.

Se describirían en lenguaje médico como una psicosis tóxica. Ha habido informes de un estado psicótico que persiste más tiempo, incluso en casos raros dando lugar a lo que parece ser una enfermedad esquizofrénica prolongada, pero es difícil a partir de estos informes evaluar el papel exacto del cannabis en estas circunstancias.

29. Tras haber revisado todo el material de que disponemos, nos encontramos de acuerdo con la conclusión alcanzada por la Comisión India sobre Drogas de Cáñamo nombrada por el Gobierno de la India (1893-1894) y por el Comité del Alcalde de Nueva York sobre la Marihuana (1944), de que el consumo prolongado de cannabis en dosis moderadas no tiene efectos nocivos 1.

30. Ha habido informes, particularmente de observadores experimentados en el Cercano y el Lejano Oriente, que sugieren que un consumo muy intenso y prolongado puede producir un síndrome de creciente deterioro mental y físico hasta el punto de que el sujeto se vuelve tembloroso, achacoso y socialmente incompetente. Este síndrome puede verse salpicado en ocasiones de arrebatos de conducta violenta. Es justo decir, sin embargo, que no se han hecho observaciones fiables de tal síndrome en el mundo occidental, y que a partir de los informes orientales de que disponemos no es posible formarse un juicio sobre si tal conducta es directamente atribuible al consumo de cannabis.

31. En la sociedad occidental el cannabis se toma a veces con otras drogas. No hay pruebas que sugieran que el cannabis en el hombre, en dosis habituales, potencie el efecto de otras drogas. Cuando se combina con otra droga, el cannabis en el hombre no hace que esta ejerza un efecto cuantitativamente mayor que el que resultaría del uso de esa droga sola en la misma dosis; cuando el cannabis se usa con otras drogas como el L.S.D., o en ocasiones alcohol, son los efectos de estas, más que los del cannabis, los que predominan. Algunas personas que han tomado L.S.D. con frecuencia son propensas a experimentar un recrudeci-

miento de la experiencia alucinógena como consecuencia a veces de dosis bastante pequeñas de cannabis.

32. Quienes creen que existe un síndrome de consumo crónico excesivo de cannabis describen síntomas de deterioro físico como amarilleamiento de la piel, temblor, emaciación e inseguridad de la marcha. Aquí también es muy difícil formarse un juicio seguro sobre el papel desempeñado por la droga y los cambios provocados por otros factores como la desnutrición. No hay pruebas de que en la sociedad occidental los peligros físicos graves estén directamente asociados al consumo de cannabis fumado.

SECCIÓN III— EL CANNABIS EN EL REINO UNIDO Prevalencia

33. En 1956 la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas observó que era claro que los consumidores de cannabis, como los de opio, sumaban millones en el mundo, y que geográficamente era la droga de adicción más extendida. 2 7 Pocos países han publicado estimaciones numéricas de consumidores o de consumo, prefiriendo basarse en datos como las cantidades de droga incautadas y el número de condenas para demostrar la naturaleza de su «problema» del cannabis. Estos detalles reflejan a menudo un cambio de énfasis en la aplicación de la ley y no son una guía fiable de la escala o las tendencias, sin pruebas complementarias sobre lo que no se detecta.

1 «El uso moderado (de las drogas de cáñamo) prácticamente no produce efectos nocivos. En todos salvo los casos más excepcionales, el perjuicio del uso moderado habitual no es apreciable» — Comisión India sobre Drogas de Cáñamo.

«Del estudio en su conjunto se concluye que la marihuana no es una droga de adicción comparable a la morfina, y que si se adquiere tolerancia, esta es de grado muy limitado. Además, quienes han fumado marihuana durante un período de años no mostraron ningún

El deterioro físico que puede atribuirse a la droga» — Comité del Alcalde de Nueva York. 1 Actas oficiales del Consejo Económico y Social, vigésimo segundo período de sesiones, Supl. n.º 8 (E/2891), párr. 133.

34. Nuestros testigos consideraron que se había producido un aumento gradual del consumo de cannabis en el Reino Unido a lo largo de los últimos veinte años, y las estadísticas pertinentes, en la medida en que alcanzan, son coherentes con ello. El cuadro siguiente muestra el número de condenas por delitos relacionados con el cannabis y el de aprehensiones realizadas por la Aduana y Hacienda de Su Majestad, así como las cantidades aprehendidas, en cada año desde el final de la Segunda Guerra Mundial:

N. del T.: el facsímil trae este cuadro reducido a sus encabezados —condenas, aprehensiones aduaneras y cantidades aprehendidas en kilogramos—, sin las cifras. No se reproduce para no dar por bueno un dato que no se conserva.

35. En la primera parte del período, la mayoría de las aprehensiones consistieron en cogollos verdes de la planta, hallados en buques procedentes de puertos de la India y de África y que se suponía destinados a pequeños traficantes en contacto con marineros y artistas de color en los muelles y clubes de Londres. Hacia 1950 se había observado tráfico ilícito de cannabis en otras partes del país donde había población de color. En 1950, sin embargo, las redadas policiales en ciertos clubes de jazz de Londres produjeron pruebas claras de que el cannabis era consumido por la población autóctona; hacia 1954 era bien patente la tendencia al aumento de la proporción de infractores blancos respecto de los de color, y en 1964 las personas blancas constituyeron por primera vez la mayoría de los infractores por cannabis.

La tendencia reciente puede verse en las cifras siguientes:

Infractores por cannabis

Blancos

De color

1 Antes de 1967 las cantidades aprehendidas por la policía no se registraban de manera exhaustiva y no figuran en el cuadro. En 1967 la cantidad total de cannabis implicada en 2,734 procesamientos fue de 102,681

Kg y 457 plantas de cannabis. Los pesos indicados son simples agregaciones de las cantidades declaradas de hierba y resina.

Varios testigos restaron importancia a la influencia de los inmigrantes en el consumo de cannabis y afirmaron que la circulación internacional de jóvenes y las nuevas actitudes ante la experimentación con drogas que alteran el ánimo eran la principal explicación del aumento del consumo de cannabis por personas blancas en el Reino Unido desde 1945.

36. El anuncio de The Times del 24 de julio de 1967 afirmaba que

«El consumo de cannabis va en aumento, y el ritmo de aumento se acelera.

Fumar cannabis está muy extendido en las universidades, y la costumbre ha sido adoptada por escritores, profesores, médicos, hombres de negocios, músicos, artistas y sacerdotes.... Fumar la hierba forma también parte tradicional de la vida social y religiosa de cientos y miles de inmigrantes en Gran Bretaña....

Incontables miles de personas atemorizadas han sido clasificadas arbitrariamente como criminales....»

Invitamos a los testigos a estimar el número de personas que habían probado el cannabis y el de quienes lo consumían con regularidad. Solo se obtuvieron conjeturas, que oscilaban entre 30.000 y 300.000. No pudimos encontrar base alguna para elaborar estimaciones propias. De las condenas registradas se desprende claramente que el consumo de cannabis existente está ampliamente difundido por todo el país. La mayoría de los testigos opinaba que el consumo de cannabis seguiría siendo popular y se extendería aún durante algún tiempo. En cuanto a la velocidad del crecimiento, dudamos que la duplicación anual de las condenas en 1966 y 1967 refleje un crecimiento correspondiente del consumo de cannabis en ese período. Una explicación podría ser que la formación de brigadas antidroga en muchas demarcaciones policiales en los últimos tres años haya sido responsable de una acción policial más exitosa contra los infractores por cannabis que anteriormente.

37. El volumen anual de aprehensiones por la Aduana se ha mantenido bastante estable durante la última década aproximadamente. Casos individuales han demostrado que se han introducido grandes suministros mediante un contrabando altamente organizado. Según los testigos, sin embargo, existe también un tráfico sustancial de pequeñas cantidades transportadas por personas que regresan de vacaciones en el extranjero, o enviadas —principalmente a inmigrantes— por correo desde sus países de origen. Varios testigos opinaban que el contrabando «aficionado» se estaba organizando ahora más, con una droga más uniformada en el mercado ilícito. Se mencionaron el Líbano, el Pakistán y Chipre como fuentes principales. Se sugirió que el hachís constituía ahora unos ochenta por ciento del tráfico.

38. Se nos dijo que, dentro del Reino Unido, la competencia del contrabandista «aficionado» ha hecho del tráfico ilícito una actividad muy laxamente organizada y a menudo ocasional, no explotada en medida significativa por delincuentes profesionales.

Se nos informó de que el precio del cannabis en el mercado ilícito ha mostrado escasas fluctuaciones en los últimos años más allá de lo que cabría esperar por la calidad variable, y de que no ha habido escasez de suministros.

Consumidores

39. Todos nuestros testigos coincidieron en que fumar cannabis en el Reino Unido era una actividad social más que solitaria, ocasional y permisiva como la ingesta de alcohol. Un amigo presentaba a otro; la droga estaba bastante disponible; si no le sentaba bien al iniciado, nadie salía perdiendo. La impresión colectiva era que la «sociedad» del cannabis era predominantemente joven y sin barreras de clase. Le molestaba el juicio de la sociedad de mediana edad sobre el alcohol y el cannabis. No tenía inclinación política y nuestros testigos no veían especial significado en la popularidad del cannabis entre los miembros de movimientos radicales.

40. Algunos testigos pensaban que era posible distinguir grupos sociales particulares dentro de la «sociedad» del cannabis y mencionaron a pro-

fesores y estudiantes de universidades y escuelas de arte, músicos de jazz y pop y artistas, cineastas y artistas plásticos, y otros dedicados a los medios de comunicación de masas. Explicaban esta parte del patrón por el atractivo particular de la droga para quienes se interesan por el trabajo creativo y la expresión personal. Pero mencionaron también que había un número creciente de trabajadores en ocupaciones no cualificadas que fumaban cannabis por placer los fines de semana como su equivalente al alcohol de otras personas. El aspecto que algunos de nuestros testigos consideraban más digno de nota era la amplia similitud de actitud ante el cannabis y sus peligros entre todos estos grupos.

41. El grupo «profesional», por ejemplo, se nos describió como fundamentalmente respetuoso de la ley; selectivo en el uso del cannabis para la introspección y la exaltación, así como para el relajamiento social; «comprometido con la vida», a menudo hasta el punto de la protesta social; no muy interesado en experimentos con L.S.D; generalmente poco inclinado a tomar anfetaminas o alcohol (que se consideraba mucho más dañino que el cannabis); y con tendencia a abandonar el uso del cannabis al casarse, o cuando el riesgo de procesamiento se percibía como contrario a las perspectivas profesionales. Se decía que el grupo «no cualificado» era igualmente laborioso y respetuoso de la ley y que no veía nada malo ni dañino en su uso del cannabis. ¹

42. Fuera de estos grupos el panorama era mucho más confuso y cambiante.

Había jóvenes que no habían logrado adaptarse a la vida universitaria, a la formación profesional o al trabajo regular, y que se habían «marginado»; adolescentes activamente descontentos y rebeldes, en busca de «emociones», dispuestos a tomar cualquier droga que se les ofreciera; sus compañeros más débiles que tomaban cannabis para evitar el rechazo del grupo; y unos pocos que eran gravemente inestables y buscaban escapar de sus problemas en un uso múltiple de drogas que incluía el cannabis.

43. Ninguno de nuestros testigos se sintió capaz de estimar los tamaños relativos de los grupos que identificaban. Juzgamos que consideraban que los consumidores habituales responsables y respetuosos de la ley

eran la mayoría. Poco pudieron decirnos sobre el uso del cannabis por los inmigrantes, y no encontramos vínculos claros entre este y el consumo de cannabis por otros grupos. En proporción a su número, se han registrado más condenas contra inmigrantes que contra nacionales autóctonos del Reino Unido, y no dudamos de que algunos de los que han venido recientemente a este país desde zonas donde fumar cannabis ha sido tradicional no han abandonado su hábito. Hicimos una indagación especial, sin éxito, en un intento de descubrir si los hábitos de fumar de los inmigrantes los hacían particularmente vulnerables a la aplicación de la ley o causaban problemas inusuales de adaptación social con las comunidades locales.

Uso y efectos

44. Los testigos conocedores de las pautas de uso nos dijeron que, aunque algunas personas fumaban todos los días sin interferencia en el trabajo o la vida social, el consumidor típico probablemente tomaba la droga una o dos veces por semana, buscando un «colocón» de 2 o 3 horas. El consumo diario más intenso tendía a hacer que el usuario se retirara de otras actividades, particularmente si no tenía una ocupación a tiempo completo. Algunas personas reaccionaban mal a la droga y un pequeño número de iniciados dejaba de fumar rápidamente porque les desagradaban las sensaciones de náusea o ardor en el pecho. Había poca preferencia entre hojas o resina, pero la mayoría de los fumadores se interesaban por efectos distintivos y había preferencias individuales por material de fuentes particulares. La experiencia y la mayor sugestibilidad debida a la droga permitían al fumador habitual alcanzar la exaltación que buscaba con dosis sucesivamente menores. No había tolerancia física; y las «resacas», aunque ocasionalmente severas, eran extremadamente raras.

45. Encontramos un amplio acuerdo entre los testigos sobre los principales efectos subjetivos de la droga. La mayoría hacía hincapié principalmente en su efecto relajante y calmante. Varios testigos médicos especularon que había parecido beneficiosa para pacientes jóvenes durante la depresión y que también había ayudado a exadictos a abstenerse de la heroína. Otros lo impugnaron. Algunos sugirieron que el cannabis tendía a concentrar la atención del usuario en sus ansiedades, dolores y

molestias, sin ayudarle a resolverlos, y a inducir pasividad sin eliminar el sufrimiento. Aparte de la relajación, las principales sensaciones buscadas eran la euforia, la tolerancia del entorno y —en un nivel más intelectual— una mayor conciencia de sí mismo. Se hizo mucha referencia a la influencia variable de las circunstancias en que se usaba la droga, poca a la percepción visual o sensorial alterada. Se coincidió generalmente en que era peligroso conducir un vehículo de motor bajo la influencia del cannabis, no tanto porque se sobreestimara la capacidad de conducción (como con el alcohol) cuanto por la posible distorsión de la percepción de la profundidad y la perspectiva.

46. Más de un testigo médico nos manifestó que los consumidores de cannabis no buscaban tratamiento y que, cuando eran vistos por otras razones, no consideraban que necesitaran tratamiento por un hábito de cannabis. Un testigo médico mencionó haber visto algunos casos de psicosis aguda tras el consumo de cannabis, pero no se sentía completamente satisfecho de que el cannabis hubiera sido la causa. El mismo testigo quedó impresionado por las pruebas de una grave perturbación en una muestra de consumidores crónicos de cannabis, pero como este grupo era autoseleccionado, esta información parecía tener una relevancia dudosa respecto de la generalidad de la experiencia del consumo de cannabis. Se nos ha informado de que una revisión llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad mostraba que 82 casos fueron ingresados en hospital en 1966 con el diagnóstico de toxicomanía, en los que el cannabis figuraba como la única droga o una de las drogas en cuestión. Se obtuvieron datos adicionales en 79 de estos casos. En 29 casos, las pruebas adicionales sobre la importancia del cannabis como causa del ingreso hospitalario no eran concluyentes, debido a datos insuficientes o al uso simultáneo de otras drogas por parte de los pacientes. De los casos restantes, 8 presentaban psicosis o estados confusionales, y 9 presentaban otros síntomas mentales (no psicosis), que parecían atribuibles principalmente al consumo de cannabis, aunque pudieran haberse tomado otras drogas. 20 casos mostraban pruebas de un modo de vida en el que el cannabis había desempeñado un papel significativo en el deterioro social que había conducido al ingreso, aunque los síntomas agudos no habían sido la causa inmediata. En este grupo, el uso simultáneo de otras drogas era una consideración significativa. En 13 casos el cannabis pare-

cía ser irrelevante como motivo de ingreso hospitalario. Así, en 42 casos las pruebas no eran concluyentes o eran irrelevantes, y en los otros 37 podrían haberse usado también otras drogas.

SECCIÓN IV— ASPECTOS SOCIALES DEL CONSUMO DE CANNABIS

47. Gran parte de la principal controversia sobre los peligros del cannabis se ha centrado en las afirmaciones de que su consumo conduce a la adicción a los opiáceos y a la comisión de delitos violentos. Prestamos particular atención a estos aspectos en nuestra revisión de la literatura más destacada y de las pruebas sobre la experiencia del Reino Unido.

Progresión

48. Hasta ahora, la discusión de la cuestión de si existe una progresión del cannabis a la heroína se ha basado principalmente en pruebas procedentes de investigaciones retrospectivas de los hábitos previos de los consumidores de heroína. Por la naturaleza del caso, tales pruebas nunca pueden ser concluyentes. Partiendo del supuesto de que el consumo de cannabis sigue estando confinado a una sección bastante pequeña de la población, la prueba de que una alta proporción de adictos a la heroína han consumido previamente cannabis solo sugeriría que el fumador de marihuana tiene más probabilidades que el no fumador de recurrir a la heroína; lo que no puede hacer es dar ninguna pista sobre la frecuencia de tal progresión entre los fumadores de marihuana en general. Por lo que valgan, tales investigaciones retrospectivas (que, por cierto, tratan más comúnmente de la experiencia americana que de la británica) indican que muchos adictos a la heroína han probado previamente otras drogas, incluido el cannabis.

49. La mayoría de los observadores descartan cualquier acción farmacológica que predisponga al fumador de cannabis a recurrir a otras drogas, y buscan otras explicaciones. Algunos han sugerido que, para obtener sus suministros, los consumidores de cannabis deben recurrir inevitablemente al hampa criminal, donde también hay opiáceos disponibles. Según nuestros testigos, los suministros de cannabis en este país no se obtienen necesariamente en los mismos lugares que la heroína. Sin embargo, se produce una mezcla social de algunos consumidores de canna-

bis y de algunos consumidores de opiáceos, y la implicación con los opiáceos podría ocurrir así sobre una base sociocultural.

50. Otros suponen que la insatisfacción con el alivio o el placer que se obtiene del cannabis lleva a los usuarios a otras drogas, y una minoría postula una predisposición al cannabis que es también una predisposición a la heroína. Estas sugerencias surgen porque la mayoría de los observadores obtuvieron su información de consumidores de drogas que son pacientes o delincuentes. Estos son a menudo los consumidores de múltiples drogas que rara vez evitan los problemas y que se encuentran con frecuencia en las clínicas y ante los tribunales. Parece haber un grupo particular de personalidades emocionalmente privadas y perturbadas que han probado la mayoría de las drogas ilegales (incluido el cannabis) antes de convertirse en adictos a la heroína. De hecho, la mayoría de los adictos a la heroína son consumidores de múltiples drogas y tienen el trasfondo familiar emocionalmente empobrecido que no raramente se encuentra en otros grupos delincuentes, como una alta incidencia de hogares rotos, mal expediente escolar, antecedentes policiales, desempleo y aversión al trabajo. Los consumidores de cannabis con personalidades y trasfondos similares pueden tener una predisposición a la heroína, las anfetaminas y otras drogas ilegales. Es la personalidad del usuario, más que las propiedades de la droga, lo que probablemente causa la progresión a otras drogas.

51. Claramente puede argumentarse, a la vista del panorama mundial, que el consumo de cannabis no conduce a la adicción a la heroína. Por lo que respecta al Reino Unido, aún no se ha realizado ningún estudio exhaustivo, pero se han publicado varios estudios aislados, ninguno de los cuales demuestra líneas significativas de progresión. Nuestros testigos no tenían nada que añadir a la información ya disponible, y hemos llegado a la conclusión de que el riesgo de progresión a la heroína desde el cannabis no es una razón para mantener el control sobre esta droga.

Delito

52. Las declaraciones publicadas sobre los vínculos entre el cannabis y el delito tienden a confundir las consecuencias de aplicar restricciones legales a los consumidores de drogas no conformistas con los presuntos

efectos criminógenos del propio consumo de cannabis. Dado que la posesión de cannabis está generalmente prohibida, el usuario sorprendido en posesión adquiere automáticamente antecedentes penales. Para obtener su suministro, también debe verse implicada una fuente ilícita.

53. Una de las principales acusaciones contra el cannabis en el extranjero, pero no en este país, ha sido que su consumo hace que las personas cometan delitos violentos, porque elimina las inhibiciones. Ha habido informes de arrebatos de agitación desenfadada y violencia no provocada por parte de consumidores crónicos. Otros observadores han negado cualquier vínculo directo con el delito violento. La Comisión India del Cáñamo concluyó que «la conexión entre las drogas de cáñamo y el delito ordinario es en verdad muy leve», pero que el uso excesivo sí hacía, en algunos casos muy raros, violento al consumidor. Se preguntó a 600 testigos de la Comisión si conocían casos de frenesí homicida, y muy pocos los conocían. Una mayoría considerable de estos testigos no consideraba que la droga produjera delitos violentos no premeditados, y algunos dijeron, como otros escritores han dicho desde entonces, que existe una relación negativa porque el cannabis vuelve a los hombres tranquilos por regla general. El Comité del Alcalde de Nueva York informó en un sentido similar: muchos criminales podrían usar la droga, pero no era el factor determinante en la comisión de delitos graves.

54. Las razones probables de esta divergencia de opiniones son: los criminales de algunos países han basado su defensa en una presunta intoxicación por cannabis que provocó un comportamiento que no podían recordar y del que no podían considerarse plenamente responsables; muchos de estos usuarios habían combinado el cannabis con opio, heroína, anfetamina, barbitúrico o alcohol, y era imposible identificar cuál de estos, si alguno, era el culpable del comportamiento criminal de un individuo; las muestras de personas investigadas han sido en su mayoría pequeñas, y la historia del consumo de drogas, su duración y su grado en cada individuo ha sido proporcionada exclusivamente por el propio sujeto, quien a menudo creía que le convenía mentir al respecto.

55. Lo máximo que se desprende de la maraña de declaraciones contradictorias es que una dosis excesiva de cannabis puede provocar un ataque de conciencia perturbada, excitación, agitación o pánico, y reducir

el autocontrol. La medida en que la persona afectada pueda cometer un delito violento en este estado mental depende mucho más de su personalidad que de la cantidad o preparación de cannabis que haya estado consumiendo. Las pruebas de un vínculo con el delito violento son mucho más sólidas con el alcohol que con el consumo de cannabis.

56. En el Reino Unido, el consumo de cannabis no ha sido considerado hasta ahora, ni siquiera por los críticos más severos, como una causa directa de delitos graves. No se discute, por supuesto, que varios criminales consuman cannabis como muchos consumen alcohol. Buscamos más pruebas sobre estos asuntos, pero encontramos que, por falta de métodos fiables para detectar el cannabis en el cuerpo, la policía no estaba en condiciones de ofrecer ninguna información.

SECCIÓN V— UNA COMPARACIÓN DEL CANNABIS Y OTRAS DROGAS

57. El cannabis tiene intrínsecamente efectos diferentes de la mayoría de las otras drogas. Como con la mayoría de las otras drogas, sus efectos son muy variables, y dependen no solo de la sustancia consumida sino de la persona y de su entorno social. En esta medida, no es fácil hacer una comparación estrecha entre el cannabis y otras drogas de uso social común. Sin embargo, la ciencia, la ley y las actitudes sociales tienden a crear un marco de referencia común para todas las drogas y, siempre que se tengan en cuenta los riesgos de la simplificación excesiva, la comparación del cannabis con otras sustancias que afectan la mente es relevante para nuestro estudio, aunque necesariamente deba ser en términos generales.

58. A diferencia de las drogas «duras», como la heroína, el cannabis no produce tolerancia. Consumir la misma cantidad, a veces incluso una menor, de cannabis sigue produciendo el efecto original. A diferencia de la heroína, el cannabis no causa dependencia física y no se producen efectos de abstinencia cuando se interrumpe su uso. La mayoría de los usuarios considera el cannabis placentero y por eso continúa su uso, pero si deciden dejarlo, normalmente no experimentan dificultad. Aquí, podría decirse, hay una forma de dependencia psicológica, pero es de un orden diferente de la intensa dependencia psicológica que normalmente

sigue al uso de las drogas «duras». Las drogas «duras» también son físicamente peligrosas: el resultado directo de una sobredosis puede ser la muerte, y los posibles resultados indirectos son la mala salud e incluso la muerte, por neumonía, desnutrición e infección debida a jeringuillas sucias. Los efectos sociales de tomar opiáceos y cannabis son muy diferentes. El consumidor de opiáceos se ve frecuentemente arrastrado a una subcultura de «yonquis» donde la obtención de la droga y todo lo que la acompaña se convierte en un modo de vida, y esto conduce inexorablemente a un grave deterioro. Esto no es cierto del cannabis, cuyo uso por sí solo no parece menoscabar la eficiencia del sujeto. En la sociedad occidental está claro que algunos adolescentes forman grupos sociales aberrantes en torno al consumo de cannabis; pero cuando estos son personal o socialmente nocivos, no está claro que el cannabis mismo sea el principal culpable. El uso de otras drogas además del cannabis se encuentra a menudo en tales grupos, y las implicaciones sociales de la alienación adolescente son probablemente de mayor importancia que las drogas mismas.

59. En este país, los barbitúricos y los llamados tranquilizantes menores, como el meprobamato y el clordiazepóxido, son ampliamente recetados por los médicos y todos son capaces de producir diversos grados de tolerancia y dependencia física y psicológica. En los últimos diez años, la tasa de mortalidad por envenenamiento por barbitúricos (tanto accidental como suicida) se ha duplicado, y los casos de autointoxicación que requieren ingreso hospitalario se han triplicado. Las anfetaminas también son ampliamente recetadas, y la tolerancia, la dependencia psicológica y la psicosis se han reconocido cada vez más como consecuencia de su uso excesivo. El uso indebido de metanfetamina intravenosa (Methedrine) y compuestos relacionados conlleva los mismos riesgos de infecciones transmitidas por jeringuillas que se asocian con la heroína. No se han observado riesgos similares como resultado del uso de cannabis.

60. A su debido tiempo presentaremos un informe sobre nuestro estudio del L S D y, por tanto, no nos proponemos tratarlo aquí en detalle. Baste decir que el L.S.D. y otros alucinógenos han desempeñado durante algún tiempo un papel limitado en la investigación y en la psiquiatría

experimental. Solo en los últimos años se han utilizado ilícitamente estas drogas. Todavía no es fácil alcanzar una evaluación clara de sus efectos y peligros en este contexto y, por consiguiente, resulta sumamente difícil establecer una comparación clara entre ellas y el cannabis. Los informes subjetivos de quienes toman alucinógenos, tanto en condiciones clínicas como ilícitas, sugieren una respuesta mucho más intensa. Bajo la influencia del L.S.D. los sujetos pueden padecer delirios tan peligrosos que se producen accidentes graves, incluso mortales, pero no hay informes fidedignos de episodios similares entre quienes han tomado cannabis solo.

61. El cannabis se describe a menudo como un «intoxicante» y con frecuencia se compara con el alcohol. Ambos producen relajación y euforia; ambos, tomados en exceso, perturban el juicio, la velocidad de reacción y la coordinación. El cannabis distorsiona más fácilmente la percepción del tiempo y del espacio. A diferencia del alcohol, no se sabe que el cannabis potencie los efectos de ciertas otras drogas, induzca un grado limitado de tolerancia ni, a largo plazo, cause daño físico a los tejidos del cuerpo directamente o por deficiencia dietética. Sin embargo, bien puede ser el cannabis al menos tan peligroso como el alcohol como influencia sobre la conducción u otra actividad responsable. Esta nitidez de semejanza y contraste se difumina considerablemente por los efectos de contextos sociales muy diferentes.

El alcohol en nuestra cultura es de uso general y no es ilegal. El cannabis lo consume una minoría y en su mayor parte contra la ley. Las pautas de consumo varían ampliamente según el país y la clase social. Aunque muchos bebedores, particularmente los que pueden considerarse alcohólicos, beben para emborracharse, los consumidores de alcohol normalmente toman una pequeña cantidad, buscando solo efectos leves y un poco de relajación social. Las pautas de consumo de cannabis son más oscuras. Los consumidores experimentados de cannabis fuman a menudo cannabis en busca de una intoxicación leve que creen que mejorará su rendimiento en un contexto social o actividad determinados, por ejemplo, tocar jazz. Muchos fumadores, sin embargo, toman la droga anticipando unas horas de intensa exaltación mental sin los impulsos agresivos frecuentemente asociados⁸⁴ a la ingestión de grandes cantida-

des de alcohol. En conjunto, es imposible sostener con firmeza que el cannabis sea potencialmente un peligro personal o social mayor que el alcohol. Lo que puede decirse es que el alcohol, con todos sus problemas, es en cierto sentido el «diablo conocido» ¹; el cannabis, en la sociedad occidental, es todavía una incógnita.

62. El consumo de tabaco es, por supuesto, la «drogodependencia» más extendida en nuestra sociedad. Los efectos inmediatos son bien conocidos y sustancialmente inocuos.

No parece que se produzca dependencia física, pero la habituación es intensa y a la gente le resulta muy difícil dejar de fumar. Los peligros a largo plazo del tabaco al inducir cáncer de pulmón, agravar la bronquitis crónica y contribuir a la trombosis coronaria son grandes. No obstante, el peligro de que el tabaco pueda producir cáncer de pulmón no fue evidente durante mucho tiempo. No es posible afirmar que el consumo prolongado, médico o por placer, de cannabis, o incluso de cualquier otra sustancia de la que aún no tenemos larga experiencia, esté libre de posibles peligros.

63. Hacer una evaluación comparativa entre el cannabis y otras drogas es adentrarse en un territorio sumamente subjetivo. La historia de las valoraciones que se han dado a diferentes drogas es una advertencia contra cualquier juicio dogmático.

1 En 1966, 66.468 varones y 4.031 mujeres fueron condenados por delitos de embriaguez.

64. El tabaco fue en otro tiempo objeto de juicios extremos. En el siglo XVII varios países intentaron restringir o prohibir su uso, pero sin éxito.

En 1606 Felipe III de España promulgó un decreto que restringía su cultivo. En 1610 en Japón se emitieron restricciones contra la plantación y el consumo de tabaco, y hay registros de al menos 150 personas detenidas en 1614 por comprarlo y venderlo contraviniendo el mandato del Emperador, que vieron peligrar sus vidas. Al mismo tiempo, en Persia, los infractores de las leyes que prohibían fumar fueron torturados y, en algunos casos, decapitados. El Emperador mogol del Indostán señaló que «como el consumo de tabaco ha^stenido un efecto muy malo en la sa-

lud y el ánimo de tantas personas, ordeno que ninguna persona practique el hábito». A los fumadores se les debía hendir los labios. En 1634 el Zar de Rusia prohibió fumar y ordenó que tanto a los fumadores como a los vendedores se les hendiera la nariz, y que los infractores reincidentes fueran ejecutados. Los informes médicos de la época están llenos de relatos de sus efectos deletéreos sobre la salud mental y física.

65. Incluso las bebidas no alcohólicas que hoy son de uso común han sido, en su

tiempo, consideradas gravemente peligrosas. Ya a principios de este siglo el Regius Professor of Physic de Cambridge, junto con el farmacólogo más distinguido de la época, describía en un manual de medicina estándar los efectos del consumo excesivo de café: «el paciente está tembloroso y pierde el dominio de sí mismo; está sujeto a ataques de agitación y depresión. Tiene un aspecto demacrado.... Como con otros agentes de este tipo, una nueva dosis del veneno proporciona un alivio temporal, pero a costa de futura miseria». El té no era mejor. «El té nos ha parecido especialmente eficaz en producir pesadillas con.... alucinaciones que pueden ser alarmantes por su intensidad.... Otra cualidad peculiar del té es producir un grado extraño y extremo de depresión física.

Una hora o dos después del desayuno en el que se ha tomado té... un penoso abatimiento... puede apoderarse del paciente, de modo que hablar es un esfuerzo. El habla

puede volverse débil y vaga. Por miserias como estas, los mejores años de la vida

pueden echarse a perder».

66. Con tales juicios anteriores en mente, no deseamos hacer ninguna declaración formal o absoluta sobre una comparación entre el cannabis y las otras drogas de uso social común. Todo lo que quisiéramos decir es que las gradaciones de peligro entre consumir té y café en un extremo de la escala e inyectarse heroína por vía intravenosa en el otro, puede que no sean permanentemente las que ahora atribuimos a determinadas drogas.

67. Las pruebas que tenemos ante nosotros muestran que:

Un número creciente de personas, principalmente jóvenes, de todas las clases sociales, está experimentando con esta droga, y un número considerable la consume regularmente por placer social.

No hay pruebas de que esta actividad esté causando delitos violentos o conducta antisocial agresiva, ni de que esté produciendo en personas por lo demás normales estados de dependencia o psicosis que requieran tratamiento médico.

La experiencia de muchos otros países es que, una vez establecido, el consumo de cannabis tiende a extenderse. En algunas partes de la sociedad occidental, donde crece el interés por las drogas que alteran el ánimo, hay indicios de que puede llegar a ser un equivalente funcional del alcohol.

A pesar de la amenaza de severas penas y del considerable esfuerzo en su aplicación, el consumo de cannabis en el Reino Unido no parece estar disminuyendo. Hay un cuerpo de opinión que critica el actual tratamiento legislativo del cannabis con el argumento de que exagera los peligros de la droga e interfiere innecesariamente con las libertades civiles.

68. La controversia que ha surgido en el Reino Unido acerca de la evaluación adecuada del cannabis en la lista de drogas psicoactivas debería resolverse lo antes posible, a fin de que tanto la ley y su aplicación como los programas de educación sanitaria puedan guardar relación con lo que se sabe sobre los peligros del consumo de cannabis en este país y puedan recibir el pleno apoyo del público. ¿Cuáles son esos peligros? Hay una serie de imponderables. La sustancia más comúnmente usada en el Reino Unido es la forma concentrada de resina, más potente que los productos de hoja ampliamente usados en América y en Asia. Los principios activos de esta sustancia no han sido aún plenamente identificados; los efectos inmediatos del proceso de combustión no se comprenden todavía; y los efectos físicos y mentales a largo plazo, si los hay,

del uso crónico no han sido científicamente comprobados. No existe por el momento ningún método rutinario para detectar la droga en los fluidos corporales del usuario.

70. No obstante los límites del conocimiento actual, está claro que el cannabis es una droga potente, con una capacidad tan amplia como el alcohol para alterar el estado de ánimo, el juicio y la capacidad funcional. En ese sentido, coincidimos con la conclusión publicada recientemente en los EE. UU. por el Council on Mental Health, el Committee on Alcoholism and Drug Dependence del National Research Council y la National Academy of Science, de que el cannabis es una droga «peligrosa». Pero creemos que también está claro que, en términos de nocividad física, el cannabis es mucho menos peligroso que los opiáceos, las anfetaminas y los barbitúricos, y también menos peligroso que el alcohol. Las implicaciones de sus efectos mentales son mucho menos claras. La psicosis o la dependencia psicológica, es cierto, no parecen ser consecuencias frecuentes del consumo de cannabis. Pero la subjetividad de los efectos mentales del cannabis hace particularmente difícil medir el efecto total de la experiencia del cannabis en cualquier individuo, o evaluar qué cambios podría introducir incluso un hábito moderado y aparentemente responsable en las relaciones del fumador con la familia y los amigos, en el estudio o en el trabajo. Creemos que se sabe demasiado poco sobre las pautas de consumo para predecir que en la sociedad occidental producirá influencias sociales similares a las del alcohol. Era significativo que incluso aquellos de nuestros testigos que veían menos peligro en la droga se preocuparan por disuadir a los menores de usarla.

71. Concluimos, por tanto, que en interés de la salud pública es necesario mantener restricciones sobre la disponibilidad y el uso de esta droga. A los efectos de hacer cumplir estas restricciones no hay alternativa al derecho penal y a sus penas. Como ya hemos subrayado, sin embargo (párrafo 15), es difícil trazar una línea rígida y precisa entre las acciones que son puramente autorreferentes y aquellas que entrañan consecuencias sociales más amplias. Es particularmente difícil hacerlo cuando la cuestión debatida es el uso de una droga con amplio atractivo como relajante, y cuyos efectos posiblemente nocivos —al menos en el Reino Unido— son todavía desconocidos.²⁸ Fumar cannabis puede ser un acto

de simple disfrute, una demostración de abandono de sí mismo o una indicación de irresponsabilidad social. Distinciones como estas no pueden escribirse en la ley, pero pueden y deben ser reconocidas por los tribunales al considerar los delitos y a los delincuentes relacionados con el cannabis. Las medidas que ahora sugerimos están destinadas a satisfacer las necesidades de la situación inmediata tal como la vemos. Deberían mantenerse bajo revisión a la luz de la experiencia y de la investigación.

Legalización

72. Algunos de nuestros testigos sostuvieron que la posesión de cannabis debería legalizarse de inmediato. La mayoría de nosotros consideró que las incertidumbres que acaban de mencionarse excluían esto en el futuro próximo: la legalización no podría revertirse si más tarde se descubriera que el costo de «aceptar» el cannabis era mayor de lo esperado; y aun si finalmente se descubriera que el cannabis no es más nocivo, o incluso menos, que el alcohol, todavía habría lugar a debate sobre si sería en interés de la salud pública ampliar la gama de drogas socialmente aceptables. Quienes entre nosotros no deseábamos descartar la posibilidad de una eventual legalización coincidimos en que esta no podría introducirse antes de que se hubiera hecho un estudio exhaustivo de los problemas de transición y de las salvaguardias necesarias. Habría que investigar las salvaguardias contra la adulteración y acordar normas de inspección; habría que considerar las fuentes de suministro; la importación desde países donde el suministro seguía siendo ilegal presentaría un problema particularmente difícil; podría ser necesario idear un sistema de licencias para la fabricación de sintéticos; habría que dedicar mucha reflexión al modo de distribución; habría que intentar definir los límites permitidos de intoxicación y los métodos de detección; y habría que incorporar medidas especiales para proteger a los menores en cualquier ley nueva de ese tipo. Estaba claro, por tanto, para todos nosotros que la legalización del cannabis entrañaría problemas difíciles y complejos a los que la mayoría no se ha dedicado mucha reflexión, incluso por parte de quienes favorecen la legalización. No obstante, no descartamos por completo la posibilidad de que una investigación debidamente orga-

nizada pueda producir algún día información que justifique un nuevo examen de los problemas prácticos de la legalización.

Investigación

73. De este Informe se desprenderá que todavía hay muchísimo que no sabemos sobre el cannabis. La descripción precisa de la estructura química y de los efectos conductuales de sus componentes activos no ha avanzado aún mucho. La investigación química sobre la síntesis de los principios activos del cannabis y de algunos de sus derivados solo recientemente ha comenzado a dar resultados. Falta conocimiento científico exacto sobre la personalidad de quienes consumen cannabis habitualmente, sobre el significado de las circunstancias en que se consume y sobre las consecuencias psicológicas, fisiológicas y sociales de su uso a largo plazo. No se dispone de información detallada sobre la magnitud del consumo de cannabis por parte de los inmigrantes y sobre los efectos de este en las condiciones sociales del Reino Unido. No existen datos sobre los que formar estimaciones fiables de prevalencia o hacer proyecciones significativas del posible crecimiento del consumo de cannabis, y mucho menos para calibrar las consecuencias sociales de tal crecimiento. Las consecuencias sociales de la aparición de los sintéticos pueden ser importantes, pero hasta ahora se ha reunido poca información científica para orientarnos. El estudio ulterior de todas estas cosas será difícil y llevará tiempo. En una materia tan compleja y en continuo cambio como la del consumo de cannabis en nuestra sociedad, no es razonable suponer que la investigación por sí sola dará respuestas seguras a todos los problemas. Nos alegró, por tanto, saber de la creación, por el Medical Research Council, de tres grupos de trabajo dedicados especialmente a estudiar los problemas de la dependencia de drogas, y de la formación del nuevo Institute for the Study of Drug Dependence. No dudamos de que estos desarrollos conducirán a una ampliación muy necesaria de la investigación sobre el problema del cannabis, y instamos con la mayor firmeza a que se dé todo estímulo, tanto académico como financiero, a los proyectos adecuados.

74. No está dentro de nuestra competencia hacer recomendaciones detalladas sobre el tipo de investigación que debería emprenderse; pero

creemos útil indicar las áreas generales en las que la investigación podría ser más inmediatamente útil.

Se necesita información sobre los efectos farmacológicos del cannabis natural, en sus diferentes formas, tanto en el hombre como en animales de experimentación. Los efectos de los derivados sintéticos deberían estudiarse como cuestión urgente. Hay una necesidad apremiante de pruebas químicas, tanto cualitativas como cuantitativas, para detectar la presencia de cannabis y de sus metabolitos en los fluidos corporales de los usuarios. Los informes clínicos de efectos adversos, tanto inmediatos como a largo plazo, tras el consumo de cannabis siguen siendo dispersos y mal documentados. Es necesario investigar metódicamente los posibles casos de psicosis por cannabis y, en particular, estudiar el efecto concomitante de otras drogas y del abuso de alcohol en estos casos. El posible uso terapéutico del cannabis y de sus derivados sintéticos también merece mayor investigación. Existe asimismo una necesidad inmediata de estudios sociológicos para establecer la prevalencia del uso y para definir más estrechamente los diferentes grupos sociales y las pautas de personalidad de los consumidores de cannabis, así como los efectos del consumo de la droga sobre su eficiencia social. Se necesita urgentemente más información sobre la incidencia del consumo de cannabis por parte de los adolescentes y sobre en qué medida este se compone del uso transitorio de la droga en fiestas y fines de semana y de un uso regular sostenido. Sería útil ver si existen características diferenciadoras entre los usuarios que solo consumen cannabis, los usuarios que consumen otras drogas además del cannabis y las personas que antes consumían cannabis pero que ahora han abandonado todo consumo de drogas.

75. La actual situación legal no favorece la investigación. El cannabis puede obtenerse para investigación si el Home Office da autorización, pero, tal como está la ley, cualquier investigación que requiera que sea fumado por seres humanos es ilegal, salvo en locales de la Corona. Existe considerable incertidumbre sobre si los locales hospitalarios o universitarios están exentos. Estas incertidumbres legales han hecho prácticamente imposible emprender este tipo de investigación. Sin embargo, meramente eliminar la restricción³ sobre los locales sería insuficiente

para permitir que se llevara a cabo la investigación pertinente. Dado que los factores sociales son tan importantes en el consumo de cannabis, los trabajadores cualificados deberían poder estudiar estos fenómenos mediante observación y experimentos de laboratorio y sociales sin riesgo de procesamiento.

La necesidad de cambios en la ley relativa al cannabis

76. Las penas máximas por cualquier delito relacionado con el cannabis son, en juicio sumario, una multa no superior a 250 libras, o prisión no superior a 12 meses, o ambas, y, en juicio por acusación, una multa no superior a 1.000 libras o prisión no superior a 10 años, o ambas. Estas penas son comunes a todas las drogas prohibidas o controladas en virtud de la Dangerous Drugs Act 1965, incluida la heroína. Introducidas originalmente en la Dangerous Drugs Act de 1920 (para hacer frente al tráfico de opiáceos) y aumentadas por la Dangerous Drugs and Poisons (Amendment) Act 1923, fueron aplicadas a los delitos relacionados con el cáñamo indio por la Dangerous Drugs Act 1925 y desde entonces han permanecido prácticamente sin cambios.

77. El artículo 36 de la Convención Única obliga a las Partes a penalizar los delitos intencionales de posesión (y tráfico), pero no de uso. La selección de las penas se deja al derecho interno. La Dangerous Drugs Act 1965 impone las mismas penas por la posesión ilegal que por el suministro ilegal. Una pena máxima elevada por posesión se ha justificado en el pasado con el argumento de que debe permitir el debido castigo del traficante, a quien es más probable encontrar en posesión que en el acto de suministro.

78. Mientras que las penas máximas para los delitos relacionados con drogas peligrosas se han mantenido inalteradas, la ley general sobre el tratamiento de los delincuentes ha cambiado considerablemente. Se han desarrollado más alternativas al tratamiento custodial y se ha introducido una mayor flexibilidad en la imposición de penas. Los estudios científicos han aumentado la comprensión de los orígenes de la conducta antisocial y de la eficacia relativa de los enfoques disuasorios y de otro tipo. Al igual que los delincuentes contra otras leyes, el delincuente en materia de drogas sin duda se ha beneficiado de estos avances. Al mis-

mo tiempo, nos parece que las penas por los delitos relacionados con el cannabis han permanecido sin revisión durante demasiado tiempo. Ahora que la experiencia aquí (y en el extranjero) ha demostrado que el uso indebido de drogas es un problema social complejo y de rápida evolución, nos parece esencial que la ley se reforme progresivamente para otorgar una mayor flexibilidad en el control de las drogas individuales y en el ajuste de las penas correspondientes de acuerdo con los peligros que presenta una droga específica o una forma específica de consumo de drogas.

79. Las tablas de las páginas 22-27 presentan análisis de:

A. las penas impuestas por delitos relacionados con el cannabis en virtud de la Dangerous Drugs Act de 1965 en los años 1964-1966 y por delitos en virtud de la Drugs (Prevention of Misuse) Act de 1964 en los años 1965 y 1966;

B. las penas impuestas en 1967 por delitos relacionados con el cannabis, otros delitos en virtud de la Dangerous Drugs Act y delitos en virtud de la Drugs (Prevention of Misuse) Act;

C. los procesamientos y las resoluciones en materia de cannabis en 1967, relacionados con grupos de edad y pesos de la droga.

80. Estas tablas muestran algunas características notables sobre los casos tratados por los tribunales en 1967. Más de dos tercios de todos los delincuentes por cannabis (y casi todos los declarados culpables de poseer más de 1 kg) no tenían antecedentes por delitos no relacionados con drogas.

Nueve de cada diez de todos los delitos relacionados con el cannabis consistían en poseer menos de 30 gramos.

Aproximadamente una cuarta parte de todos los delincuentes por cannabis fueron enviados a prisión (o a borstal, centro de detención o escuela aprobada); solo alrededor del 13 % quedaron sujetos a una orden de libertad condicional; y alrededor del 17 % de los delincuentes primarios fueron enviados a prisión. Hubo un énfasis notablemente mayor en las multas y la prisión por posesión³³ de cannabis que por otros medica-

mentos peligrosos, pero un menor uso de la libertad condicional y la absolución condicional por posesión de cannabis que por posesión de otros medicamentos peligrosos o de anfetaminas y otras drogas de la Ley de 1964. Las multas promedio por delitos de posesión en 1967 fueron de £36 en el caso del cannabis; £39 en el caso de otros medicamentos peligrosos; y £28 10s. Od. en el caso de las drogas de la Ley de 1964.

81. Creemos que la asociación del cannabis en la legislación con la heroína y los demás opiáceos es completamente inapropiada y que debería introducirse lo antes posible una legislación nueva y completamente separada que trate de manera especial y separada el cannabis y sus derivados sintéticos. También estamos convencidos de que las penas actuales por posesión y suministro son en conjunto demasiado elevadas.

82. Varios de nuestros testigos también llamaron la atención sobre el principio de responsabilidad absoluta sobre el que se había construido la legislación sobre drogas, y sobre el efecto de diversas sentencias del Tribunal Superior según las cuales no es necesario probar el mens rea antes de que una persona pueda ser condenada por un delito de posesión. Sostuvieron que, en tales circunstancias, no era sorprendente que los acusados formularan alegaciones de «plantación» por parte de personas desconocidas o de la policía, ni que algunos sectores del público se sintieran poco dispuestos a poner en conocimiento de las autoridades las pruebas de delitos. Estaba fuera del alcance de nuestra investigación examinar estas cuestiones en general.

Nos complació observar, sin embargo, que tras la sentencia de la Cámara de los Lores en el caso Warner v. Commissioner of Police for the Metropolis, el Ministro del Interior se comprometió a examinar, en conjunción con la Law Commission, toda la cuestión de la responsabilidad absoluta en relación con los delitos de drogas. En lo que respecta al cannabis, no hemos encontrado nada que justifique convertir la posesión sin conocimiento en un delito para el que la ley no prevea defensa alguna, pero consideramos que la forma que podrían adoptar las defensas se deja mejor a la determinación de la revisión del Ministro del Interior.

83. De nuestro estudio de las estadísticas y otras pruebas sobre el suministro de cannabis en el Reino Unido hemos llegado a las conclusiones

de que la visión tradicional del proveedor como un delincuente a gran escala es una simplificación excesiva, y que disponer de una pena máxima elevada por posesión para permitir el castigo del traficante a gran escala exagera la criminalidad del propio consumo de drogas. Parece claro que en la «sociedad» del cannabis hay un intercambio regular de la droga y que muchos consumidores están en condiciones de suministrarla, y de hecho la suministran, en cantidades muy pequeñas sin verdadera intención criminal. Ninguno de nuestros testigos consideró que las actividades «amateurs» de este tipo debieran describirse como tráfico ni señalarse para penas particularmente severas. Por otra parte, el margen entre el suministro ocasional y el lucro deliberado no es tan amplio como para que un traficante necesite estar en posesión regular de cantidades muy grandes para que sus operaciones le resulten rentables.

Los tribunales se enfrentan hoy a considerables dificultades para penetrar en la ambigüedad de la «posesión», especialmente porque las normas del consumo moderado de drogas no son ampliamente conocidas. Existe, por tanto, un riesgo real, cuando la gama de penas es tan amplia, de que los tribunales traten a los consumidores de drogas con más severidad, y a los traficantes de drogas con menos, de la que merecen.

84. Consideramos la viabilidad de reducir este riesgo distinguiendo más claramente en la ley entre la posesión destinada al uso y la posesión destinada al suministro. Un enfoque, que según entendemos se ha probado en algunos países de ultramar, consistiría en establecer un delito específico de posesión con intención de suministrar, que conllevaría penas más elevadas que el delito de simple posesión y con una carga para el acusado, una vez que la acusación hubiera demostrado que estaba en posesión consciente de una droga prohibida, de probar, según el equilibrio de probabilidades, que no tenía intención de suministrarla a otra persona. Puede ser que tal disposición resultara valiosa para aclarar la verdadera naturaleza de los delitos de posesión, pero no puede considerarse plenamente al margen del amplio equilibrio de obligaciones entre la acusación y la defensa. Por lo tanto, recomendamos que las posibilidades se examinen más a fondo en la revisión del Ministro del Interior sobre la cuestión de la responsabilidad estricta. Sin perjuicio de ello, sin embargo, consideramos que una prueba de intención podría producir

una mayor incertidumbre en la ley, incertidumbre que es nuestro deseo eliminar. Stt, Sin condenas anteriores

Delincuente anterior — solo por delitos de drogas

Delincuente anterior — solo por delitos no relacionados con drogas

Delincuente anterior — por drogas y por delitos no relacionados con drogas

Total

85. Otro camino podría consistir en idear una fórmula basada en la cantidad de droga hallada en poder de una persona para determinar la pena que haya de imponerse.

Así, quien tuviera en su poder, digamos, treinta gramos o menos de hoja o resina de cannabis sin autorización en el momento de su detención, solo sería acreedor a una multa pequeña; la posesión no autorizada de cantidades mayores atraería una pena más elevada. Semejante fórmula, sin embargo, presentaría graves dificultades para su aplicación, por las exigencias prácticas de determinar la cantidad, el tipo y la pureza de cualquier droga hallada con exactitud suficiente para sustentar un procedimiento por posesión no autorizada de más de la cantidad especificada; para establecer, cuando haya alternativas sintéticas disponibles, normas comparables que solo atraigan una multa; y para hacer frente a los problemas de adulteración e identificación.

La introducción de una fórmula cuantitativa podría también tener efecto sobre el tráfico. La limitación del riesgo a una multa pequeña no solo podría llevar a los traficantes de pequeña escala a realizar sus operaciones a mayor escala y con mayor descaro, sino que podría también alentar a los delincuentes profesionales a involucrarse en esta actividad: una vez importado y ocultado un gran cargamento, podría llevarse a cabo una distribución bien organizada de pequeñas cantidades con virtual impunidad. Hemos llegado a la conclusión de que estas dificultades hacen impracticable la introducción de una fórmula cuantitativa en los delitos de cannabis en este momento.

86. Tras la más completa consideración hemos vuelto a la opinión de que el único modo práctico de legislar para la situación de los próximos años es mantener el principio de un delito único, a saber, la posesión, venta o suministro ilícitos de cannabis o de sus derivados. Este delito debería conllevar una escala baja de penas en juicio sumario, pero una escala sustancialmente más elevada en juicio por acusación. Si se introdujera tal legislación, preveríamos que la policía procediera por acusación solo en aquellos casos en que creyera que existía un tráfico organizado a gran escala. Los delitos que implicaran simple posesión y tráfico a pequeña escala serían, esperamos, tratados sumariamente. 1

87. Al considerar la escala de penas, nuestro objetivo principal, teniendo en cuenta nuestra opinión sobre los efectos conocidos del cannabis, es eliminar a efectos prácticos la perspectiva de prisión por posesión de una pequeña cantidad y demostrar que tomar la droga con moderación es un delito relativamente menor. Así, esperaríamos que los experimentos juveniles con el cannabis fueran reconocidos por lo que son, y no tratados como actos antisociales o prueba de un carácter moral insatisfactorio. Por otra parte, esperaríamos que las condenas repetidas por posesión de cannabis —del mismo modo que las condenas por embriaguez— conllevaran ciertas implicaciones y penalidades sociales, por ejemplo, en ciertos tipos de empleo en los que la prueba de un hábito de drogas pudiera considerarse un impedimento. A nuestro juicio, el consumidor de cannabis accesible a la razón es más probable que se vea disuadido por consideraciones de esta índole que por una escala de penas.

88. En juicio sumario creemos que la multa debería limitarse a 100 libras.

En muchos sentidos habríamos preferido no sugerir pena de prisión alternativa alguna. Se nos ha representado, sin embargo, que en el derecho del Reino Unido los delitos híbridos, como los que sugerimos, normalmente conllevan alguna pena de prisión en juicio sumario, y que esto otorga a la judicatura una discreción útil para tratar adecuadamente casos individuales difíciles. En este caso podemos prever situaciones en que una persona, que se dedique repetidamente al tráfico a pequeña escala, pero no obstante a un tráfico de naturaleza manifiestamente comercial, no se vería disuadida por multas modestas, mientras que una

breve pena de prisión sin la parafernalia del procedimiento por acusación sería apropiada. Recomendamos, por tanto, que en juicio sumario haya una pena alternativa máxima de cuatro meses de prisión. Al elegir este período nos ha influido el hecho de que una pena de cuatro meses en juicio sumario es una que permite al acusado la opción de acogerse a juicio por jurado... una libertad civil no desdeñable. Es pertinente añadir que, conforme al artículo 39 de la Criminal Justice Act de 1967, un tribunal que impusiera una pena de no más de seis meses de prisión por un delito de cannabis estaría obligado a suspender dicha pena, salvo en ciertas condiciones, de las cuales las más importantes son que el delincuente haya cumplido ya una pena de reformatorio o de prisión, o se halle ya en libertad condicional o bajo condena condicional.

89. Es socialmente indeseable que un mundo criminal organizado pueda obtener grandes beneficios de cualquier actividad ilícita. Por tanto, recomendamos que en juicio por acusación el delito sea punible con multa ilimitada o pena de prisión que no exceda de dos años, o ambas. La pena máxima por contrabando de cannabis impuesta por la Customs and Excise Act de 1952 (modificada por la Dangerous Drugs Act de 1967) debería reducirse de diez a dos años. Debería mantenerse la disposición existente en la Dangerous Drugs Act de 1965 según la cual los procedimientos por acusación están sujetos al visto bueno del Director of Public Prosecutions. A nuestro juicio, sin embargo, tales procedimientos normalmente solo deberían ser apropiados para tratar con el traficante a gran escala.

90. Es nuestra opinión explícita que cualquier legislación dirigida a un problema complejo y cambiante como el uso del cannabis no puede considerarse definitiva. Para el futuro previsible, sin embargo, nuestro objetivo es claro: lograr una situación en la que sea sumamente improbable que alguien vaya a prisión por un delito que implique solo la posesión para uso personal o el suministro a escala muy limitada.

Recomendamos que, durante los próximos tres años, el Advisory Committee mantenga ese objetivo bajo revisión y esté dispuesto a proponer nuevas medidas si el objetivo no se está realizando.

Uso de locales para fumar o traficar con cannabis

91. El artículo 5 de la Dangerous Drugs Act de 1965 tipifica como delito que un ocupante «permita» que se usen locales para fumar o traficar con cannabis o resina de cannabis, y que cualquier persona se halle implicada en la gestión de locales usados para cualquiera de tales fines. El objeto de esta disposición, introducida por primera vez en la Dangerous Drugs Act de 1964 (a imitación de una disposición de larga data sobre el consumo de opio, que ahora se halla en el artículo 8 de la Ley de 1965), era desalentar el consumo comunal y el tráfico de cannabis en locales de concurrencia pública, imponiendo a los ocupantes o gestores la carga de asegurarse de que tales locales no se usaran para estos fines. El efecto preciso de la ley es ahora objeto de un recurso ante la Cámara de los Lores. Al considerar las disposiciones actuales hemos supuesto que la cuestión de la procedencia de la responsabilidad objetiva en el delito será examinada en la revisión general del Home Secretary (párrafo 82).

92. En favor de la disposición se nos representó que, si no se pudiera hacer responsables a los arrendadores u ocupantes, las reuniones para fumar tenderían a aumentar, y los traficantes de drogas probablemente se valdrían de ellas para introducir a los fumadores en otros tipos de drogas. Esto expondría a muchos jóvenes a graves peligros fuera del alcance de las comprobaciones rutinarias de la policía. En estas circunstancias se instó a que hubiera una obligación especial de quienes están al cargo de los locales de impedir tales actividades. En el caso de locales públicos, se nos dijo que quienes tenían posesión ilícita de drogas encontraban fácil evadir la detención arrojando simplemente las drogas al suelo. A menos que quienes están al cargo de los locales tuvieran una obligación especial de impedir el uso o el tráfico de drogas, su tolerancia de estas actividades, se decía, podría contribuir a un aumento considerable del uso indebido de drogas.

93. La «fiesta de la marihuana» es el foco natural de la inquietud pública sobre el cannabis —y de los mitos sobre la droga. Si estuviera claro que la intoxicación, la conducta agresiva, los excesos sexuales, el uso múltiple de drogas y el delito eran resultados previsibles del consumo social de cannabis, habría un sólido argumento para adoptar medidas especiales de protección de los jóvenes y para tratar de recabar la ayuda de quienes están al cargo de locales privados. Pero, como muestra la

comparación que hemos trazado más arriba entre el cannabis y otras drogas, no hay prueba de que tomar cannabis de algún modo especial estimule una conducta de esta índole. Si se toma cannabis en una «fiesta desenfrenada», no es porque aporte la chispa a lo que de otro modo no prendería.

94. Cualquiera que sea la justificación de las disposiciones del artículo 8 de la Dangerous Drugs Act de 1965 en lo relativo al consumo de opio (véase el párrafo 91), estamos convencidos de que no hay justificación suficiente, en la nocividad del cannabis, para imponer a los ocupantes y arrendadores de locales privados obligación especial alguna de impedir el consumo de cannabis, y hay aún menos justificación para hacerlo respecto del tráfico de cannabis (pues este no difiere de manera distintiva del tráfico de cualquier otro tipo de droga). Recomendamos, por tanto, que se derogue el artículo 5 en relación con los locales a los que el público no tiene acceso.

95. Creemos que los ocupantes y gestores de locales abiertos al público se hallan en una posición diferente. La sociedad espera que quienes se encargan de proporcionar servicios y entretenimiento al público conduzcan sus locales de manera adecuada, y no es irrazonable imponerles el deber de impedir el uso abierto o el tráfico de drogas. Aun así, sin embargo, es evidente que el deber puede ser más oneroso en unas direcciones que en otras. Es bastante fácil detectar el olor del cannabis que se quema, pero mucho más difícil confirmar que un intercambio de tabletas entre dos clientes constituye una infracción de la ley. Creemos que un camino razonable sería redefinir el alcance del artículo 5 de modo que se aplique solo a los locales abiertos al público, excluir la referencia al tráfico de la droga y suprimir el carácter absoluto de la responsabilidad de los gestores.

96. Somos conscientes de que hay algunos tipos de locales que, estrictamente, no están abiertos al público, pero no son locales privados en el sentido convencional.

La Private Places of Entertainment (Licensing) Act de 1967 dispone, previa adopción por una autoridad local, una cierta supervisión sobre determinados tipos de club.

Aunque esta Ley pueda no abarcar todos los tipos de locales que, razonablemente, deberían estar sujetos a la obligación que hemos propuesto para los locales públicos, estamos convencidos de que los principales sectores respecto de los cuales sabemos que la policía está más preocupada quedan cubiertos por nuestras propuestas.

Facultades de detención y registro

97. En el párrafo 81 hemos recomendado la separación del cannabis respecto de los opiáceos en la legislación sobre drogas y en los párrafos 88 y 89 hemos propuesto una reducción de las penas. Según la forma y el contexto en que se diera efecto legislativo a estos cambios, habrían de introducirse ajustes consiguientes en las disposiciones vigentes que regulan las facultades policiales de detención y registro en relación con los delitos de cannabis. La situación actual es que, en virtud de la sección 2 de la Criminal Law Act de 1967, la policía tiene facultad para detener sin orden a cualquier persona que haya cometido o intentado cometer, o respecto de la cual tenga motivos razonables para sospechar que ha cometido o intentado cometer, un «delito arrestable». Tal delito es el castigado con una pena de al menos cinco años de prisión. En Inglaterra y Gales esta facultad puede ejercerse respecto de delitos contra la Dangerous Drugs Act de 1965 (es decir, incluidos los delitos de cannabis) que, tras la condena, conllevan una posible pena de hasta diez años de prisión. La Criminal Law Act no se aplica a Escocia ni a Irlanda del Norte, y en esos países las facultades policiales de detención sin orden por delitos de cannabis derivan de la sección 15 de la Dangerous Drugs Act de 1965, modificada por la sección 6 de la Dangerous Drugs Act de 1967. En virtud de estas disposiciones, la policía tiene facultad para detener sin orden a cualquier persona que haya cometido o intentado cometer un delito de drogas peligrosas, o de la que se sospeche que lo ha cometido o intentado cometer, únicamente si tiene motivos razonables para creer que esa persona se sustraerá a la acción de la justicia a menos que sea detenida, o si su nombre y dirección son desconocidos para la policía y esta no puede averiguarlos, o si en su caso la policía no está convencida de que el nombre y la dirección que se le han dado son verdaderos. En cuanto a las facultades de registro, la sección 6 de la Dangerous Drugs Act de 1967 introdujo —para las drogas incluidas en los anexos de

la Dangerous Drugs Act de 1965 y de la Drugs (Prevention of Misuse) Act de 1964— nuevas facultades que permiten a la policía registrar personas y vehículos por sospecha. Si las penas por los delitos de cannabis se reducen como proponemos y si el cannabis quedara excluido de la Dangerous Drugs Act de 1965, habría que reabrir la cuestión de si procede mantener estas facultades policiales.

Esta cuestión de las facultades policiales no puede considerarse de manera realista en relación únicamente con el cannabis, y ha quedado fuera de nuestra tarea examinar las cuestiones generales.

Sin embargo, en el curso de nuestra investigación hemos cobrado clara conciencia tanto de la preocupación por el efecto que el ejercicio de estas facultades tiene sobre la relación entre la policía y el público, como de las dificultades que han afrontado en los últimos años las autoridades encargadas de la aplicación de la ley, para las cuales se han considerado esenciales estas amplias facultades de detención y registro. Puesto que estos rasgos han contribuido en gran medida a la actual «protesta» contra la ley vigente, recomendamos que, con carácter urgente, el Advisory Committee inicie un examen general de las facultades policiales de detención y registro en relación con todos los delitos de drogas, con miras a asesorar al Secretary of State sobre cualquier cambio que parezca apropiado, en particular por lo que respecta al cannabis. Entretanto, no obstante, los cambios en la legislación sobre el cannabis deben seguir adelante sin recomendación específica alguna sobre detención y registro.

Esta omisión no tendrá consecuencias prácticas inmediatas, dado que las facultades a que se hace referencia subsistirán para las demás drogas; el registro por sospecha se practica normalmente en relación con las drogas en sentido general y no específicamente con el cannabis.

Control de los cannabinoles sintéticos

98. Ni la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 ni la Dangerous Drugs Act de 1965 se aplican a los cannabinoles sintéticos. Informes preliminares han sugerido que algunas sustancias de este grupo son más potentes que el producto natural. Hasta ahora no ha llegado a nues-

tro conocimiento la fabricación de tales sustancias con fines no científicos ni no médicos, pero cabe esperar tal desarrollo tan pronto como se hayan perfeccionado los procesos técnicos necesarios. Sin nuevas modificaciones, las facultades disponibles en la Pharmacy and Poisons Act de 1933 y en la Drugs (Prevention of Misuse) Act de 1964 permitirían aplicar controles a la fabricación, distribución y venta y limitar la posesión autorizada. Consideramos que estas facultades deberían ser suficientes, pero recomendamos que se mantenga la situación bajo examen.

99. Actualmente los médicos pueden prescribir cannabis en forma de extracto de cannabis y tintura alcohólica de cannabis. Hasta muy recientemente la demanda de estas preparaciones ha sido prácticamente desdénable. En los últimos meses, sin embargo, ha habido un aumento llamativo en las cantidades prescritas. Nuestras indagaciones, corroboradas por lo que nos dijeron nuestros testigos, indican que hay cierto número de médicos que empiezan a experimentar con el uso del cannabis en el tratamiento de adolescentes perturbados, de la dependencia de la heroína y de las anfetaminas e incluso del alcoholismo. Aunque no esperamos que la prescripción de cannabis llegue nunca a convertirse en medicación estándar en el tratamiento de estas afecciones, es muy probable que la cantidad dispensada con receta médica siga aumentando y que este proceso pueda acelerarse cuando se disponga de derivados sintéticos del cannabis debidamente normalizados. No vemos objeción alguna a ello y creemos que cualquier nueva legislación debería ser tal que permitiera su continuación. Pensamos, no obstante, que cuando se prescriba cannabis o sus derivados deberían estar disponibles registros del tipo que puedan ser inspeccionados por los H.M. Inspectors of Drugs. Ello permitirá mantener bajo examen metódico la tendencia de las prescripciones durante los próximos años.

Educación

100. La ley por sí sola no puede resolver el problema del cannabis. Por sabia que sea la ley y diga lo que diga, habrá quienes usen cannabis y algunos que sufran por ello. También la educación tiene un papel que desempeñar. Por «educación» no entendemos la propaganda formal (cuya necesidad ha quedado fuera de nuestro mandato considerar); una comprensión adecuada de la significación del cannabis en nuestra socie-

dad en este momento no puede darse simplemente mediante la descripción de los efectos de la droga y de la ley pertinente. Nos referimos más bien al proceso general de interrogación, observación, argumentación y valoración mediante el cual la sociedad suele formar actitudes equilibradas ante los problemas y peligros de la comunidad. Esperamos que este informe contribuya a la comprensión tanto de los hechos (y las incertidumbres) acerca del cannabis como de las cuestiones más amplias que rodean el problema de su control.

101. Lo que sigue es un resumen de nuestras recomendaciones:

(1) Recomendamos que, en interés de la salud pública, sea necesario por el momento mantener restricciones a la disponibilidad del cannabis (párrafos 70 y 71).

(2) Debe darse todo estímulo, tanto académico como financiero, a proyectos adecuados de investigación del problema del cannabis (párrafo 73).

En el párrafo 74 se hacen sugerencias sobre las áreas en que se requiere investigación.

(3) La ley debe ser progresivamente reformulada para dar al Parlamento una mayor flexibilidad de control sobre las distintas drogas (párrafo 78).

(4) La asociación en la legislación del cannabis con la heroína y los demás opiáceos es inapropiada, y debe introducirse cuanto antes una nueva legislación que trate de manera especial y separada el cannabis y sus derivados sintéticos (párrafo 81).

(5) La posesión ilícita de cannabis sin conocimiento no debe ser un delito para el cual la ley no prevea defensa alguna (párrafo 82). Debe examinarse la viabilidad de distinguir entre la posesión destinada al uso y la posesión destinada al suministro (párrafo 84).

(6) La posesión de una pequeña cantidad de cannabis no debe considerarse normalmente como un delito grave castigado con prisión (párrafos 87 y 90).

(7) El delito de posesión, venta o suministro ilícitos de cannabis debe ser castigado, tras condena sumaria, con una multa no superior a 100 libras, o prisión por un plazo no superior a cuatro meses, o ambas penas a la vez. Tras condena por acusación, la pena debe ser una multa ilimitada, o prisión por un plazo no superior a dos años, o ambas penas a la vez (párrafos 86, 88 y 89).

(8) La ley vigente que impide la investigación que requiera fumar cannabis (sección 5, Dangerous Drugs Act de 1965) debe modificarse para permitir a trabajadores cualificados estudiar su uso tanto por observación como mediante experimentos de laboratorio y sociales (párrafo 75).

(9) La sección 5 de la Dangerous Drugs Act de 1965 (que permite que se utilicen locales para fumar cannabis, etc.) debe redefinirse en su alcance de modo que se aplique únicamente a locales abiertos al público, se excluya la referencia al tráfico de cannabis y de resina de cannabis y se elimine el carácter absoluto de la responsabilidad de los gerentes (párrafos 94 y 95).

(10) El Advisory Committee debe emprender, con carácter urgente, un examen de las facultades policiales de detención y registro en relación con los delitos de drogas en general, con miras a asesorar al Secretary of State sobre cualquier cambio que pueda ser apropiado en la ley, en particular por lo que respecta al cannabis (párrafo 97).

(11) El desarrollo de la fabricación de cannabinoles sintéticos debe mantenerse bajo examen y, si es necesario, debe imponerse control en virtud de las facultades previstas en la Pharmacy and Poisons Act de 1933 y la Drugs (Prevention of Misuse) Act de 1964 (párrafo 98).

(12) Las preparaciones de cannabis y sus derivados deben seguir estando disponibles con receta para fines de tratamiento médico e investigación.

Debe preverse en la legislación el mantenimiento de registros que permitan mantener la situación bajo examen (párrafo 99).

102. Deseamos expresar nuestro más cordial reconocimiento por la ayuda que hemos recibido de nuestros secretarios, el Dr. E. G. Lucas y el Sr.

D. G. Turner. Su habilidad para esclarecer las cuestiones y su paciencia para alimentar nuestro apetito aparentemente insaciable de borradores y nuevas versiones superaron con creces todo lo que teníamos derecho a esperar. Deseamos asimismo extender nuestro agradecimiento a aquellos otros funcionarios del Home Office, del Ministry of Health y del Scottish Home and Health Department que nos asistieron con valiosa información y consejo.

Presidente

K. J. P. Barraclough Thomas H. Bewley P. E. Brodie*

P. H. Connell J. D. P. Graham C. R. B. Joyce Aubrey Lewis Nicolas Malletson H. W. Palmer Timothy Raison Michael Schofield*

E. G. Lucas D. G. Turner

Secretarios conjuntos

4 de octubre de 1968

*Con sujeción a las siguientes reservas

Reserva del Sr. P. E. Brodie, o.b.e.

1. Estoy plenamente de acuerdo con el contenido de este Informe, salvo por la sugerencia del párrafo 89 de que, para los delitos de posesión, suministro, venta o contrabando no autorizados de cannabis, la pena máxima tras condena por acusación sea de dos años de prisión, con o sin multa ilimitada.
2. Mientras sea delito poseer cannabis, habrá un «mercado» que el traficante podrá explotar. Como algunas condenas por cannabis han demostrado en el pasado, el «mercado» ha sido lo bastante grande para atraer el contrabando organizado de cantidades sustanciales. Parece probable que la demanda de cannabis crezca y que el tráfico pueda hacerse más extenso. Los criminales profesionales pueden verse más implicados y agravarse el problema de la delincuencia urbana.
3. Para prevenir tal desarrollo —y minimizar los peligros sociales a que estarían expuestos los jóvenes si el tráfico quedara sin control—, me

preocupa mucho que se disuada eficazmente al traficante de cannabis a gran escala. No estoy convencido de que las penas máximas sugeridas por mis colegas fueran eficaces. Una facultad ilimitada de imponer multas no es una salvaguarda segura.

Si la pena alternativa de prisión es corta, puede preferirse a una multa elevada. La experiencia demuestra que a menudo es difícil, y en verdad a veces imposible, recuperar de un condenado el dinero que es producto del delito.

4. Por estas razones creo que quienes trafican con grandes cantidades de cannabis deberían enfrentarse, tras la condena, a consecuencias más graves que las que proponen mis colegas. Soy de la opinión de que cuando se rastree una cantidad sustancial de cannabis hasta la posesión de un individuo y haya razones para creer que no es para uso personal sino para la venta, entonces debería estar dentro de las facultades del tribunal que conoce del caso por acusación imponer una pena de prisión no superior a 5 años además de una multa ilimitada.

Reservas del Sr. Michael Schofield

Reservas a los párrafos 85-90

1. Estoy de acuerdo en lo principal con los primeros 84 párrafos de este informe. En particular, coincido con la última parte del párrafo 81 en que las penas actuales son del todo excesivas y añadiría que las sentencias que se dictan en la actualidad son demasiado elevadas.

El párrafo 80 indica que se ha hecho mayor hincapié en las multas y la prisión por la posesión de cannabis, pero menor uso de la libertad condicional; las multas medias por poseer cannabis han sido casi tan elevadas como las de drogas peligrosas como la heroína. El mismo párrafo muestra que en 1967 alrededor de una cuarta parte de todos los infractores por cannabis fueron enviados a prisión y el 17 % de los primarios fueron encarcelados.

Un estudio más detenido del Cuadro C de la página 26 muestra que incluso los condenados por poseer pequeñas cantidades de cannabis corren el riesgo de ser tratados con bastante severidad.

De las 2.419 personas condenadas por poseer menos de 30 gramos de cannabis, 373 (15 %) fueron encarceladas. Este cuadro muestra también que 1.857 personas sin condenas anteriores por ningún tipo de delito fueron condenadas por poseer menos de 30 gramos de cannabis; 237 (13 %) de estos primarios fueron enviados a prisión — 119 de ellos tenían 25 años o menos.

2. En los párrafos 86, 87 y 88 mis colegas parecen depositar toda su confianza en el comportamiento de la policía y la discrecionalidad de la judicatura, pero la información dada en el párrafo anterior de esta reserva no inspira confianza. Seguirá siendo posible imponer penas de prisión a los infractores que posean pequeñas cantidades de cannabis cuando sean lo que mis colegas llaman «casos individuales difíciles», pero parecen esperar que los magistrados empiecen a imponer sentencias menos severas tras leer este informe. Los informes gubernamentales pueden ser el preludio de una reforma legal, pero no son una forma particularmente buena de ilustrar a la judicatura.

3. Existe una tendencia creciente en la criminología moderna a limitar las facultades de imposición de penas de la judicatura. En efecto, la sección 39 de la Criminal Justice Act de 1967 (que prevé las penas suspendidas) sustrae considerables facultades de imposición de penas a los tribunales (en particular a los magistrados), aunque mis colegas citan esta ley (párrafo 88) como razón para retener penas más graves.

4. Nada pone más de relieve la brecha generacional que un delito de drogas. El consumidor de drogas y el magistrado son fundamentalmente incompatibles. El consumidor de cannabis participa de una forma de disfrute —así lo ve él— que era desconocida para el magistrado cuando era joven. Además de esto, la ropa, el peinado y las actitudes de muchos jóvenes consumidores de drogas difícilmente complacerán al magistrado. Aun cuando los adultos nos sentimos inclinados a confiar en la capacidad del magistrado para comprender estas diferencias generacionales, es muy cierto que la mayoría de los jóvenes de este país no cree que esta amplia brecha pueda salvarse salvo por muy pocos. ¿Por qué han de tener que probar suerte sobre si les toca un magistrado informado y comprensivo o no? La administración de la ley no debería ser cuestión de suerte.

5. Como mis colegas, quisiera distinguir con mayor claridad entre la posesión destinada al uso y la posesión destinada al suministro. A diferencia de ellos, creo que esta distinción debería incorporarse a la ley. Considero preferible basar la distinción en la cantidad hallada en posesión. En consecuencia, sugiero que:

(1) La posesión ilícita de hasta 30 gramos, de hojas o de resina, sea únicamente un delito sumario, castigable en primera condena o en condena posterior con una multa máxima de 50 libras.

(2) La posesión ilícita de cualquier cantidad superior a 30 gramos sea castigable

(a) en condena sumaria con una multa no superior a 100 libras o prisión por un plazo no superior a cuatro meses;

(b) en condena por acusación con multa o prisión por un plazo no superior a dos años o ambas.

Debería mantenerse la disposición vigente de la Dangerous Drugs Act de 1965, según la cual el procedimiento por acusación solo puede iniciarse por el Attorney General o el Director of Public Prosecutions o con su consentimiento.

6. No me impresionan los argumentos de mis colegas (párrafo 85) contra las sentencias basadas en la cantidad de cannabis hallada en posesión de una persona:

(a) Se sugiere que sería engorroso para la policía determinar la cantidad exacta de cannabis hallada en posesión. En realidad, sin embargo, la policía ya mide las cantidades de cannabis incautadas y los tribunales se ven influidos por la cantidad al determinar la sentencia. Por lo tanto, parecería imperativo que la policía sea siempre exacta respecto de la cantidad hallada en posesión y que los abogados defensores tengan derecho a exigir garantías adecuadas. Por la misma razón es esencial establecer cantidades equivalentes para los cannabinoles sintéticos cuando estos lleguen a estar ampliamente disponibles. Si se adoptara la política de sentencias sugerida en el párrafo anterior, habría menos trabajo para

la policía, pues solo un pequeño número de casos (11 % en 1967) se hallará en posesión de más de 30 gramos.

(b) Convengo en que la introducción de una fórmula cuantitativa podría tener un efecto sobre el tráfico: tenderá a hacerlo más difícil. En tales circunstancias, los consumidores de cannabis desearían comprar al proveedor en pequeñas cantidades. Para vender la misma cantidad, el proveedor tendría que realizar más ventas; en consecuencia, estaría más a menudo en riesgo y, por tanto, más expuesto a ser atrapado por la policía. Hemos sabido que una parte sustancial del contrabando de cannabis es en pequeñas cantidades (párrafo 37) y no es explotada en medida significativa por criminales profesionales (párrafo 38). Cuando grandes importaciones ilegales eluden la Aduana, tienen que ser fragmentadas y vendidas en pequeñas cantidades. Si se introdujera una fórmula cuantitativa, el cannabis tendría que distribuirse en cantidades aún menores: haría el tráfico de cannabis, no más, sino menos atractivo para los llamados «criminales profesionales». El beneficio que puede obtenerse con 30 gramos de cannabis no basta para atraer a delincuentes de gran escala.

7. De las 2.419 personas condenadas por posesión de menos de 30 gramos de cannabis en 1967, solo 191 (menos del 8%) tenían condenas anteriores por delitos de drogas. Esto puede sugerir que la mayoría de los delincuentes primerizos abandonan el cannabis tras una condena por posesión; una explicación más probable es que las condenas solo reflejan una proporción muy pequeña del número total de consumidores de cannabis y que la detección es en su mayor parte cuestión de azar.

8. Convengo con las opiniones expresadas en el párrafo 90. Si el objetivo es llegar a una situación en la que sea sumamente improbable que alguien vaya a prisión por un delito que implique posesión para uso personal, entonces creo que mis sugerencias tienen más probabilidades de lograrlo que las opiniones expresadas en este informe, que bien pueden quedar olvidadas para cuando las recomendaciones se conviertan en leyes del Parlamento.

Convengo también con la recomendación (en el párrafo 90) de que la situación sea revisada en el curso de los próximos tres años. Si se produce alguna prueba que demuestre que el cannabis es socialmente nocivo o perturbador, entonces las penas pueden aumentarse. Un ejemplo reciente (la sección 7 de la Dangerous Drugs Act de 1967, en la que las penas se aumentaron de dos a diez años) sugiere que por lo general puede encontrarse tiempo para un proyecto de ley que aumente las penas, pero como cuestión de política práctica, cualquier reforma de la ley que implique reducir las penas lleva más tiempo.

Reservas al párrafo 95

9. Convengo con el párrafo 94, en el que se recomienda que la sección 5 de la Dangerous Drugs Act de 1965 sea derogada en relación con locales a los que el público no tiene acceso. Convengo en que siga siendo delito que los ocupantes de locales abiertos al público «permitan» que los locales se utilicen para fumar o traficar con cannabis, y que los gerentes permitan que los locales públicos se utilicen para estos fines. Sugiero que el conocimiento sea un elemento constitutivo del delito y, a diferencia de mis colegas, recomiendo que la carga de la prueba recaiga sobre la acusación para demostrar que los ocupantes o gerentes sabían que se estaba consumiendo o vendiendo cannabis en estos locales públicos.

Reservas al párrafo 97

10. Convengo con mis colegas en que, si el cannabis quedara excluido de la Dangerous Drugs Act de 1965, habría que reabrir la cuestión de si deben mantenerse las facultades policiales de registro y detención sin orden judicial. Convengo en que es difícil considerar estas facultades policiales en relación con el cannabis únicamente, pero como estamos recomendando una nueva legislación que trate por separado el cannabis, es nuestro deber hacer alguna recomendación. Sin duda hay ocasiones en que la policía busca una droga y encuentra otra. Pero hay otras ocasiones en que los motivos razonables de sospecha se refieren únicamente al presunto consumo de cannabis.

En consecuencia, creo necesario declarar que las actuales y amplias facultades policiales de registro y detención no son necesarias, ya que to-

dos convenimos en que tomar cannabis con moderación es un delito relativamente menor (párrafo 87).

11. En mi opinión, las facultades de registro son ya demasiado amplias. La sección 6 de la Dangerous Drugs Act de 1967 otorga a la policía la facultad de detener y registrar sin orden judicial a cualquier persona de la que se sospeche razonablemente que está en posesión ilegal de drogas. Los peligros de estas nuevas facultades son inmensos, pues solo la palabra subjetiva «razonablemente» impide que los excesivamente celosos detengan y registren a cualquiera por cualquier cosa, en cualquier lugar. Los jóvenes, en especial, ya están siendo sometidos a registros indiscriminados cuando no existen motivos de sospecha razonable. Se había inducido al Parlamento a suponer que el propósito de la Dangerous Drugs Act de 1967 era ocuparse de drogas como la heroína, pero ahora se realizan registros a gran escala de cannabis en virtud de la sección 6 de esta ley. Esta sección se introdujo como enmienda tardía y fue aceptada por una Cámara de los Comunes desprevenida casi sin discusión. Debería ser derogada.

Reservas al párrafo 101

12. Los once párrafos anteriores exponen las razones de mi disentimiento respecto de los puntos (7), (9) y (10) del párrafo 101. Convengo con los puntos (1) a (6) y (8), (11) y

Una revisión de la literatura clínica internacional por Sir Aubrey Lewis, profesor emérito de Psiquiatría de la Universidad de Londres

Intoxicación aguda

Efectos físicos

Los efectos físicos de la intoxicación por cannabis son aumento del pulso y de la presión arterial, pupilas dilatadas y perezosas, vasos conjuntivales inyectados, temblor de lengua y boca, extremidades frías, respiración rápida y superficial, ataxia y reflejos profundos activos. La gravedad de los síntomas depende no solo de la dosis y de la preparación, sino del individuo. Una joven inglesa fumó en una ocasión dos tercios de un cigarrillo de hachís casero que no había afectado a su marido;

desarrolló de inmediato una grosera descoordinación de las manos, as-tasia, pulso rápido y disnea. En soldados que tomaron cannabis se ha informado de una pérdida temporal de la conciencia con pulso lento e irregular y presión arterial baja. Otros han descrito vértigo y vómitos, y se dice que se ha producido la muerte por insuficiencia cardíaca o distensión intestinal tras una ingestión excesiva y desmesurada. Pero la alteración física grave es rara. Un efecto inicial común de fumar la droga es una tos intensa o una sensación de ardor en la garganta y el pecho.

Efectos psicológicos

Los efectos psicológicos de la intoxicación aguda fueron descritos por primera vez en detalle por Moreau de Tours: euforia; excitación; asociaciones perturbadas; cambios en la apreciación del tiempo y del espacio; aumento de la sensibilidad auditiva con elaboración de frases o melodías simples; ideas fijas; conmoción emocional; e ilusiones y alucinaciones.

La sugestionabilidad aumenta mucho (se supone que el asesinato del general Kleber fue llevado a cabo por un fanático cuya exaltada sugestionabilidad bajo el cannabis lo convirtió en un dócil instrumento).

No hay efectos afrodisíacos, a pesar de la creencia popular generalizada. Las fantasías eróticas pueden estar muy a la vista, pero no conducen a la acción.

Hay mucha variación individual en los efectos psicológicos. Quizá debido a diferencias étnicas y sociales y a los efectos de las distintas preparaciones de la droga, en los artículos publicados se encuentran relatos muy divergentes.

Lord Todd lo expresó con concisión: «Dar una imagen exacta de los efectos del hachís es extremadamente difícil, en parte porque son más subjetivos que objetivos y porque la variación individual en la respuesta es probablemente mayor con esta que con cualquier otra droga... Entre los efectos registrados más comunes están la sensación de bienestar alternando con depresión, la distorsión del tiempo y del espacio, y la doble conciencia. Objetivamente hay un período de excitación y exaltación, seguido a menudo de sueño o coma»³.

Algunos sujetos sienten ansiedad aguda en cuanto la droga hace efecto; otros se sienten complacidos, divertidos, exaltados, aunque pueden ser conscientes de que sus procesos de pensamiento están algo desordenados, su memoria deteriorada y su autocontrol disminuido. Las fases de anormalidad pueden llegar en oleadas, anunciadas por súbitos dolores de cabeza violentos. El estado emocional no concuerda con la situación del sujeto y, a medida que la intoxicación disminuye, los sujetos se sienten en su mayoría apáticos y deprimidos. Durante la fase aguda de la intoxicación, pueden haberse vuelto suspicaces y temer que vayan a quedar permanentemente locos, o que sus amigos estén tratando de encontrar motivos para encerrarlos en un hospital psiquiátrico. Casi invariablemente se informa de fenómenos visuales característicos; no son verdaderas alucinaciones, sino falsificación ilusoria, muy elaborada por algunos sujetos. La percepción del propio cuerpo se ve comúnmente interferida, y puede producirse una despersonalización franca. Con dosis pequeñas de cannabis el efecto puede ser enteramente subjetivo, leve y gratificante.

Los primeros signos de intoxicación, que aparecen unas tres horas después de consumir la droga por vía oral, pueden ser náuseas o vómitos, con movimientos groseros y locuacidad.

Los trastornos del pensamiento pueden ser manifiestos o detectables mediante un examen minucioso. Las personas intoxicadas pueden ser incapaces de retener más de una sola frase, de modo que la conversación es inconexa y puede resultar ininteligible; una comunicación que se ha oído y comprendido puede perderse en unos segundos; en medio de una conversación animada, el habla puede detenerse abruptamente y la observación pretendida se pierde sin remedio. La alteración de la memoria puede ser grave en una persona y desdeñable en otra. La cronología varía según el modo de consumo. Tras fumar resina de hachís, la ansiedad aguda y la inquietud pueden aparecer en aproximadamente media hora; luego sobrevienen sensaciones calmas y placenteras con imágenes visuales; y en una o dos horas el sujeto se vuelve soñoliento; cuando despierta del sueño subsiguiente puede ser capaz de recordar detalles de la intoxicación. Si, en cambio, ha tomado el cannabis en forma de

polvo, pueden pasar de tres a seis horas para que aparezca la somnolencia.

En los europeos, aunque el orden de los acontecimientos puede variar mucho, una secuencia típica es euforia con inquietud; luego confusión, percepción visual y auditiva perturbada; luego un estado de ensueño; y finalmente depresión y sueño. Al despertar de este sueño, puede haber entumecimiento, disartria y cierta amnesia.

Muchos marroquíes, bajo la influencia de la droga, se vuelven alegres o relajados, aunque no es raro que la ira se exprese en algún acto de violencia. Según un observador, valoran el cannabis porque los libera temporalmente de las restricciones morales y culturales sobre la conducta. En contraste con el torpor descrito en algunos sujetos, los marroquíes pueden sentir que pueden hacer cosas difíciles con facilidad, y pueden saltar y bailar. Hesnard, un psiquiatra que ha observado a adictos turcos y sirios al cáñamo, los describió como incoherentes en el habla pero autoobservadores; habladores, exuberantes, gesticulantes y corriendo de aquí para allá, pero incapaces de trabajo mental y agitados. La risa ruidosa puede ir acompañada incongruentemente de tristeza. A veces se produce una intensa despersonalización.

Tienen deseos eróticos que no traducen en comportamiento erótico. En Brasil, según Wolff y otros psiquiatras brasileños, el cuadro es diferente del descrito en otros lugares; se alega que tienen lugar orgías sexuales.

Las discrepancias en los relatos publicados sobre la intoxicación aguda pueden explicarse, en parte, no solo por la constitución individual y el efecto de los adulterantes, sino también por diferencias en la dosis. Los consumidores experimentados de hachís han aprendido por lo general a regular la dosis de cualquier preparación que usen, de modo que los efectos desagradables sean mínimos.

Rasgos psicóticos

Entre los síntomas de la intoxicación aguda se describen alteraciones mentales graves que pueden llamarse propiamente psicóticas. Suelen ser el resultado de tomar una dosis bastante grande de la droga; y el cuadro clínico es el de una psicosis *éxógena* grave: delirio con confusión,

desorientación, terror o ira, y amnesia subsiguiente sobre lo que ocurrió durante el período de intoxicación. Aunque se describen con mayor frecuencia en países donde se recurre ampliamente al cannabis, también se informan casos llamativos en europeos.

Dentro de este cuadro agudo, los rasgos psicóticos más frecuentes son: ideas delirantes de persecución o de estar controlado; delirios de poseer capacidades preternaturales; fuertes inclinaciones al suicidio que no se llevan a la acción a menos que se asocien con el pánico; e irritabilidad. Se han observado la flexibilidad cética y otros rasgos catatónicos, aunque con poca frecuencia.

El impulso al suicidio puede ser muy fuerte; un médico que tomó cuarenta gotas de tintura de Cannabis indica desarrolló al principio una gran ansiedad y miedo a la muerte, y luego: «me vi poseído por un deseo casi irresistible de suicidarme arrojándome al canal contiguo o cortándome la garganta con los cuchillos que había sobre la mesa cercana, aunque no hice intento alguno de hacerlo. Poco después fui presa de accesos de risa y llanto alternos, sin causa aparente.

Cuando los síntomas remitían, mi apetito se volvió voraz, acompañado de una gran sed... No experimenté ninguna embriaguez placentera ni sensación de felicidad, sino todo lo contrario».

Existe un agudo contraste entre el estado extático y relajado que se describe en muchos informes y la actividad inquieta que ocasionalmente se observa (junto con exaltación, irritabilidad, exceso emocional, ruidosidad e incluso violencia temeraria) en algunos sujetos, especialmente en el Punjab o en el Brasil. Evidentemente, las dosis grandes producen efectos anómalos, rara vez vistos en personas mentalmente estables o en quienes han aprendido a regular su consumo para que resulte placentero. Un ejemplo de cómo el exceso puede afectar al individuo lo proporciona un joven francés de veinte años que fumó cinco cigarrillos de hashís seguidos. Se puso muy agitado e inquieto, recorrió París a toda prisa y finalmente, catorce horas después de haber tomado la droga, se presentó en una comisaría para entregarse por haber asesinado a su padrastro (una idea delirante por completo infundada). La duración de la

intoxicación psicótica fue en su caso mayor de lo habitual; por regla general, el estado remite en tres a seis horas.

Los estudios psicológicos exactos de los efectos del cannabis han adolecido de la limitación de haberse realizado bien sobre sujetos muy seleccionados —presos y toxicómanos—, bien sobre muestras muy pequeñas, a veces de solo dos o tres personas. Los hallazgos principales han sido que las funciones simples, como la velocidad de golpeteo y el tiempo de reacción, resultaban muy poco afectadas por dosis moderadas de cannabis, pero que la estabilidad de los movimientos de la mano y el tiempo de reacción complejo se veían adversamente afectados, produciéndose el cambio máximo unas cuatro horas después de la ingestión.

En las tareas intelectuales se deterioraban la velocidad y la exactitud, en grado dependiente de la dosis. Sorprendentemente, la capacidad de estimar breves períodos de tiempo no disminuyó en un estudio norteamericano, pero los sujetos eran adictos crónicos; mientras que en un experimento realizado por dos psiquiatras el uno sobre el otro, en condiciones de laboratorio, los intervalos de tiempo fueron sobreestimados. Dos psiquiatras alemanes

examinaron a treinta sujetos normales y hallaron tres tipos de trastorno intelectual —incapacidad para fundir los detalles en un todo; reducción del almacenamiento mnésico; y bloqueo—; estas observaciones se hicieron, sin embargo, después de haberse administrado la droga en forma de cannabinoles 0-1 g.

Efecto sobre personas ya psicóticas

En la década de 1930 se llevaron a cabo experimentos con pacientes esquizofrénicos y depresivos en hospitales psiquiátricos para ver qué les hacía el cannabis y hasta qué punto las drogas, supuestamente psicotomiméticas, intensificaban los síntomas psicóticos.

Los hallazgos no fueron uniformes. La afectividad se alteraba, pero de modos y en grados distintos; algunos esquizofrénicos se volvían eufóricos e hiperactivos, otros se volvían catatónicos; sorprendentemente, solo dos tercios de los esquizofrénicos desarrollaron alucinaciones. Algunos de los sujetos depresivos se volvieron eufóricos, otros pasaron a

un estupor depresivo. El autismo se intensificó en algunos esquizofrénicos y se revivieron síntomas que previamente habían remitido. Los pacientes esquizofrénicos mostraron menos cambios en la percepción del tiempo y del espacio que los sujetos normales bajo la influencia de la droga. Los actos impulsivos eran más propensos a ocurrir en los sujetos esquizofrénicos que en los consumidores normales de cannabis.

Causas

Iniciación: el marco social

La mayoría de quienes toman cannabis en cualquier sociedad han sido introducidos en el hábito por un conocido. La cantidad de presión varía de país a país —cuanto más común es el hábito, más pronta la aquiescencia— y de grupo a grupo. En Egipto (donde las penas son severas e incluyen la pena capital para el tráfico), el hábito está, sin embargo, muy extendido; y, como mostró una investigación reciente sobre 253 hombres que habían usado hachís al menos una vez al mes durante el año anterior, la conformidad con las costumbres del grupo emerge como un factor poderoso, especialmente entre quienes han sido llevados a esperar de él una experiencia beatífica y una estimulación sexual. Tomarlo es un asunto de convivialidad; cuatro a seis amigos se reúnen por la noche, fuman y mantienen una conversación ligera. De modo similar, un informe norteamericano confirmó la opinión de que la marihuana es un intoxicante de uso social, rara vez tomado en soledad. Quienes han estudiado a estudiantes universitarios norteamericanos que fuman marihuana concluyen que lo hacen porque están alienados de los valores de la sociedad adulta, que los expone a demandas contradictorias; mediante este hábito pueden mortificar a sus padres y desafiar a las autoridades.

Esta es una interpretación especulativa de sus motivos.

La descripción más completa disponible de las condiciones sociales que fomentan el hábito de la marihuana procede de Oakland, California. Contrapesa, y quizá corrige, las pintorescas y alarmantes observaciones hechas sobre grupos más degradados, psicopáticos, criminales o menesterosos y desnutridos. Los investigadores obtuvieron la confianza de los jóvenes, en su mayoría negros y mexicanos, proporcionándoles comodi-

dades de club, sin condiciones. Estaban firmemente convencidos, sobre la base de su propia experiencia, de que el uso de drogas como la marihuana produce un placer inocuo y una mayor convivialidad, no conduce a la violencia ni a la locura, puede regularse, no lleva a la adicción y es menos dañino que el alcohol. No les interesaba que se les ayudara a abstenerse de la marihuana, y citaron caso tras caso de

individuos conocidos por ellos que no habían sufrido deterioro en su salud, rendimiento escolar, atletismo o carrera como resultado de su hábito de fumar marihuana.

Los muchachos que tomaban la droga en exceso eran considerados por los demás como de personalidad débil.

Hay varios patrones de uso y de usuarios entre estos jóvenes. Ellos mismos reconocen cuatro tipos, para los que tienen nombres de argot. El «rowdy dude» quiere impresionar y asustar a los demás y tiene dificultades para conseguir marihuana de otros jóvenes porque es imprudente e irresponsable y temen que los meta en problemas con la policía; está sujeto a presiones que lo dirigen hacia convertirse en criminal o en adicto a los opiáceos. El «rowdy dude» puede sentar cabeza cuando deja de tomar alcohol o de esnifar pegamento y empieza a tomar marihuana en su lugar. En ese caso se convierte en un «pot head» que se limita a fumar marihuana, o en un «mellow dude» que usa anfetaminas o barbitúricos o metedrina además de marihuana. Tanto los «pot heads» como los «mellow dudes» valoran el sang-froid. Se creen inteligentes, audaces, de cabeza fría, dignos de respeto, y no recurren a la violencia; permanecen en la escuela o en el trabajo y practican atletismo. Fumarán marihuana tres o cuatro veces al día, especialmente si van a una fiesta; creen que les ayuda a superar su timidez para acercarse a las chicas y aumenta el placer del coito. El cuarto tipo es el «player», un joven mayor que vende drogas y se convierte en criminal violento o en proxeneta o perista; puede pasarse a la heroína, pero en general se guardará de cualquier droga que pueda reducir su estado de alerta.

La iniciación en el fumar marihuana en este grupo suele efectuarse mediante el deseo de emular a muchachos mayores. Los investigadores de Oakland rechazan firmemente la suposición habitual de que quienes

adoptan el hábito están influidos principalmente por perturbaciones emocionales y tensiones sociales. Sus observaciones no apoyan la explicación que considera el uso de marihuana como un esfuerzo por escapar de la realidad o por desahogar un odio subyacente contra la sociedad organizada. Concluyen que «la inducción al uso de drogas es una experiencia en desarrollo que depende del acceso a las drogas, de la aceptación por parte de los compañeros consumidores y de los tipos de imagen que los jóvenes tienen de las drogas». Lejos de retirarse de la realidad, se sostiene que los consumidores de marihuana hacen un esfuerzo positivo por estar en la corriente principal. Los investigadores rechazan igualmente la noción de una progresión constante de la marihuana al crimen y a la adicción a los opiáceos.

Puede ocurrir, como indican los cuatro tipos, pero la mayoría de los usuarios se apartan de esos derroteros. Muchos de los jóvenes de Oakland habían experimentado con heroína, pero solo cuatro se habían vuelto adictos.

La conclusión sumaria de los observadores de Oakland es inequívoca: «El uso juvenil de drogas en Oakland es una práctica apreciablemente extensa y profundamente arraigada, alojada principalmente en los estratos inferiores pero que actualmente se expande hacia los estratos medio y alto. Está entretejida en el ciclo de la vida adolescente como práctica colectiva... y está apuntalada por un cuerpo de creencias y convicciones justificatorias, implica un repertorio de conocimientos prácticos e incorpora un cuerpo de precauciones y protecciones contra la aprehensión o el arresto. El uso de drogas constituye para los usuarios una forma de vida natural y no representa un fenómeno patológico».

La edad a la que comenzaba el uso de la droga, según prácticamente todos los estudios informados, era la adolescencia, aunque los niños a veces habían comenzado antes de la pubertad. En un grupo de soldados negros norteamericanos que habían sido ingresados en el hospital a causa de su consumo de cannabis y de sus efectos nocivos, el 13 % dijo haber comenzado

a hacerlo antes de la adolescencia y dos tercios habían comenzado antes de los diecisiete años.

La mayoría de los usuarios, aparte de los estudiantes universitarios, pertenecían al proletariado urbano. En Nigeria, donde el hábito solo recientemente se ha desarrollado a gran escala, las personas más afectadas habían emigrado a la ciudad y viven al margen de la sociedad organizada. Otros que lo toman son los camioneros de larga distancia, que creen que aumenta su resistencia y su coraje, permitiéndoles correr riesgos temerarios: entre veintiséis pacientes consumidores de cannabis ingresados en el Hospital Aro de Abeokuta, ocho eran camioneros o taxistas. En el norte de África, la población rural también está afectada, pero mucho menos que los trabajadores industriales y los desempleados, a menudo desnutridos. Durante el Ramadán aumenta el número de consumidores de cannabis que han de ser ingresados en el hospital psiquiátrico.

Entre los consumidores de cannabis del Alto Egipto, que son predominantemente rurales, hay una proporción mayor de personas con ingresos medios o superiores que entre los de El Cairo. En varios países asiáticos los acomodados fuman o consumen de otro modo su cannabis en privado y con moderación; no entran en las estadísticas ni sirven para atenuar la descripción publicada de los efectos groseros del cannabis.

En Marruecos y Nigeria y algunos otros países africanos, el consumo de cannabis no es un coto exclusivamente masculino, aunque las mujeres que lo hacen son muchas menos que los hombres. En Sudáfrica fueron condenados por posesión de cannabis 10.044 africanos varones y 632 mujeres; para los europeos, las cifras correspondientes fueron respectivamente 151 varones y 4 mujeres.

No hay pruebas convincentes de que, en igualdad de las demás circunstancias, los nacionales de un país determinado sean más propensos a tomar cannabis que, digamos, los ingleses o los birmanos. En los informes norteamericanos, especialmente los basados en la experiencia militar, los negros y los puertorriqueños ocupan el primer plano, pero esto se explica adecuadamente en términos de su trasfondo psicológico, económico y cívico.

Es imposible en la actualidad desenredar los factores psicológicos, climáticos, sociales y religiosos que pueden determinar el alcance y el estilo del consumo de cannabis.

Las afirmaciones seguras sobre una u otra influencia de este tipo se basan en impresiones y conjeturas. Hay generalizaciones tajantes (como que los musulmanes usan cannabis porque tienen prohibido el alcohol, mientras que los hindúes prefieren el opio) y relatos detallados de las extraordinariamente diversas formas en que la droga se prepara y se consume en distintos países. Se invocan vagamente factores étnicos, pero nunca con pruebas adecuadas. Se ha afirmado, por ejemplo, por un psiquiatra que había tenido una amplia experiencia en Argelia, que el hachís conviene al temperamento soñador y contemplativo del musulmán, y el alcohol al occidental hiperactivo. Otra autoridad, bien familiarizada con la situación marroquí, dice que los habitantes de ese país son imaginativos y emotivos y que obtienen alivio mediante la droga cuando se hallan en apuros. Un psiquiatra alemán que había pasado dos años en Marruecos informó este año que la conducta impulsiva bajo el hachís puede atribuirse a «la mentalidad marroquí», que también es «propensa a los estados de trance». Otro, con larga experiencia egipcia, atribuye el crecimiento de la práctica allí a la dominación extranjera, la prohibición del alcohol y los tribunales especiales para extranjeros que hicieron fácil y seguro el tráfico ilícito. Un médico brasileño sostiene que los habitantes de las tierras bajas necesitan el cannabis, mientras que quienes viven y trabajan en los altos plateaus de los Andes necesitan la hoja de coca para sostenerse en medio de las extremas penalidades de sus vidas.

Aparte de los brasileños y de los adeptos del culto Ras Tafari en Jamaica, no se ha informado de una asociación directa con las religiones contemporáneas; el papel continuo del cannabis en la medicina ayurvédica y unani no puede considerarse de naturaleza religiosa.

Actitudes generales

La actitud del público general hacia el cannabis no es constante, ni se halla uniformemente extendida entre las distintas secciones de la sociedad. En la India, y particularmente en Bengala, el consumo de la droga no se mira con desaprobación, según la mayoría de los observadores. Hace sesenta o setenta años, sin embargo, la mayor parte de la población despreciaba a los consumidores de droga, en gran medida por la clase degradada de la que provenían; pero el consumo de la droga por

los sadhus, que en muchos casos estaban profundamente entregados al hábito, se veía con tolerancia. También se ha informado que la actitud pública en México es tolerante. No existe información satisfactoria sobre la actitud de las diversas secciones de la sociedad occidental; la inferencia a partir de los periódicos tiende a ser inconsistente.

Personalidad

Si determinados rasgos de la personalidad conducen o en qué medida conducen al establecimiento del hábito del cannabis es una cuestión muy discutida, tanto como en el caso del alcohol. En un extremo están quienes (como P. O. Wolff al informar sobre los campesinos de Brasil) niegan que exista predisposición alguna, y en el otro extremo quienes consideran los defectos de la personalidad como prepotentes —no solo para provocar la habituación, sino también para determinar la forma del trastorno psicológico producido—. Dado que las estimaciones de la personalidad se hacen en casi todos los casos retrospectivamente sobre personas de las que se sabe que son consumidoras de cannabis, hay mucha incertidumbre sobre si los rasgos descritos fueron consecuencias del hábito o lo precedieron y favorecieron su desarrollo. Las cualidades temperamentales citadas con más frecuencia como predisponentes son la ansiedad y la impulsividad, la timidez combinada con un anhelo de contactos sociales, la inmadurez y la inestabilidad emocional, y diversos rasgos neuróticos y psicopáticos. Son claramente inespecíficos.

Dos psiquiatras estadounidenses que estudiaron un grupo hospitalario de consumidores de cannabis concluyeron que «el patrón de personalidad de estos hombres es el de fuertes deseos libidinosos resultantes de un conflicto familiar temprano, un yo débil que se identifica con una imagen paterna indeseable, y un superyó creado por la madre moral.... El uso de marihuana elimina el superyó, lo que, a su vez, fortalece el yo y le permite satisfacer los deseos libidinosos en diversos niveles de conducta infantil».

Otro autor, menos recóndito en lo psicoanalítico, ha encontrado que las tendencias homosexuales están en juego entre los hombres que consumen cannabis en exceso. Una respetable opinión sostiene que, aunque no hay duda de que pueden encontrarse defectos de carácter en aquellos

consumidores crónicos que llegan al hospital o a la prisión, la mayoría de los consumidores moderados se hallan dentro del rango normal de personalidad. Esto contrasta marcadamente con informes como el relativo a los soldados estadounidenses fumadores de marihuana en la Zona del Canal de Panamá, que encontró que el 85 % de los hombres eran mentalmente anormales —el 62 % fueron clasificados como psicópatas constitucionales y el 23 % como débiles mentales—.

Prevalencia

Hay diferencias notoriamente grandes entre países en la prevalencia del consumo de cannabis, pero no existen estimaciones fiables. Las conjeturas se basan en las cantidades de droga incautadas por la policía, el número de condenas y la proporción de personas en hospitales mentales que admiten haberla consumido. Las cifras así obtenidas son muy altas para algunos países. Así, la evaluación más reciente para Egipto es que 27.000 kilogramos de hachís fueron introducidos de contrabando en el país, para ser consumidos por unos 80.000 habituados (de una población total de jóvenes varones de unos tres millones de personas). Se calculan cifras brutas para Marruecos (50 % de la población —«un millón de habituados»—) y para algunos otros países.

Es difícil considerar estas cifras como algo más que conjeturas.

La misma incertidumbre vale para las estimaciones actuales en Norteamérica y en Europa. Una reciente declaración cautelosa, basada en las condenas del Reino Unido por posesión o uso de cannabis, llegó a una cifra de 30 consumidores habituales por cada 100.000 habitantes, y otros tantos que lo han probado unas pocas veces.

El interés se ha centrado en los estudiantes universitarios. En una muestra de estudiantes de Londres, se ha dicho que el 4 % son consumidores constantes y el 10 % consumidores ocasionales; debido a las penalizaciones, las fluctuaciones de opinión y otros obstáculos en el camino de una encuesta fiable, tal hallazgo no puede generalizarse. Se ha afirmado razonablemente que la cantidad de adicción a una droga en una población dada es un compuesto de disponibilidad, precio, códigos legales, sugestión, actitudes culturales, necesidades psicológicas y factores

socioeconómicos; el producto de influencias tan mixtas difícilmente podría ser invariable. En un cuestionario al que respondieron 1.245 estudiantes del Brooklyn College, Nueva York, se puso de manifiesto que la progresión a otras drogas ocurría muy raramente, aunque tres cuartas partes de los estudiantes habían experimentado con marihuana en un momento u otro. Un tercio lo había hecho en una sola ocasión.

Efectos adversos del abuso

Efectos sociales aparte del crimen y la psicosis

Los observadores con larga experiencia coinciden en la opinión de que el uso excesivo continuado de cannabis durante un período de años conduce a la decadencia moral y social; los países de los que proceden tales informes son Sudáfrica, Marruecos, Argelia, Túnez, Siria, Turquía, Astracán y la India. En algunos informes, tales conclusiones se extienden para abarcar el uso crónico de la droga en dosis solo moderadas, pero la mayoría de los observadores distingue entre dosis elevadas y uso moderado; el uso moderado se considera ampliamente inocuo en sus efectos, siempre que el consumidor tuviera, desde el principio, una constitución mental sana. Al definir la constitución mental sana, el razonamiento circular tiende a colarse.

El Comité sobre Marihuana del Alcalde de Nueva York encontró que las personas que habían estado fumando marihuana a diario durante años no mostraban un funcionamiento psicológico anormal que las diferenciara de los no consumidores. Sin embargo, la población seleccionada para el estudio estaba compuesta principalmente por hombres en prisión que se habían ofrecido voluntarios para el estudio; difícilmente eran una muestra representativa de consumidores y no consumidores. La Comisión del Cáñamo de la India de 1894 informó, tras una elaborada investigación, que el uso moderado no produce efectos perjudiciales excepto en personas con diátesis neurótica, pero que el uso excesivo puede intensificar la inestabilidad mental y la debilidad moral, y conducir a la pérdida del respeto de sí mismo.

La degradación que la mayoría de los escritores informan en el consumidor crónico excesivo de cannabis se manifiesta de varias maneras. Es

irritable e impulsivo, o inerte y soñador; se descuida groseramente y es incapaz de esfuerzo sostenido; puede convertirse en mendigo o vagabundo, sin asumir responsabilidad alguna por su familia; puede practicar la homosexualidad u otras anormalidades sexuales o volverse impotente; puede ser hipocondríaco o apático. Su aspecto desaliñado y prematuramente envejecido, los ojos inflamados, el temblor y la desnutrición se dice que componen un cuadro bastante característico.

Efecto sobre la capacidad laboral

Debido a su juicio deteriorado, especialmente de las relaciones espaciales, y a su irresponsabilidad, el consumidor crónico —así como la persona agudamente intoxicada— es peligroso cuando conduce un automóvil o un camión; esto se ha informado particularmente desde países africanos. Pero el historial ocupacional general de los consumidores crónicos no es invariablemente malo, y nadie ha logrado determinar cuántos consumidores continuos se vuelven incapaces de trabajar regularmente. Bouquet y otros han señalado que hay algunos hombres que han estado fumando cáñamo durante treinta o más años y siguen desempeñando sus ocupaciones satisfactoriamente: «Unas pocas pipas diarias de kif son meramente una debilidad agradable, suficiente para producir el estado de bienestar que desean. Se contentan con eso». En contraste, una declaración en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, E/CN/7/L.91, afirmó que «el estudio pone de manifiesto inequívocamente el peligro del cannabis desde todos los puntos de vista, ya sea físico, mental, social o criminológico».

Crimen

Las declaraciones publicadas sobre la asociación entre el crimen y el cannabis ilustran el punto de vista confuso y contradictorio adoptado por los expertos, y el razonamiento laxo evidente cuando se considera un nexos causal.

Tomando primero las opiniones de quienes creen que el cannabis puede provocar conducta criminal, se presentan algunas conclusiones intransigentes, p. ej.

«los estudios de la literatura y los contactos personales han demostrado claramente la asociación entre el uso de marihuana y la comisión de diversos crímenes».

Varios describen arrebatos de consumidores crónicos, en los que se agitan violentamente y, apoderándose de algún arma a mano, atacan a una persona cercana, a menudo sin el más mínimo motivo de hostilidad: «los asesinatos son frecuentes y sin motivo». Un investigador griego indagó en la historia posterior de 170 personas que fueron arrestadas por posesión de cannabis entre 1919 y 1950 pero que no habían comparecido previamente ante un tribunal por delito alguno; encontró que 117 de ellas fueron posteriormente condenadas por crímenes de violencia, chantaje y delitos graves similares. P. O. Wolff escribió en 1949 que la droga había dado lugar a «un porcentaje verdaderamente espantoso de las tragedias y crímenes de la sociedad cubana», y describió consecuencias similares en Brasil.

Una de las autoridades francesas más destacadas sobre el cannabis relata la secuencia de acontecimientos que ha observado a menudo en las víctimas de la intoxicación crónica: pasan a un estado de torpor en algún lugar apartado; luego, abruptamente, se agitan y la más leve oposición los mueve ahora a la violencia y quizá a crímenes sexuales (especialmente si combinan otras drogas con su cannabis). Un investigador marroquí también hace hincapié en la falta de motivo adecuado o premeditación en el arrebato de violencia persistente, a menudo homicida; el incendio provocado es bastante común; los ataques impulsivos pueden ser en varios aspectos como los de un epiléptico, ocurriendo en un estado de conciencia perturbada. Crímenes menores, como el robo y el proxenetismo, son comunes pero no parecen haber evocado en los observadores el fuerte sentimiento indicado por epítetos como «atroz», «salvaje», que se aplican a los arrebatos de violencia. El «running amuck» es considerado por algunos como una manifestación del cannabisismo crónico.

Frente a estos partidarios de la opinión de que el cannabis causa criminalidad, se hallan los escritores casi igualmente numerosos y autorizados que niegan toda conexión causal directa, aunque no discuten la frecuente concomitancia del cannabis y el delito. Las investigaciones más

influyentes y, en algunos aspectos, más exhaustivas fueron las realizadas por la Comisión del Cáñamo de la India en 1894 y el Comité del Alcalde de Nueva York en 1944. La primera concluyó que «la conexión entre los preparados de cáñamo y la criminalidad ordinaria es en verdad muy escasa», pero que el uso excesivo sí hace violento al consumidor en algunos casos muy raros; la Comisión preguntó a seiscientos testigos si conocían casos de furia homicida, y muy pocos los conocían. Una mayoría considerable de los testigos no consideraba que los preparados produjeran delitos violentos sin premeditación, y algunos dijeron (como otros escritores han dicho después) que existe una relación negativa, porque el cannabis vuelve por regla general quietos a los hombres. El Comité del Alcalde informó en un sentido similar; muchos criminales podían usar el preparado, pero no era el factor determinante en la comisión de delitos graves.

Ocho observadores en el Brasil informaron en 1962 que una investigación exhaustiva que habían realizado en las cárceles y hospitales no había producido prueba alguna de que el cannabis sea una causa importante de criminalidad. Esta conclusión contrasta vivamente con las observaciones de Pablo Wolff en el mismo país.

Conclusiones negativas similares sobre la causación de delitos en los consumidores de cannabis proceden de Vancouver; de las fuerzas armadas estadounidenses en el extranjero; de Nueva York y California, y de Nigeria. El psiquiatra nigeriano (Asuni), que examinó una serie de consumidores de cannabis, no halló entre ellos ningún delito grave, salvo en un hombre esquizofrénico y en otro encarcelado por conducción temeraria. Sus hallazgos generales concuerdan con la opinión contemporánea moderada, a saber: que existe una predisposición antecedente hacia la conducta psicopática o criminal en aquellos consumidores de cannabis que sí cometen delitos, y que el cannabis a menudo no hace sino revelar o intensificar tendencias anormales; y que las circunstancias derivadas del consumo de cannabis pueden haber fomentado la conducta criminal; «las personas entregadas a fumar cannabis... tienden a ser empujadas a la clandestinidad. En esta situación se intensifica su sentimiento de aislamiento respecto del cuerpo principal de la sociedad. Su sentido de los valores cambia también al de su nueva subcultura, y este

nuevo sentido de los valores puede ser en general asocial o antisocial». El Director Médico del Centro de Narcóticos de Lexington describió en 1947 la misma progresión descendente: «Difícil sería que una personalidad normal pasara por tales experiencias sin daño; para el tipo de personalidad que parece ser el trasfondo de la adicción, pueden causar distorsiones irreversibles». Desgraciadamente, el tipo de personalidad que predispone al consumo de cannabis no ha sido descrito ni identificado hasta ahora de manera convincente.

Las razones probables de que haya una contradicción flagrante entre los hallazgos de distintos observadores son: que los criminales de algunos países basan su defensa en una supuesta intoxicación por cannabis que provocó una conducta que no recuerdan y de la que no pueden considerarse plenamente responsables (del mismo modo que la epilepsia se alega a menudo en nuestros tribunales como defensa en delitos violentos); que muchos de los que usan cannabis en diversos países lo combinan con opio, heroína, anfetamina, barbitúrico o alcohol, y es imposible decir cuál de ellos, si alguno, es

Printed image digitised by the University of Southampton Library Digitisation Unit

culpable de la conducta criminal observada en un individuo dado; que las muestras de personas investigadas han sido en su mayoría pequeñas y que la historia del consumo de drogas, su duración y grado en cada individuo, la ha proporcionado el propio sujeto, quien a menudo cree que le conviene mentir al respecto. Cuando la conducta criminal se produce en personas que toman cannabis de manera constante, algunos suponen con confianza, y otros niegan con igual confianza, que el delito fue causado por el cannabis, aunque los datos disponibles son insuficientes para permitir un juicio en uno u otro sentido. Solo rara vez en los informes publicados sobre criminales y cannabis se ha hecho un esfuerzo satisfactorio por distinguir entre el uso crónico de cannabis y la experimentación infrecuente o casual, o entre los criminales que padecen trastornos mentales reconocibles y los que son mentalmente normales, aparte del episodio criminal.

La única infracción que recibe reprobación general es la de conducir bajo la influencia del cannabis, ya sea en una ocasión aislada o cuando se está atontado por el exceso crónico.

La vieja historia de que se tomaba cannabis para envalentonar a los hombres para entrar en batalla y cometer asesinatos por encargo tiene poco o ningún fundamento, salvo quizá que los mercenarios empleados para sofocar disturbios y revueltas en la India eran, según la Comisión del Cáñamo de la India, consumidores habituales de cannabis que adquirirían con ello «valor holandés». Como se mencionó antes, puede aprovecharse la mayor sugestionabilidad del consumidor de cannabis.

La relación más probable que surge del maremágnum de declaraciones contradictorias es que la indulgencia crónica o excesiva en cannabis puede, en algunas personas —una pequeña minoría del público masculino en riesgo—, provocar ataques de conciencia perturbada, excitación, agitación o pánico, y reducir el autocontrol. La medida en que la persona afectada pueda cometer un delito en este estado mental depende más de su personalidad que de la dosis o preparado de cannabis que haya estado tomando.

Psicosis

Las «psicosis por cannabis» han sido descritas con frecuencia, y los relatos incluyen prácticamente todas las variedades conocidas de trastorno mental. Las predominantes y más frecuentemente aducidas son la esquizofrenia —y en especial la catatonia—; los estados paranoides; la excitación maníaca; la depresión y la ansiedad, y la demencia. Un escritor sobre la materia cuyo informe (1903) ha sido a menudo citado o plagiado fue Warnock, el Superintendente Médico del hospital mental de El Cairo. Había reconocido como psicosis por hachís una alucinosis aguda con inquietud e incoherencia, y un estado maníaco; pero añadió que «además de estos tipos, hay numerosos casos de manía crónica, manía de persecución y demencia crónica que se alega son producidos por el hachís, pero no tengo medios para verificar estas alegaciones». Escribió también: «Dudo mucho que la locura por hachís pueda diagnosticarse actualmente por sus solos caracteres clínicos». Esta es una opinión cautelosa; otros observadores que han¹⁰ visto muchos pacientes a quienes

dieron este diagnóstico insisten en la demencia como desenlace bastante común del uso crónico del preparado, o afirman que hay una uniformidad típica y llamativa de síntomas en la psicosis por cannabis. Un psiquiatra indio, Dhunjibhoy, la define: «Un paciente ingresado en un hospital mental indio con intensa excitación, ideas grandiosas, tendencia a la violencia deliberada, una peculiar condición ocular (marcada congestión conjuntival), amnesia total de todos los acontecimientos, ataques de corta duración seguidos de completa

Printed image digitised by the University of Southampton Library Digitisation Unit

recuperación, con antecedentes de hábito de la droga y sin herencia psicopática o neuropática, es un caso típico de “locura por cáñamo”». Algunos observadores describen el grave deterioro mental como desenlace habitual, mientras que otros con mucha experiencia dicen que no ocurre en absoluto.

El término «psicosis por cannabis» da por sentada la cuestión de la existencia de tal síndrome. Por un lado, hay una nube de testigos cualificados para hablar por contacto de toda la vida con el problema en hospitales mentales de países en los que el cannabisismo es muy común: están convencidos de que la condición se identifica correctamente. «Los efectos del preparado se detallan en todos los libros de texto bien conocidos, y que su abuso es una fuente directa de grave trastorno mental es indiscutible», escribió un médico superior del I.M.S. en 1923. Una alta proporción de los pacientes ingresados en hospitales mentales de la India y Egipto y otros lugares fueron diagnosticados como pertenecientes a esta categoría.

Por otro lado, había dudas igualmente informadas sobre la legitimidad del diagnóstico en muchos casos. Estas dudas fueron expresadas de manera convincente por la Comisión del Cáñamo de la India en 1894. De 1.344 ingresos en los manicomios de la India durante 1892, solo hubo 98 pacientes en los que el uso de preparados de cáñamo podía razonablemente considerarse un factor causante de la locura, y en 37 de estos había una historia clara de alguna otra causa que pudo haber cooperado con los preparados de cáñamo. Los Comisionados concluyeron, tras una

investigación de alcance aún no igualado, que «el modo habitual de diferenciar entre la locura por preparados de cáñamo y la manía ordinaria era en el más alto grado incierto y por tanto falaz....

El uso excesivo de preparados de cáñamo puede, especialmente en casos en que haya alguna debilidad o predisposición hereditaria, inducir la locura. Se ha demostrado que el efecto de los preparados de cáñamo a este respecto ha sido hasta ahora muy exagerado, pero que a veces producen locura parece fuera de duda». Sin embargo, se ha cuestionado. Incluso una afirmación tan cautelosa implica que hay algunos criterios seguros para establecer el papel causal del cannabis, ya sea cuando se ha establecido que un hombre que exhibe una llamada «psicosis funcional» había estado previamente durante años fumando o comiendo cannabis; ya cuando tal historia precede al inicio de una «psicosis exógena» que exhibe los defectos cognitivos y de otro tipo atribuibles a daño físico o químico del cerebro. Por regla general, los escritores sobre la materia no dan suficientes detalles para justificar cualquier intento de diagnóstico retrospectivo; pero en aquellos que sí lo hacen, hay casos de síndromes confusionales persistentes que se difuminan con el paso del tiempo en demencia crónica, en los que el cannabis parece haber sido la causa principal.

Las razones de la discrepancia de opinión expresada por observadores igualmente experimentados parecen ser:

(1) La noción de una causa única para el trastorno mental, ampliamente sostenida en el siglo pasado, ya no se considera defendible. En consecuencia, las dos últimas décadas han visto pocas afirmaciones de que el cannabis sea la causa de la locura, pero muchas que adoptan la opinión de que ha sido una causa necesaria o contribuyente, especialmente cuando se dispone de prueba de predisposición a la psicosis a partir de la personalidad y el historial de salud previos del paciente.

(2) El cuadro clínico de lo que se ha considerado psicosis por cannabis no ha tenido ningún rasgo característico (como lo tiene, por ejemplo, el delirium tremens). A menudo ha sido indistinguible de la esquizofrenia.

(3) Las razones aducidas antes (página 48) para la opinión discrepante sobre la criminalidad y el hachís se aplican aquí.

(4) En muchos de los informes publicados se deja claro que el hachís se combinaba con otras sustancias —datura, alcohol, heroína o anfetamina— que podían ser responsables de la psicosis que se desarrolló.

El cannabis podría no haber tenido nada que ver con ello.

(5) La historia del estado mental previo del paciente solo se ha investigado de manera superficial, a menudo por falta de informantes fiables. Muchos de estos pacientes pueden haber tenido una enfermedad mental establecida o incipiente, con total independencia del cannabis, antes del incidente —un delito o una catástrofe— que los llevó a un hospital mental.

(6) Los métodos diagnósticos empleados en muchos estudios eran, según cualquier criterio razonable, lamentablemente inadecuados. En una extensa zona, los diagnósticos podían ser hechos por un policía. La creencia largamente sostenida de que el cannabis causa locura podía reforzar este diagnóstico en un caso dudoso. Se sabe que las creencias y hábitos arraigados son poderosos enemigos del diagnóstico imparcial.

No hay prueba inequívoca de que el cannabis pueda ser la causa principal o suficiente de ninguna forma de psicosis. Tampoco hay prueba clara de que las dosis euforizantes o tranquilizantes moderadas, aun tomadas durante un largo período, causen daño mental a la mayoría de las personas de estabilidad mental media, si bien constan casos aislados y raros en los que personas al parecer con buena salud mental han reaccionado con un trastorno mental pronunciado a dosis moderadas. En dosis grandes, el cannabis puede producir una psicosis grave que puede no remitir; puede revestir la forma paranoide esquizofrénica, la ansiedad o la excitación. Suele suponerse que las personas constitucionalmente predispuestas a la psicosis serán las más vulnerables al cannabis; pero, aunque esto concuerda con la teoría psiquiátrica corriente, carece de confirmación experimental o estadística. En muchos casos podría ar-

güirse que el paciente habría enfermado de esquizofrenia u otra psicosis aun sin haber tomado cannabis. Sería un argumento débil si no fuera porque los clínicos afirman con tanta frecuencia que la «psicosis del hachís» puede ser indistinguible de la esquizofrenia.

Beneficios y uso terapéutico

Se han proclamado beneficios del cannabis, pero los informes fidedignos han sido pocos y vagos. Se dice que promueve la relajación y la calma tras las pruebas de la vida diaria, y que ayuda a las personas tímidas a entablar relaciones sociales cálidas; disminuye la conciencia del dolor y la miseria; ayuda a calmar la ansiedad neurótica; y es un auxiliar del fervor religioso. Un eminente psiquiatra estadounidense escribió recientemente, a propósito de once estudiantes universitarios que habían tenido reacciones adversas graves por el cannabis:

«La evaluación del daño que causa una droga requiere alguna consideración de sus beneficios.

Los usuarios de marihuana declaran que es una fuente de placer positivo, que acrecienta la creatividad, que proporciona lucidez y que enriquece sus vidas. No son pretensiones menores. Todos los once individuos que informaron de reacciones adversas, salvo dos, consideraron que los beneficios superaban con creces los aspectos desafortunados y se proponían continuar el uso de la droga».

Desde la antigüedad se ha atribuido al cannabis virtudes terapéuticas, especialmente en la India. Su introducción en Europa a mediados del siglo XIX dio lugar al consabido arrebató de entusiasmo por un nuevo remedio. Este fue decreciendo con el tiempo, pero murió lentamente; «durante el período de 1840 a 1900 se publicaron algo más de cien artículos que recomendaban el cannabis para uno u otro trastorno». Su boga precedió a la aparición de los hipnóticos y analgésicos sintéticos, y fue loado por su efecto en el alivio del dolor, la migraña, el insomnio, la dismenorrea, el parto difícil y los calambres. En 1890, Russell Reynolds escribió que «cuando es puro y se administra con cuidado es una de las medicinas más valiosas que poseemos».

Se decía también que era bueno para los trastornos mentales, aunque sus defensores reconocían con cierto rubor que esta línea de tratamiento tenía un sabor homeopático. Todavía en 1928 apareció un artículo que informaba de que el cannabis era valioso para la melancolía grave. Aún hay unos pocos que afirman el valor terapéutico de la droga; como acrecienta la sugestionabilidad y debilita las inhibiciones, la consideran un coadyuvante útil para suscitar recuerdos y sentimientos sumergidos que el paciente no puede comunicar de otro modo. Sus poderes antibióticos también se han explorado en Europa central.

Tolerancia y dependencia

Incluso en cuestiones tan sencillas como la tolerancia y el desarrollo de la dependencia fisiológica hay afirmaciones contradictorias. Prácticamente toda la opinión informada está convencida de que ninguna de las dos se desarrolla; sin embargo, hay afirmaciones en contrario. «Se observan trastornos bastante graves en quienes son adictos a la droga durante un largo período cuando se les retira su veneno. Se notan especialmente ataques de postración física y apatía intelectual». (Bouquet). Un observador turco y otro egipcio describen por separado cómo los pacientes aumentan la cantidad de cannabis que toman para maximizar los efectos placenteros. En Rusia, Skliar ha observado síntomas graves tras la retirada del «anascha»; entre ellos había ansiedad, dolores en los miembros, vómitos, diarrea, sudoración, bostezos y depresión, todos los cuales remitían rápidamente si se administraba algo de la droga. (Parece haber, sin embargo, duda de si el opio y la cocaína pudieron haberse mezclado con el cannabis en el «anascha».) Frazer observó en 1949 estados de violencia y confusión extremas que se desarrollaban en soldados indios a quienes se había cortado bruscamente el suministro de cannabis. Para redondear el cuadro con una paradoja, Meunier y Richet hallaron que el organismo humano se vuelve más sensible al hachís cuanto más se toma, de resultas de lo cual la dosis podía reducirse gradualmente a la mitad sin disminuir los efectos.

Aunque se dice que muchos de los que se afician al cannabis lo prefieren porque saben que pueden dejarlo sin síntomas desagradables de abstinencia, varios observadores coinciden en que los síntomas psicológicos que se desarrollan al dejarlo pueden ser muy desagradables, sien-

do los principales la pérdida de apetito, la dispepsia, el dolor abdominal, la fatiga, el insomnio, la agitación, las palpitaciones y el dolor de cabeza.

Combinación y progresión

En algunos países, notablemente la India y el norte de África, no era raro que el cannabis se combinara con datura o con opio, alcohol o heroína. Los inmigrantes en Israel procedentes del norte de África, del Cercano Oriente o del Oriente Medio eran «propensos a tomar cualquier droga narcótica que cayera en sus manos».

La progresión del cannabis a la heroína, la morfina o la cocaína es objeto de conclusiones discordantes, a menudo basadas en datos concordantes. De muchos países, incluidos los Estados Unidos, llegan informes de que una proporción muy alta de todos los heroinómanos han tomado cannabis previamente, y de que una vez que han progresado a esta etapa, rara vez vuelven al cannabis. Lo que determina la progresión es objeto de disputa. La mayoría de los observadores la atribuyen a la asociación con amigos o conocidos que se han convertido ellos mismos en adictos a la heroína o a la cocaína; otros suponen que surge de la insatisfacción con el alivio o el placer que se obtiene del cannabis; y una minoría postula una predisposición a la marihuana que es también una predisposición a la heroína. Nadie sugiere que haya una razón verdaderamente farmacológica para que se produzca tal «escalada». Algunos sostienen que en una gran proporción de consumidores de cannabis, especialmente adolescentes, hay algún factor oscuro pero poderoso (que podría ser psicológico o social) que aumenta enormemente el riesgo de que recurran a los opiáceos tarde o temprano; otras autoridades mantienen que la transición de la etapa de la marihuana a la etapa de la heroína se produce solo en una pequeña minoría de consumidores de marihuana y que no hay más justificación para inculpar a la marihuana como preliminar de la dependencia de los narcóticos que para inculpar al café o al tabaco.

En estas tinieblas arroja alguna luz un reciente estudio de 2.213 adictos ingresados en los hospitales de Lexington y Fort Worth durante 1965.

Los pacientes fueron clasificados según el estado de procedencia, el opiáceo que habían estado tomando y si habían sido o no consumidores de marihuana. En cada uno de dieciséis estados, más del 50 % de los sujetos habían consumido marihuana además de opiáceos. En cada uno de otros doce estados, la mayoría de los adictos a los opiáceos nunca habían consumido marihuana. La secuencia dominante de los acontecimientos había sido el consumo de marihuana, la detención y luego el uso de opiáceos; las edades medias respectivas para estos tres acontecimientos fueron, primero, el consumo de marihuana a los 17 años, la detención a los 19 y luego el inicio del consumo de heroína a los 20. Al comparar a los consumidores de marihuana con los no consumidores de esta droga, se halló que los primeros tenían el doble de probabilidades de ser adictos a la heroína y de obtener sus drogas de traficantes del hampa que los adictos que decían no haber consumido nunca marihuana. También presentaban una edad más temprana de detención y de inicio del consumo de opiáceos. Ball y sus colegas, que realizaron este estudio, concluyen: «En cuanto a la cuestión de la asociación, el consumo de marihuana se considera una influencia predisponente en la etiología de la adicción a los opiáceos en los Estados Unidos. Entre los residentes metropolitanos de los estados orientales y occidentales de alta adicción, el uso de opiáceos suele estar precedido por el consumo de cigarrillos de marihuana y la detención. Así pues, tanto el consumo de marihuana como la delincuencia son factores predisponentes dentro del entorno huésped metropolitano... Ya se sabe lo suficiente acerca de la asociación entre el consumo de marihuana y el de opiáceos para delinear la relación dominante entre estos dos acontecimientos. El adicto incipiente está predispuesto a la adicción a los opiáceos por su consumo de marihuana, por las siguientes razones: la marihuana se toma por sus efectos eufóricos, produce un “colocón”; tanto la marihuana como la heroína solo están disponibles en fuentes de suministro del hampa; ambas se consumen inicialmente en un entorno recreativo de grupo de pares; ambas son ilegales; los amigos del barrio con quienes se inicia el consumo de marihuana son a menudo los mismos amigos que inician al adicto incipiente en el uso de opiáceos... Los datos del presente estudio apoyan la conclusión de que el consumo de marihuana está estrechamente asociado con la adicción a los opiáceos en las zonas metropolitanas de

alto consumo de drogas del Este y del Oeste, pero no está asociado con la adicción a los opiáceos en doce estados del Sur».

Este estudio detallado y medido respalda la opinión de que los consumidores de marihuana tienen más probabilidades que los no consumidores de progresar hacia la adicción a los opiáceos.

Prohibición y prevención

En muchos países se han aprobado leyes que convierten en delito la posesión y el uso del cannabis; en algunos, las penas son muy severas y pueden incluir la pena capital por el tráfico de la droga. El grado en que se aplican las leyes varía enormemente. Las penas y las condenas suelen equipararse a las que se consideran apropiadas para los adictos a la heroína y la morfina: el Director Médico del Federal Bureau of Prisons de Washington, D.C., dijo en 1962: «En nuestras prisiones federales tenemos unos 160 delincuentes por marihuana; la condena media del grupo es de casi seis años, que es aproximadamente la condena media de (todos) los delincuentes por drogas».

Existen opiniones diversas sobre la eficacia de la legislación penal. Algunos creen que tiene un efecto disuasorio; así, un observador griego está seguro de que si la venta de hachís fuera legal en su país, el poder de la publicidad es tan grande que un número muy elevado de personas se aficionaría a la droga. Otros repasan las fluctuaciones de la política estatal en su propio país, que oscila entre la aplicación rigurosa de leyes severas y una administración laxa y tolerante, y concluyen que las leyes no han logrado su propósito. Al leer las declaraciones contrapuestas sobre esta cuestión, parece que la mayoría de las personas con experiencia pertinente desearían una legislación aplicable al consumidor excesivo y al traficante, pero se oponen a una legislación indiscriminada que permita, e incluso fomente, la imposición de largas penas de prisión u otras medidas punitivas rigurosas. Se reconoce generalmente que no es tanto la ley como el modo en que la aplican la policía, los agentes de aduanas y los magistrados lo que determina su eficacia (que es, en cualquier caso, limitada).

Lindesmith, que aboga por que la legislación siga las mismas líneas que la del alcoholismo, pone un ejemplo: las personas que conduzcan un automóvil bajo la influencia de la marihuana podrían ser multadas y privadas de su licencia durante un período de tiempo:

«Leyes como esta, con penas de naturaleza razonable, probablemente serían más eficaces que las actualmente en vigor, porque serían más aplicables y estarían más en consonancia con la naturaleza del problema que se aborda. Tendrían el efecto de reducir la discrepancia que ahora existe entre las leyes tal como están escritas y las leyes tal como se aplican en la realidad».

La prohibición total de toda indulgencia en el cannabis fue firmemente rechazada por la Indian Hemp Commission en 1894: «La Comisión da ahora sin vacilar su veredicto contra una medida tan violenta como la prohibición total respecto de cualquiera de las drogas del cáñamo». Sus razones principales eran que el cannabis es, con moderación, inocuo; que su retirada suscitaría mucho resentimiento entre la población, especialmente en los sectores más pobres; y que, si se prohibiera, la gente recurriría a drogas más peligrosas. Pero añadieron: «Aunque se opone a este grado de interferencia, la Comisión considera firmemente que es necesario un influjo regulador y que el Gobierno de la India debería ejercerlo en el futuro sobre los diversos sistemas de administración del impuesto sobre las drogas del cáñamo».

El temor de que la prohibición del hachís diera lugar al recurso a drogas peores, como la heroína, el estramonio o el alcohol, ha sido expresado por varios autores, especialmente los que tienen experiencia tunecina. Una autoridad destacada (Bouquet) escribió en 1951 que si el cannabis se hubiera prohibido absolutamente hace treinta o treinta y cinco años en el norte de África, el problema sería ahora manejable, pero se ha llegado al punto en que la supresión daría lugar a un aumento de la adicción a la heroína. Hay, sin embargo, cierta inconsistencia en esta cuestión. Los autores que temen que la prohibición total conduzca a una peor dependencia de otras drogas abogan al mismo tiempo por una acción policial decidida para cortar todos los suministros clandestinos de cannabis, medida que seguramente tendría el mismo efecto, si tuviera éxito, que la prohibición total. Una variante de este temor la expresa el

Comité de Expertos en Salud Mental de la O.M.S. (1967), que afirma que «la condena por parte de la sociedad puede despertar sentimientos de culpa en el consumidor, llevarlo a una dependencia aún mayor de las drogas y impedirle buscar tratamiento».

Otro observador, preocupado principalmente por comparar los métodos estadounidenses con los ingleses para tratar la adicción a los narcóticos, subrayó en 1962 que en América las personas se veían impulsadas por presiones sociales, legales y económicas a unirse para establecer su propio modo de vida grupal, o subcultura: «La adicción como tal puede no ser tan antisocial como el tipo de comportamiento que el enfoque punitivo de la adicción impone al adicto». Cuanto más se empuja el consumo de cannabis a la clandestinidad, o cuanto más se castiga con prisión, mayor es, según algunos autores, la probabilidad de que los fumadores de cannabis se corrompan y se vuelvan permanentemente hacia otras formas de conducta antisocial.

La prohibición parcial o las medidas indirectas de control se han ensayado en muchos países. Los métodos más comunes son la fiscalidad y el establecimiento de un monopolio estatal. Ninguno de los dos, a juzgar por las declaraciones de quienes han tenido experiencia de sus efectos, ha resultado eficaz para limitar la difusión o reducir la prevalencia del hábito. Algunos observadores han instado a que los riesgos pueden reducirse suprimiendo la resina u otra forma concentrada mientras se tolera el polvo; o hostigando y supervisando a los consumidores adolescentes de marihuana, partiendo del supuesto de que si pudieran consumir tanto como quisieran y cuando quisieran habría un número mucho mayor de víctimas crónicas graves: «miserables golfillos que son un peligro y una carga para la sociedad». Pero estos supuestos y afirmaciones se hacen en virtud de la experiencia particular del autor; carecen de apoyo estadístico u otro apoyo firme.

Se coincide generalmente en que gravar la droga no disuade al experimentador curioso o audaz, al adolescente que emula a sus compañeros algo mayores, ni al hombre psicológicamente dependiente que ansía la droga. Encuentran el dinero de algún modo para pagarla, como hace la gente con el alcohol.

El control mediante el bloqueo de las fuentes de suministro ilícito es evidentemente lo ideal. Las medidas adoptadas se han descrito en informes oficiales. Eluden a los peces pequeños —los vendedores ambulantes y los transportistas— y apuntan a atrapar al traficante mayorista; también tratan de destruir las cosechas de cáñamo: así, el United States Bureau of Customs y las autoridades mexicanas correspondientes colaboran en la detección de los campos de cáñamo y en su erradicación.

Una minoría de quienes discuten la prohibición y sus problemas se preocupa por qué justificación moral tiene el Estado para interferir en el derecho de un ciudadano a hacer lo que le plazca mientras no infrinja los derechos de los demás ni dañe a la sociedad. Algunos destacan el supuesto perjuicio causado por el cannabis al carácter del consumidor y a su capacidad laboral, reduciendo su utilidad social; o señalan los daños causados por su comportamiento al conducir camiones o automóviles bajo la influencia de la droga. Por otra parte, algunos sostienen que si el alcohol y el tabaco pueden tolerarse y gravarse, no hay fundamento lógico para abstenerse de hacer lo mismo con el cannabis (al que, sugieren, se ha adherido un estigma moralista injustificado); creen que si una droga, como el alcohol o el cannabis, es general y fácilmente obtenible en una sociedad dada, la mayoría de la gente aprende a usarla con moderación, mientras que la minoría psicopática que la usa en exceso lo haría de todos modos con alguna droga alternativa disponible. El significativo fracaso de la prohibición del alcohol en los Estados Unidos guarda relación con el argumento de tratar el cannabis como el alcohol. Una droga bien establecida y socialmente permisible es evidentemente inerradicable mediante la prohibición total, mientras que una recién llegada comparativa como el cannabis en los países occidentales es un debilucho que podría mantenerse a raya con una acción firme, según algunos suponen.

En la actualidad se acepta ampliamente que la dependencia de una droga es una condición médica que requiere tratamiento médico. Esta afirmación se justifica fácilmente en el caso de las drogas en las que puede desarrollarse una dependencia física. En el caso del cannabis, sin embargo, donde la dependencia es puramente psicológica, la cuestión ha sido discutida. La mayoría de los autores se muestra partidaria del tra-

tamiento psiquiátrico (siempre que el consumidor quiera ser tratado), combinado con medidas sociales de rehabilitación y una investigación social adecuada. En términos generales, por supuesto, el enfoque médico se ocupa del bienestar del individuo, mientras que el enfoque social se dirige más a la protección de la sociedad: se complementan mutuamente. Es forzada una antítesis entre la investigación médica y la investigación social en este campo, o entre el tratamiento médico y el social.

Bibliografía

La bibliografía sobre el cannabis es extensa —1.750 entradas hasta 1965— y desordenada. Debido a que casi todos los temas están plagados de observaciones y opiniones contradictorias, el resumen ha de ser inconcluyente en muchos de los problemas planteados.

Abdulla, A. Cannabis indica als Volksseuche in Agypten. Schweiz, med. Wschr.,

Adams, R. Marihuana. Harvey Lectures, 1941-1942, serie 37, 168-197.

Allbutt, T. C. y Dixon, W. Opium and other intoxicants. System of medicine.

Vol. 2. Londres 1906, págs. 965-968.

Allentuck, S. y Bowman, K. M. The psychiatric aspects of marihuana intoxication. Amer. J. Psychiat., 1942, 99, 248-251.

Ames, F. A clinical and metabolic study of acute intoxication with cannabis sativa and its role in the model psychoses. J. ment. Sci., 1958, 104, 972-999.

Ammar, S. y Barer, E. M. Study of the evolutive aspects of toxicophilia in Tunisia. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal 1961. Volumen 1, págs. 407-412.

Andrade, O. M. The criminogenic action of cannabis and narcotics. Bull. Narcot., 1959, 16(4), 23-28.

Anslinger, H. J. Los aspectos psiquiátricos de la intoxicación por marihuana. J. Amer. med. Ass., 1943, 121, 212-213.

Asuni, T. Problemas sociopsiquiátricos del cannabis en Nigeria. Bull. Narcot., 1964, 16(2). 17-28.

Baker-Bates, E. T. Un caso de intoxicación por Cannabis indica. Lancet., 1935, 1,

Ball, J. C. El consumo de marihuana y el inicio del uso de heroína. Brit. J. Crim., 1967,

Ball, J. C., Chambers, C. D. y Ball, M. J. La asociación del consumo de marihuana con la adicción a los opiáceos en los Estados Unidos. Reunión Anual de la American Sociological Association, San Francisco, California, 28-31 de agosto,

Bartholomew, A. A. y Reynolds, W. S. Cuatro casos de abuso progresivo de drogas. Med. J. Aust., 1967, 1, 653.

Benabud, A. Aspectos psicopatológicos de la situación del cannabis en Marruecos:

Datos estadísticos de 1956. Bull. Narcot., 1957, 9 (4), 1-16.

Beringer, K., Baeyer, W. von, y Marx, H. Zur Klinikdes Haschischrausches.

Nervenarzt, 1932, 5, 337-350.

Bewley, T. Lancet., 1965, 7, 818-820.

Bewley, T. Cambios recientes en el patrón de abuso de drogas en el Reino Unido.

Bull. Narcot., 1966, 18 (4), 1-13.

Blumer, H. El mundo del consumo de drogas entre los jóvenes. ADD Center Project, Final Report, (School of Criminology, University of California, Berkeley, California).

Boettcher, Ueber die Anwendung des indischen Hanfs in der Psychiatrie.

Berl. Klin. Wschr., 1866, 3, 166-168.

Bouquet, J. Cannabis. Bull. Narcot., 1950, 2 (4), 14-30; 1951, 3(7), 22-45.

Bouquet, J. Intoxicación por marihuana (carta). J. Amer. med. Ass., 1944, 124,

Bozzetti, L., Goldsmith, S. y Ungerleider, J. T. El gran engaño del plátano.

Amer. J. Psychiat., 1967, 124, 678-679.

Bromberg, W. Intoxicación por marihuana. Un estudio clínico de la intoxicación por cannabis sativa. Amer. J. Psychiat., 1934, 91, 303-330.

Bromberg, W. Marihuana: un estudio psiquiátrico. J. Amer. med. Ass., 1939, 1113 (1), 4-12.

Bromberg, W. y Rodgers, T. C. La marihuana y el crimen agresivo. Amer. J.

Psychiat., 1945-46, 102, 825-827.

Brotteaux, P. Hachich: herbe de folie et de rSve. París 1934. sj

Bull. Narcot., El tráfico ilícito de estupefacientes en todo el mundo 1951, 3(7),

Bull. Narcot., El problema del cannabis: una nota sobre el problema y la historia de la acción internacional. 1962, 14 (4), 27-31.

Bull. Narcot. Reseña de la 21.^a sesión de la Comisión de Estupefacientes. 42.^a sesión del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 1967, 19 (2), 59-61.

Carstairs, G. M. Factores culturales en la elección de intoxicantes. Quart. J. Stud.

Alcohol, 1954, 15, 220-237.

Challenge of crime in a free society. A report by the President's Commission on Law Enforcement and Administraion of Justice. U.S. Government Printing Office. Washington, febrero de 1967, p. 21 1-231.

Chaeple, P. A. Cannabis — una sustancia tóxica y peligrosa: un estudio de ochenta consumidores. *Brit. J. addict.*, 1966, 61, 269.

Charen, S. y Perelman, L. Estudios de personalidad de adictos a la marihuana. *Amer. J. Psychiat.*, 1946, 102, 674-682.

Chein, I., Gerard, D. L., Lee, R. S. y Rosenfeld. Narcóticos, delincuencia y política social. *The road to H.* Londres, 1964.

Chopra, G. N. y Chopra, I. C. El uso de drogas de cannabis en la India. *Bull. Narcot.*, 1957, 9(7), 4-29.

Chopra, R. N., Chopra, G. S. La situación actual de la adicción a las drogas de cáñamo en la India. *Indian med. res mem.* n.º 31. Calcuta 1939, p. 1-119.

Chopra, R. N., Chopra, G. S. y Chopra, I. C. Cannabis sativain relation to mental diseases and crime in India. *Indian J. med. Res.*, 1942, 30, 155-171.

Chopra, R. N. y Chopra, I. C. Tratamiento de la drogadicción. Experiencia en la India. *Bull. Narcot.*, 1957. 9(4), 21-23.

Christozov, C. L'aspect marocain de l'intoxication cannabique d'apres des etudes sur des malades mentaux chroniques. *Maroc med.*, 1965, n.º 483, 630-642; 1965, n.º 486, 866-889.

de Clerambault, Discussion de Particle de L. Livet intitule: Les fumeurs de mariguana. *Ann. med.-psychol.*, 1920, 12, (10th series), 267-269.

Clouston, T. Efectos mentales del hachís. *J. ment. Sci.*, 1897, 42, 790-795.

Coles, W. H. Cannabis indica (carta). *Lancet*, 1935, 7, 904.

Conos, B. Trois cas de cannabisme avec psychose consecutive. *Bull. Soc. Path. exot.*, 1925, 18, 788-793.

Curtis, H. C. y Wolfe, J. R. Psicosis consecutiva al uso de marihuana con presentación de casos. J. Kansas med. Soc., 1939, 40, 515-517.

Dally, P. Efectos indeseables de la marihuana (carta). Brit. med. J., 1967 3, 367.

De Boor, W. Pharmakopsychologie und Psychopathologie. Berlín 1956, 191-198

Delay, J. Les mesaventures d'un hachischin. La Presse med., 1944, 52, 321.

Deschamps, A. Ether, cocaine, haschich, peyotl et demence precoce. París 1932.

Dhunjibhoy, J. E. A brief resume of the types of insanity commonly met with in India, with a full description on "Indian hemp insanity" peculiar to the country. J. ment. Sci., 1930, 76, 254-264.

Drapkin, I. y Landau, S. F. Drug offenders in Israel: A survey. Brit. J. Crim.,

Drewry, P. H. Algunos aspectos psiquiátricos de la intoxicación por marihuana. Psychiat.

Quart., 1936, 10, 234-242.

Durand, V. J. Encyclopedie Medico-Chirurgicale, 37380 A20, página 3.

Dwarakanath, S. C. Uso del opio y del cannabis en los sistemas tradicionales de medicina en la India. Bull. Narcot., 1965. 17(1), 15-19.

Eddy, N., Halbach, H., Isbell, H. y Seevbrs, M. Dependencia de drogas: L/3 Significance and characteristics. Bull. WHO., 1965, 32, 721-733.

Elkes, J. The dysleptics: Note on a no-man's-land. Comprehens. Psychiat., 1963, 4, 195. \$ '

Emerick, C. A. El programa de control del U.S. Bureau of Customs. Proceedings of the White House Conference on Narcotic and Drug Abuse, Washington, D.C. 1962 p. 28.

Ewens, G. F. W. Insanity following the use of Indian hemp. En: Insanity in India, páginas 129-142. Calcuta 1908.

Ewens, G. F. W. Insanity following the use of Indian hemp. Indian med. Gaz.,

Fontoynt, M. A propos de l'intoxication des Malgaches par le "rongony" (chanvre). Bull. Soc. Path, exot., 1938, 31, 446-448.

Frankel, F. y Joel, E. Beitrage zu einer experimentellen Psychopathologie.

Der Haschischrausch. Z. ges. Neurol. Psychiat., 1927, 111, 84-106.

Fraser, J. D. Síntomas de abstinencia en adictos a Cannabis indica. Lancet, 1949,

Freedman, H. L. y Rocksore, M. J. Marihuana: un factor en la evaluación de la personalidad y en la inadaptación militar. J. clín. Psychopath., 1946, 7, 765-782.

Freusberg. Ueber die Sinnestauschungen im Hanfrausch. Allg. Z. Psychiat.,

Gaskill, H. S. Marihuana, un intoxicante. Amer. J. Psychiat., 1945, 102

Ginsbljrg, D. y Kaufman, J. L. Problemas de drogadicción en Israel. Bull Narcot., 1955 7(7), 15-17.

Gokay, F. K. Durch Missbrauch von Heroin und Haschisch entstehende Geisteskrankheiten in der Türkei. Z. ges. Neurol. Psychiat., 1937 158

Gomila, E. M. K. en Walton R. P. Marihuana: America's new drug problem, pp. 27-40. Filadelfia, 1938.

Halleck, S. L. Tratamiento psiquiátrico del estudiante universitario alienado. Amer J Psychiat., 1967, 124, 642-650.

Haneveld, G. T. Brieven uit den Vreemde. Ned. T. Geneesk, 1959 103(1) 686 - 688.

Harms, E. La drogadicción en la juventud. Londres 1965.

Hesnard, A. Note sur les fumeurs de chanvre en orient. Encdphale, 1912
7.

Hoffman, H. R., Sherman, I. C., Krevitsky, F. y Williams, F. Adolescentes drogadictos procesados en el tribunal de estupefacientes de Chicago. J. A er. med. Ass 1952

Igert, G. Milieu culturel marocain et nevroses. Maroc. med., 1955. 34(1), 648.

Indian Hemp Drugs Commission Report, 1894. Simla 1894.

Interdepartmental Committee on Narcotics. Report to the President of the United States. Bull. Narcot., 1956, 8(2), 4-10.

Ireland, T. Insanity from the abuse of Indian hemp. Alienist and Neurologist 1893, 14, 622-630. s '

Kabelik, J., Krejci, Z. y Santa vy, F. El cannabis como medicamento. Bull Narcot., 1960, 12(3), 5-23.

Kant, F. Ueber Reaktionsformen im Giftrausch. Mit einem Beitrag zum Halluzinationsproblem. Arch. Psychiat., 1930, 91, 694-721.

Kant, F. y Krapf, E. Ueber Selbstversuche mit Haschisch. Arch. exp. Pat-hol Pbarmak., 1928, 129, 319-338.

Keeler, M. H. y Reifler, C. B. Convulsiones de gran mal consecutivas al uso de marihuana. Dis. nerv. Syst., 1967, 28, 474-475.

Keeler, M. H. Reacción adversa a la marihuana. Amer. J. Psychiat., 1967, 124,

Koppikar, G. S. Drug addiction in Bombay: opium, bhang, ganja. Indian J. med. Sci., 1948,2, 131-136.

Lambo, T. A. Problemas médicos y sociales de la drogadicción en África Occidental.

Bull. Narcot., 1965, 77(7), 3-13.

Lancet, Efectos tóxicos del cannabis indica (carta anónima). 1890, 7, 621.

Lasagna, L., von Felsinger, J. M. y Beecher, H. K. Cambios de humor inducidos por drogas en el hombre. *J. Amer. med. Ass.*, 1955, 757, 1006-1020; y 1113-1119.

LrNDEMAN, E. y Malamud, W. Análisis experimental de los efectos psicopatológicos de las drogas intoxicantes. *Amer. J. Psychiat.*, 1934, 90, 853-881.

Lindbsmith, A. R. *El adicto y la ley*. Bloomington, Indiana 1965.

Livet, L. Les fumeurs de mariguana. *Ann. med.-psychol.*, 1920, 12, (10th series), 257-267.

Lucena, J. Maconhismo e alucinacoes. *Neurobiologia*, 1939, 2, 110-120.

Llcena, J. La symptomatology du cannabisme. *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal 1961. Volumen 1*, p. 401—406.

Lucena, J., Ataide, L. y Coelho, P. Maconhismo cronico e psicoses.

Neurobiologia, 1949, 12, 235-258.

Marcovitz, E. Problemas de la marihuana (carta). *J. Amer. med. Ass.*, 1945, 129, 378.

Marcovitz, E. y Myers, H. J. La adicción a la marihuana en el Ejército. *War. Med., (Chic.)* 1944, 6, 382-391.

Marie, A. Note sur la folie haschichique (a propos de quelques Arabes alienes par le haschich). *Nouv. Iconogr. Salpet.*, 1907, 20, 252-257.

Mayor's Committee on Marihuana, Nueva York. El problema de la marihuana en la ciudad de Nueva York. Estudios sociológicos, médicos, psicológicos y farmacológicos. Lancaster, Pensilvania 1944.

Meggendorfer, F. Intoxikations-psychosen. En: *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Berlín 1928, 7, 353-355.

Meunier, R. Hachich. En: *Dictionneire de Physiologie* (Ch. Richet) París 1909,

Moreau, Lypemanie avec stupeur: tendance a la demence. Traitement par l'extrait (principe resineux de ⁸⁹cannabis indica), Guérison. *Gaz. Hop.*

(París), 1857), 30, 391.

Munch, J. C. La marihuana y el crimen. Bull. Narcot., 1966, 18 (2), 15-22.

Murphy, H. B. M. El hábito del cannabis. Bull. Narcot., 1963 75(7), 15-23.

New York Academy of Medicine. Report on drug addiction I 1955, 31, 592-607.

New York Academy of Medicine. Report on drug addiction II 1963, 39, 417-

Nyswander, M. El drogadicto como paciente. Nueva York 1956.

O'Shaughnessy, W. B. On the preparations of the Indian hemp, or gunjah.

Trans. Med. and Psychic., Soc. Cal., 1842, 8 (2), 421-461.

Parreriras, D. Censo de drogadictos en Brasil — La incidencia y la naturaleza de la drogadicción. Bull. Narcot., 1965, 17(1), 21-23.

Paulus, I. y Williams, H. R. La marihuana y los adultos jóvenes. Addictions, 1966, 13(3), 26-33.

Pearlman, S. La experiencia con drogas en una población universitaria urbana. Araer. J.

Orthopsychiat., 1967, 37, 297-299.

Peebles, A. S. M. y Mann, H. W. Ganja as a cause of insanity and crime in Bengal. Indian med. Gaz., 1914, 491, 395-396.

de Pinho, R., Pinto, L. F., Sampaio, A., Santos, D., Kruschewsky, C., Agvedo, A., Nazareth, A. y Silva, M. Contribuicao a mesa redonda sobre “problemas socio-psicologicos do maconhismo”. VI Congresso da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil. Neurobiologia, 1962, 25, 9-19.

Porot, A. La lutte contre l'opium et les stupefiants sur le plan international, en ces dernieres annees. Ann. ⁹⁰med.-psychol., 1941, 99(0, 97-120.

Porot, A. Le cannabisme (haschich, kif, chira, Marihuana) Ann. med.-psychol., 1942, 100(1), 1-24.

Perrussbl, G. Notes preliminaires sur la psychopathologie des fumeurs de chanvre en Tunisie. Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1925, 14, 434-440.

Rech, M. Deseffets duhachisch sur l'hommejouissantdesa raison et sur l'alidne Ann. med-psychol., 1848, 12, 1-37.

Reed, C. F. y Witt, P. N., Factores que contribuyen a reacciones inesperadas en dos experimentos humanos de droga-placebo. Confin. psychiat., 1965, 8, 57-68.

Reichard, J. D. El problema de la marihuana: una ponencia en la reunión de la Medical Correctional Association, 22 de octubre de 1943. J. Amer. med. Ass., 1944, 125,

Reichard, J. D. Adicción: algunas consideraciones teóricas sobre su naturaleza, causa, prevención y tratamiento. Amer. J. Psychiat., 1947, 103, 721-730.

Reko, V. A. Magische Gifte — Rausch — und Betaubungsmittel der Neuen Welt, pp. 61-75. Stuttgart, 1936.

Reynolds, J. R. on the therapeutic uses and toxic effects of cannabis indica.

Lancet, 1890, 1, 637-638.

Rolls, E. J. y Stafford-Clark, D. Despersonalización tratada con cannabis indica y psicoterapia. Guy's Hospital. Rep., 1954, 103, 330-336.

Rosenbloom, J. R. Notas sobre toxicómanos judíos. Psychol. Rep., 1959, 5,

Schur, E. M. La adicción a los estupefacientes en Gran Bretaña y América. Londres 1962.

Scouras, Ph. El síndrome catatónico de las psicosis cannabicas agudas. Encephale, 1939, 34(i), 78-85.

Shaw, W. S. J. Cannabis indica: una droga peligrosa (carta) Brit., med. J., 1923,

Silberman, M. Aspectos de la toxicomanía. Londres, 1967.

Siler, J. F., Sheep, W. L., Bates, L. B., Clark, G. F., Cook, G. W. y Smith, W. A. S., El consumo de marihuana en Panamá. Milit. Surg., 1933, 73, 269-280.

Sington, D. (Ed.) Aspectos psicosociales del consumo de drogas. Actas de una conferencia de un día celebrada en el University College, Londres, 25 de septiembre de 1964. Oxford,

Skliajr, N. e Iwanow, A. Sobre la intoxicación por anascha. Allg. Z. Psychiat.,

Skliar, N. Sobre las psicosis por anascha. Allg. Z. Psychiat., 1934, 102, 304-312.

Sonnenreich, C. y Goes, J. P. Maconha y trastornos psíquicos. Neurobiologia,

SouEIF, M. I. El consumo de hachís en Egipto, con especial referencia a los aspectos psicosociales. Bull. Narcot., 1957, 19 (2), 1—12.

Stringaris, M. G. Sobre la clínica de las psicosis por hachís (según estudios en Grecia). Arch. Psychiat., 1933, 100, 522-532.

Todd, A. R. El cáñamo. Endeavour, 1943, 2, 69-72.

Tramer, L. y Bentovim, L. Estudio psicológico clínico sobre toxicómanos orientales. Confin, psychiat. (Basel), 1961, 4, 194.

Tull-Walsh, J. H. Las drogas de cáñamo y la locura. J. ment. Sci., 1894, 40, 21-36.

UNESCO Comisión de Estupefacientes. Revisión del tráfico ilícito. E/CN.7/506 Ginebra, octubre 1967.

UNESCO Comisión de Estupefacientes. Abuso de drogas. E/CN.7/496. Ginebra, septiembre 1966.

Vaille, C. y Stern, G. La toxicomanía: aspectos médicos y sociales en Francia, Bull. Narcot., 1954, (2), 1-17.

Vierth, G. Síndromes psicopatológicos tras el consumo de hachís. Observaciones de Marruecos. Munch, med. Wschr., 1967, 109, 522-526.

Vogel, V. H., Isbell, H. y Chapman, K. W. Estado actual de la toxicomanía con especial referencia a las indicaciones médicas y a la toxicidad adictiva comparada de los fármacos analgésicos nuevos y antiguos. J. Amer. med. Ass., 1948,

Vogel, V. H. e Isbell, H, Aspectos médicos de la adicción a los fármacos analgésicos. Bull. Narcot., 1950, 2 (4), 31-40.

Walton, R. P. Problemas de la marihuana (carta) J. Amer. med. med. Ass., 1945,

Walton, R. P. La marihuana: el nuevo problema de drogas de América. Filadelfia 1938.

Warnock, J. La locura por el hachís. J. ment. Sci., 1903, 49, 96-1 10.

Watt, J. M. y Breyer-Brandwijk, M. G. Los aspectos forenses y sociológicos del problema de la dagga en Sudáfrica. S. Afr. med. J., 1936, 10,

Wolff, P. O. La marihuana en América Latina: la amenaza que constituye. Washington, 1949.

Wolstenholm, G. E. W. y Knight, J. (Eds.) Hachís: su química y farmacología. Ciba Foundation Study Group n.º 21. Londres 1965.

Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, 14.º Informe. Serie de Informes Técnicos, n.º 363. Ginebra 1967.

Yawger, N. S. La marihuana: nuestra nueva adicción. Amer. J. med. Sci., 1938, 195,

Historia del desarrollo del control internacional

Convención Internacional del Opio de 1912

La Conferencia de La Haya que redactó esta Convención expresó la opinión de que era «deseable estudiar⁹³ la cuestión del cáñamo indio desde

el punto de vista estadístico y científico, con el objeto de regular sus abusos, en caso de que la necesidad de ello fuera sentida por la legislación interna o por un acuerdo internacional».

2 En 1923 el Gobierno de Sudáfrica propuso al Comité Consultivo de la Sociedad de Naciones sobre el Tráfico de Opio y Drogas Peligrosas que el cáñamo indio («la totalidad o cualquier porción de las plantas *C. Indica* y *C. Sativa*») fuera tratado como una de las drogas que crean hábito e incluido en la convención internacional. Cuando esta propuesta se discutió en la 6.^a Conferencia del Comité Consultivo en agosto de 1924, el delegado británico sugirió que se pidiera a los gobiernos que facilitaran a la Sociedad información sobre la producción, el uso y el tráfico de la droga, a fin de que la cuestión pudiera examinarse más a fondo en la reunión del Comité Consultivo de 1925. En agosto de 1924 el Secretariado hizo circular una encuesta general.

Segunda Conferencia del Opio 1924-1925

3. En esta conferencia de Estados miembros de la Sociedad de Naciones y signatarios de la Convención de 1912, convocada principalmente para idear medidas administrativas que pusieran fin a la producción y al uso del opio en el Extremo Oriente, el delegado egipcio, apoyado por el delegado turco, presentó propuestas de que el hachís se incluyera en la lista de estupefacientes de que debía ocuparse la Conferencia, y de que todas las demás drogas nocivas quedaran automáticamente sujetas a la Convención. Se rechazó una sugerencia del delegado británico de que la cuestión se dejara para el Comité Consultivo, como ya se había acordado.

4. El Anexo a este documento contiene un extracto de la declaración principal egipcia. La cuestión se remitió a una subcomisión compuesta por médicos, profesores y personas con experiencia ministerial o administrativa en salud pública, servicio hospitalario o farmacéutico, procedentes de Bélgica, Brasil, Canadá, República Dominicana, Egipto, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Japón, Países Bajos, Polonia, España, Suiza y EE.UU. Finalmente, todos los miembros menos 3 se pronunciaron en favor de la prohibición completa de la producción y el uso de la resina de cannabis; los⁹⁴delegados de Gran Bretaña, Países

Bajos e India se abstuvieron, el primero por la incertidumbre de si había un valor médico potencial en la resina. El delegado indio ofreció su cooperación en las medidas para controlar el tráfico internacional, pero subrayó «las graves dificultades de limitar el uso de las drogas de cáñamo a fines médicos y científicos; por ejemplo, hay costumbres sociales y religiosas que naturalmente han de tenerse en cuenta, y existe la duda de si la prohibición total de drogas fácilmente preparadas a partir de una planta que crece silvestre podría hacerse efectiva en la práctica».

5. Se adoptó el informe de la Subcomisión y se invitó a otra subcomisión (compuesta por representantes de Bélgica, Egipto, Francia, el Imperio Británico, India, Siam, Turquía y Uruguay) a preparar proyectos de disposiciones para incorporarlos a la nueva convención. Las propuestas de este grupo se adoptaron el 14 de febrero de 1925 prácticamente sin discusión. Tal como quedaron incorporadas en la Convención Internacional del Opio (19 de febrero de 1925), estas

(i) definían el cáñamo indio como «las sumidades floridas o fructificadas secas de la planta pistilada *cannabis sativa* L. de las que no se ha extraído la resina, bajo cualquier nombre que se designe en el comercio»; y

(ii) exigían a las partes contratantes

(a) imponer el control interno sobre las preparaciones galénicas (extractos y tinturas) de cáñamo indio (artículos 4, 5 y 6);

(b) imponer el control de importación/exportación sobre el cáñamo indio (tal como se define en (i) arriba) y la resina preparada a partir de él (artículos 12-18);

(c) «prohibir la exportación de la resina obtenida del cáñamo indio y de las preparaciones ordinarias de las que la resina constituye la base (tales como hachís, esrar, chiras, djamba) a los países que hayan prohibido su uso, y, en los casos en que se permita la exportación, exigir la presentación de un certificado especial de importación expedido por el Gobierno del país importador en el que se declare que la importación se aprueba para los fines especificados en el certificado» (estos debían ser médicos o científicos) y que la resina o preparación no se reexportará;

(d) «ejercer un control efectivo de tal naturaleza que impida el tráfico internacional ilícito de cáñamo indio y especialmente de la resina» (artículo 1 1).

Comité Consultivo sobre el Tráfico de Opio

6. Un informe preparado en agosto de 1925 para el Comité Consultivo sobre el Tráfico de Opio, tras las encuestas a los gobiernos sobre la propuesta sudafricana de 1923, indicaba las siguientes respuestas:

(i) El cáñamo indio no es nocivo Checoslovaquia, Hungría.

(ii) Es nocivo, pero no debe tratarse como un estupefaciente peligroso Bélgica.

(iii) Es nocivo y ya está sujeto a control legal

Argentino, Bulgaria, Canadá, Australia, Estonia, Finlandia, Gran Bretaña (controlado como veneno), Hungría, Mónaco, Italia, Letonia, Noruega. (Las restricciones parecían, en la mayoría de los casos, limitar la venta a prescripción médica).

(iv) Es nocivo y debe controlarse mediante el tratado internacional Albania, Ecuador, Nueva Zelanda, China, Panamá, Portugal.

Solo la respuesta de Portugal alegaba experiencia de la nocividad de la droga (en Mozambique). Un gran número de países (incluidos la mayoría de los representados en la Subcomisión F) no habían enviado respuestas a la encuesta del Comité Consultivo en agosto de 1925.

7. En la década posterior a 1925 el Comité Consultivo avanzó hacia la recopilación sistemática de informes anuales estandarizados de los gobiernos sobre medidas administrativas, y de información sobre el tráfico ilícito. Se prestó poca atención al cáñamo indio hasta 1933, cuando el informe del Comité mencionó que

«si bien el gusto por los productos del cáñamo indio parece prevalecer principalmente entre los pueblos asiáticos y africanos, no se limita en modo alguno a ellos. Un comercio de contrabando de cigarrillos que contienen cáñamo indio (cigarrillos de “marihuana”) parece haber surgido entre los EE.UU., donde crece⁹⁶ libremente como planta silvestre, y

el Canadá. Bien puede ser que, a medida que el control sobre los derivados del opio y de la coca hace cada vez más difícil obtenerlos, se recurra cada vez más al cáñamo indio con fines de adicción, y es importante que el comercio de cáñamo indio y sus productos sea vigilado de cerca».

8. Esta aprensión llevó al Comité en 1935 a hacer un examen especial de la situación del cáñamo indio. Un memorándum detallado de los EE.UU. reveló un uso habitual generalizado de la marihuana y «la alarmante influencia de la adicción al cáñamo indio en el desarrollo de la criminalidad»; unos 34 de 46 Estados habían legislado para suprimir el tráfico de marihuana. Francia informó sobre medidas intensivas para reprimir el tráfico procedente de Siria. Egipto llamó la atención sobre la insuficiencia de la Convención de 1925, subrayó que el hachís no tenía valor terapéutico ni industrial e instó a que se adoptaran nuevas disposiciones para impedir el cultivo del cáñamo indio, teniendo debidamente en cuenta las especiales dificultades de ciertos países. La India dijo que no podía cambiar su política, según la cual se toleraba el uso moderado del opio en bruto y de las drogas de cáñamo, mientras se tomaban todas las medidas para impedir el abuso.

La ganja y el bhang estaban vinculados a costumbres sociales y religiosas; y la prohibición se había intentado sin éxito. Polonia y Suiza señalaron que «no había ningún estudio exhaustivo disponible sobre el cáñamo indio, particularmente desde el punto de vista médico y científico». El Comité decidió, en consecuencia, a propuesta del delegado polaco, crear una Subcomisión sobre el cáñamo indio, compuesta por representantes del Canadá, Egipto, España, EE.UU. (que fue nombrado presidente), Francia, R.U., India, México, Países Bajos y Polonia, con un asesor médico,

«para estudiar todo el problema del cáñamo indio. La Subcomisión podría solicitar en el curso de sus investigaciones la cooperación de expertos, médicos y otras personas debidamente cualificadas en la materia del cáñamo indio y que hayan tenido experiencia local, ya sea en África, en Asia o en América.

Como preparación para el trabajo de la Subcomisión, el Comité pidió al Secretariado, a propuesta del delegado suizo, que preparara una biblio-

grafía de toda la literatura relativa al cáñamo indio, y en el probable caso de que no se dispusiera de una obra completa y autorizada sobre la cuestión, que considerara la posibilidad de publicar, en alguna fecha futura, un memorándum sobre el problema del cáñamo indio que pusiera al día la información existente sobre el tema, particularmente desde el punto de vista médico y científico».

9. En su primera reunión en 1935 la Subcomisión discutió la bibliografía y el desarrollo de pruebas químicas para los cannabinoles, y decidió invitar la colaboración de 6 expertos ¹ para simplificar la nomenclatura y determinar si la droga creaba hábito, y en qué formas, y qué tratamiento podría ser apropiado. Se pidió al Secretariado que considerara posibles mejoras en la convención y que organizara estudios sobre la causa y el efecto del abuso del cáñamo indio.

1 Col. Biggam, RAMC, Col. Martin, Servicio de Salud de Siria, Dr. Treadway, Servicio de Salud Pública de EE.UU., Dr. Chamot, Jefe de Toxicología, Rabat, Dr. Bouquet, Químico de los hospitales de Túnez, Prof. Rodhain, Amberes.

10. En 1936 el Subcomité examinó la información presentada por el asesor, Dr. Bouquet (cuya contribución fue particularmente elogiada) y el Dr. Treadway. Su informe incluía las siguientes declaraciones: —

«En cuanto a los efectos del abuso del cannabis, el Subcomité halló que la información de que dispone deja todavía mucho que desear. El Subcomité recomienda que se haga un esfuerzo por procurar más información relativa a la adicción al cannabis en lo que respecta a:

- (1) Efectos fisiológicos
- (2) Efectos psicológicos
- (3) Efectos psicopáticos (demencia)
- (4) Propiedades adictivas (síntomas de abstinencia)
- (5) Relación con el crimen.»

Se presentó informalmente información relativa a la demencia resultante del uso del cannabis y a la relación ⁹⁸ entre la adicción al cannabis y el

crimen, lo que lleva al Subcomité a la conclusión de que sería aconsejable reunir toda la información disponible en todo el mundo sobre estas materias.... Se planteó en el Subcomité la cuestión de la relación que posiblemente existe entre la adicción al cáñamo indio y la adicción a otras drogas. Cabe preguntarse si los adictos al cáñamo indio privados del hachís tienen o no tendencia a convertirse en víctimas de otras drogas, y si existe o no relación entre estas dos adicciones. La cuestión es si hay que temer que la erradicación de un mal conduzca al surgimiento de otro...

11. En 1938 se proporcionó al Subcomité (al que se unió el Dr. Bouquet) una variedad de trabajos científicos e informes (incluida información sobre la Marihuana Tax Act de los Estados Unidos de 1937) y resumió su progreso como sigue:

«El Subcomité señala que, como resultado de las investigaciones realizadas hasta la fecha, se ha avanzado en lo que respecta a la identificación química del cannabis, y se ha reunido información sobre otras fases del problema, si bien, al mismo tiempo, ciertos puntos requieren todavía aclaración, especialmente en relación con los efectos fisiológicos, psicológicos y psicopáticos del cannabis y con las relaciones entre la adicción al hachís y la demencia y entre la adicción al cannabis y la adicción a otras drogas, especialmente la heroína.»

No hubo más reuniones del Comité Asesor ni del Subcomité sobre el Cáñamo Indio.

Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas

12. En su primer período de sesiones, en 1946, la Comisión decidió no nombrar un subcomité sobre el cáñamo indio como lo había hecho antes el Comité Asesor. El informe de la Comisión mencionaba que

«Se había adelantado cierta opinión médica en los Estados Unidos y en México de que la marihuana no ofrecía ningún peligro real y tenía poca influencia sobre la conducta criminal. En efecto, los médicos mexicanos eran de la opinión de que su uso no tenía ningún efecto nocivo sobre la salud del consumidor. El representante de México se preguntaba si, en estas circunstancias, restricciones demasiado estrictas al uso de esta

planta, cuya producción estaba de hecho prohibida en México, no darían por resultado su sustitución por el alcohol, lo que

podría tener peores resultados. El representante de los Estados Unidos no compartía este punto de vista y citó varios ejemplos concretos que probaban la relación entre el uso de la marihuana y el crimen. Consideraba que el reciente informe de ciertos médicos de los Estados Unidos sobre la materia había sido sumamente peligroso. Estos médicos habían tenido, en efecto, un campo de observación muy limitado, pues habían llevado a cabo sus estudios en un establecimiento penal....

El representante de la India consideró que el efecto del cannabis en su país dependía generalmente de la predisposición natural y psicológica del individuo. En conjunto, los indios eran moderados en su uso del gunjah y del bhang. Los mismos fenómenos se habían observado en Egipto. Este país había limitado, sin embargo, la cantidad de Cannabis indica así como de otros estupefacientes que los médicos podían prescribir con fines medicinales».

13. En su tercer período de sesiones, en 1948, se planteó la cuestión del uso médico del cannabis y la Comisión estuvo de acuerdo con una propuesta de la Unión Soviética de insertar en la futura Convención Única una disposición que prohibiera la preparación de hachís.

14. De 1949 a 1952 la Comisión se concentró en la preparación de una nueva convención internacional. En 1953 observó que se habían impuesto nuevas restricciones al cannabis en Francia, Argelia, Marruecos, Túnez y Egipto; acordó que, como sugería la O.M.S., se sustituyera el término «cañamo indio» por el de «cannabis»; y pidió a la Secretaría que realizara estudios sobre el problema en diversos países e investigaciones (1) para encontrar cultivos alternativos productores de fibra sin resina nociva (con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y (2) sobre los efectos físicos y mentales del cannabis (a través de la O.M.S.).

15. En 1954 el Comité de Expertos de la O.M.S. en Drogas Susceptibles de Producir Adicción advirtió a la Comisión que los preparados de cannabis ya no servían a ningún propósito médico útil y estaban práctica-

mente obsoletos. La Comisión recomendó al ECOSOC que instara a los gobiernos a explorar la posibilidad de abandonar su uso lo antes posible. Las respuestas a esta exhortación del ECOSOC mostraron posteriormente que muchos gobiernos no se comprometían respecto de la necesidad de ninguna acción positiva.

16. En 1955 la Comisión recibió informes sobre la situación del cannabis en seis países del África meridional. Se le proporcionó también un informe del Dr. P. O. Wolff (antiguo Jefe de la Sección de Drogas Productoras de Adicción de la O.M.S.) sobre los «Efectos físicos y mentales del cannabis», que afirmaba que

«Es importante darse cuenta de que no solo el fumar marihuana es en sí un peligro, sino que su uso lleva eventualmente al fumador a recurrir a las inyecciones intravenosas de heroína»

y concluía que

«el cannabis constituye una droga peligrosa desde todos los puntos de vista, ya sea físico, mental, social o criminológico».

En el mismo período de sesiones la Comisión decidió provisionalmente incluir el cannabis en la Lista IV del proyectado nuevo convenio.

17. En 1957 la Comisión recibió informes sobre el problema en Angola, Brasil, India, Marruecos, Costa Rica, Egipto, Italia y Pakistán, y solicitó

estudios en Nepal y el Líbano. El representante de la O.M.S. reafirmó que el cannabis no poseía ningún valor terapéutico. La Comisión adoptó una resolución en la que instaba a los gobiernos a abolir el consumo legal de cannabis y a promover la investigación.

18. En 1958 se presentaron informes sobre la situación del cannabis en Birmania y el Líbano. El Brasil informó que el uso de la maconha se había extendido a casi todas las clases sociales y contribuía al crimen. La India informó que el Comité de la Farmacopea India creía que el cannabis tenía un valor clínico definido, pero que su uso estaba disminuyendo debido a la inestabilidad del principio activo y se buscaban preparados más estables. La Conferencia Panindia de Estupefacientes de 1956 había

recomendado medidas encaminadas a la prohibición total del gunjah y del bhang para 1959 y 1961.

19. En 1959 la Comisión examinó estudios sobre la situación del cannabis en Jamaica, México, los Estados Unidos y China; tomó nota de las contramedidas activas que se estaban adoptando en Marruecos, el Cercano y Medio Oriente y México; pidió que el Laboratorio de las Naciones Unidas intensificara la investigación para identificar las drogas de cannabis y distribuyera muestras auténticas para el análisis nacional; y, a la luz de nuevas sugerencias de que el cannabis podría tener valor como antibiótico, recomendó al ECOSOC que pidiera a la O.M.S. que proporcionara asesoramiento sobre esta cuestión para su consideración en la propuesta Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Proyecto de Convención Única.

20. En su decimosexto período de sesiones, en 1961, se informó a la Comisión que la prensa de los Países Bajos había destacado comentarios de profesionales según los cuales la adicción al cannabis no era peor que el alcoholismo. El informe registraba que

«El Observador de la INTERPOL dijo que se sabía que la intoxicación por cannabis producía agresividad. El representante de la O.M.S. señaló a la atención la opinión del Comité de Expertos de la O.M.S., todavía válida, de que “el abuso del cannabis entra decididamente en los términos de su definición de adicción”. Existía además el peligro añadido de que el abuso del cannabis muy probablemente sea precursor de la adicción a drogas adictivas más peligrosas. La Comisión recordó que había acordado que el abuso del cannabis era una forma de drogadicción y subrayó que cualquier publicidad en contrario era engañosa y peligrosa».

El representante de la O.M.S. declaró que

«todavía no se sabía qué componente del cannabis producía la adicción, y por lo tanto no era posible evaluar cuantitativamente sus propiedades adictivas».

Conferencia de Plenipotenciarios para la Adopción de la Convención Única de Estupefacientes (enero-marzo de 1961)

21. Esta Conferencia tenía ante sí un Tercer Proyecto de Convención preparado por la Comisión de Estupefacientes para consolidar y ampliar los tratados internacionales anteriores. El plan general comprendía la limitación a fines médicos y científicos; y 4 listas con obligaciones obligatorias de controles estrictos (y, en el caso de la Lista IV, prohibición completa). Por lo que respecta al cannabis, el artículo 39 preveía la prohibición completa de toda manipulación de cannabis o de preparados de cannabis, salvo para la investigación científica o el uso en los sistemas indígenas de medicina. La Conferencia tenía también ante sí una nota de la O.M.S. que afirmaba una vez más

que no había justificación para el uso médico del cannabis y aconsejaba que la prohibición o restricción de tal uso se recomendara pero no fuera obligatoria.

22. En los debates plenarios se discutieron en términos generales el valor del cannabis y sus peligros. Bélgica, Alemania y los Países Bajos señalaron a la atención el uso de preparados galénicos. Yugoslavia expresó el temor de que se restringiera el uso industrial. La Liga de los Estados Árabes afirmó que en el Oriente Medio se prefería el hachís a otros estupefacientes. Ghana, con el apoyo del Brasil, dijo que el cannabis producía una conducta antisocial que constituía una amenaza para toda la comunidad y debía controlarse con tanta severidad como el opio. Venezuela informó que el cannabis era un «grave peligro social». Los Estados Unidos señalaron que, aunque el cannabis pudiera ser meramente creador de hábito, muy a menudo era «solo un peldaño hacia la adicción a la heroína». La India sostuvo que los productos de cannabis eran menos nocivos que la heroína, y que la adicción al cannabis, como el alcoholismo, no constituía un problema social grave en ese país, donde el fumar marihuana no conducía a tomar heroína. Francia y el Reino Unido indicaron que el problema del cannabis les preocupaba poco en sus países y que les interesaba que los gobiernos nacionales tuvieran libertad para decidir la prohibición completa a su propia discreción, la forma de control recomendada por la O.M.S.

23. Tras ulterior discusión del esquema general de control y de los problemas del cannabis, se decidió

(i) mantener 4 listas a efectos de control, con libertad para que las Partes decidieran a su propia discreción si prohibían la manipulación de las drogas enumeradas en la Lista IV;

(ii) incluir en el preámbulo de la Convención una limitación primordial que restringiera el uso de las drogas incluidas en las listas a fines médicos y científicos;

(iii) incluir disposiciones transitorias que permitieran a países como la India y el Pakistán autorizar el uso no médico del cannabis por un período de 25 años;

(iv) excluir las hojas de la planta de cannabis del ámbito de la Convención, salvo por una obligación en términos generales (artículo 28(3)) de que «las Partes adoptarán las medidas que sean necesarias para prevenir el uso indebido de las hojas de la planta de cannabis y el tráfico ilícito de las mismas»,

24. Un Comité Técnico que trabajó en la selección de drogas para las listas adoptó los siguientes criterios para incluir sustancias en la Lista IV:

—

(a) tener fuertes propiedades adictivas o una propensión al abuso no compensada por ventajas terapéuticas que no puedan aportar otras drogas; y/o

(b) ser deseable su eliminación completa de la práctica médica general debido al riesgo para la salud pública.

Sobre esta base la Conferencia acordó que el cannabis, así como la resina de cannabis, debían incluirse (con la heroína, la desomorfina y la ketobemidona) en la 4.^a Lista, y Suecia subrayó la conclusión al destacar que la heroína era fuertemente productora de adicción pero no era objeto de abuso por muchas personas, mientras que el cannabis

era consumido por un gran número de personas pero no era en sí mismo fuertemente productor de adicción.

El texto final del artículo 3(5) da efecto a estos criterios con las palabras

«particularmente propensas al abuso y a producir efectos nocivos y... tal propensión no está compensada por ventajas terapéuticas sustanciales que no posean sustancias distintas de las drogas de la Lista IV».

En otras palabras, la presencia del cannabis en la Lista IV debe explicarse por su amplio abuso y su obsolescencia en la práctica médica, más que por su peligro intrínseco.

Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas

25. En 1963 y 1965 la Comisión revisó su actitud respecto del cannabis a la luz de nueva publicidad que ponía en duda los peligros de la droga. El representante de la O.M.S., comentando la definición adoptada por el Comité de Expertos para la dependencia de tipo cannabis, ¹ dijo que

«si bien la definición de un tipo de dependencia se circunscribía a sus aspectos médicos, no debían pasarse por alto las características e implicaciones socioeconómicas. Así, la ansiedad por la distorsión de la percepción, que figuraba entre los efectos de la droga, podía conducir a la ruptura de las relaciones interpersonales, y el abuso de la droga, a la conducta delictiva».

26. La Comisión expuso su posición como sigue. Reconocía

«que la situación difería de un país a otro. Si bien el cannabis debía estar sujeto al mismo tipo de control en el plano internacional, quizá fuera necesario ajustar el rigor del control en el plano nacional... No podía haber duda de que el cannabis representaba un peligro para la sociedad, aunque cada vez más personas intentaban poner en duda la necesidad de controlar esta sustancia. La Comisión reiteró su opinión de que el cannabis, la droga que más circulaba en el tráfico internacional, debía estar plenamente sujeto al control internacional. En virtud de la Convención de 1961, estaba de hecho sujeto al régimen de control más estricto. Por consiguiente, los gobiernos debían actuar en consecuencia y, si bien podía haber algunas variaciones en el tipo de control nacional, el principio como tal no podía ponerse en tela de juicio».

27. En su vigésimo segundo período de sesiones, en 1968, la atención de la Comisión se vio una vez más atraída hacia las campañas publicitarias

en favor de la legalización o la tolerancia del uso del cannabis con fines no médicos. El representante de la INTERPOL informó de que en su reciente Conferencia Anual había adoptado una resolución de enérgica redacción acerca de la necesidad de combatir el uso del cannabis. A iniciativa de los EE.UU., Francia, Ghana, Jamaica, Japón, México y la R.A.U., la Comisión decidió recomendar para su adopción el siguiente proyecto de resolución:

«El abuso del cannabis y la necesidad continua de un control estricto El Consejo Económico y Social

Recordando que la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes obliga a las Partes a someter el cannabis a controles estrictos para prevenir su abuso,

Considerando que el problema del tráfico y el abuso del cannabis sigue siendo grave en muchas zonas donde se viene encontrando desde hace mucho tiempo,

Observando que el tráfico y el abuso del cannabis parecen extenderse a zonas donde hasta ahora no se habían encontrado,

Tomando nota de que se ha dado considerable publicidad a declaraciones no autorizadas que minimizan los efectos nocivos del cannabis y propugnan que se permita su uso con fines no médicos,

Reconociendo que es sabido que el cannabis, entre otras cosas, distorsiona la percepción del tiempo y del espacio, modifica el estado de ánimo y perturba el juicio, lo que puede dar lugar a conductas imprevisibles, violencia y efectos adversos para la salud, y que puede estar asociado al abuso de otras drogas como el LSD, los estimulantes y la heroína,

Convencido de que los controles ineficaces, la apatía y la falta de conciencia pública sobre los peligros del cannabis y su abuso continuado contribuyen a la dependencia de drogas, crean problemas de aplicación de la ley y perjudican la salud, la seguridad y el bienestar nacionales,

1. Recomienda que todos los países interesados incrementen sus esfuerzos para erradicar el abuso y el tráfico ilícito de cannabis;

2. Recomienda además que los gobiernos promuevan la investigación y aporten información médica y sociológica adicional sobre el cannabis, y hagan frente eficazmente a la publicidad que propugna la legalización o la tolerancia del uso no médico del cannabis como droga inocua».

Junta Central Permanente de Estupefacientes 28. En su Informe Final publicado en noviembre de 1967, la Junta declaró

«El abuso del cannabis está más extendido que el de cualquier otra sustancia sometida a control internacional. Es también la sustancia sobre la que, por el momento, la Junta posee menos información, ya que solo desde la entrada en vigor de la Convención Única han estado obligados los gobiernos a facilitar datos estadísticos completos sobre el cannabis...

... la Junta estima que debe repetir la advertencia que incluyó en su informe de 1965, a saber, que la oposición al control del cannabis es contraria al consejo de autoridades científicas y médicas de renombre internacional y contraria a la política reafirmada por la comunidad internacional de Estados en la Conferencia Plenipotenciaria que redactó la Convención Única en 1961. Esta conferencia clasificó de hecho el cannabis entre las sustancias particularmente peligrosas y recomendó que los gobiernos impusieran una prohibición general de su producción, distribución y consumo, incluso con fines médicos. Vale la pena recordar que esta decisión fue tomada por una conferencia de 74 delegados entre cuyos miembros había muchos expertos familiarizados con todos los aspectos del problema de los estupefacientes».

Anexo: Extracto de la declaración del delegado egipcio en la Segunda Conferencia del Opio,

«El hachís, preparado en diversas formas, se emplea principalmente de los siguientes modos: (a) En forma de pasta hecha con la resina obtenida de las hojas y flores trituradas, que se mezcla con azúcar y se cuece con manteca y sustancias aromáticas y se usa para hacer dulces, confitería, etc.; conocido en Egipto con los nombres de mansul, maagun y garawish.

(b) Cortado en pequeños fragmentos, se mezcla con tabaco para fumarlo en cigarrillos.

(c) El cáñamo índico se fuma simplemente en pipas de agua especiales, llamadas gozah.

Debemos considerar a continuación los efectos que produce el uso del hachís y distinguir entre:

(1) hashismo agudo

(2) hashismo crónico.»

El hashismo agudo se produce cuando el consumidor usa el hachís de manera irregular.

Estudemos los efectos de esta intoxicación: tomado en pequeñas dosis, el hachís produce al principio una embriaguez agradable, una sensación de bienestar y un deseo de sonreír; el ánimo se estimula. Una dosis ligeramente más fuerte trae una sensación de opresión y malestar. Sigue a ello una especie de delirio hilarante y ruidoso en las personas de índole alegre, pero el delirio toma forma violenta en las personas de carácter violento. Debe notarse que la conducta bajo la influencia del delirio está siempre relacionada con el carácter del individuo. A este estado de embriaguez o delirio sigue el sueño, que suele ser apacible, pero a veces interrumpido por pesadillas. El despertar no es desagradable; hay una ligera sensación de fatiga, que pronto pasa.

El hachís absorbido en grandes dosis produce un delirio grave y una fuerte agitación física; predispone a actos de violencia y produce una característica risa estridente. A esta condición sigue un verdadero estupor, que no puede llamarse sueño. Al despertar se siente gran fatiga, y la sensación de depresión puede durar varios días.

El uso habitual del hachís engendra el hashishismo crónico, que es más grave que el hashishismo agudo.

El semblante del adicto se vuelve sombrío, su mirada extraviada y la expresión de su rostro estúpida. Guarda silencio; no tiene fuerza muscular; padece dolencias físicas, trastornos cardíacos, trastornos digestivos, etc.; sus facultades intelectuales se debilitan gradualmente y todo el or-

ganismo se deteriora. El adicto se vuelve muy frecuentemente neurasténico y, con el tiempo, demente.

En general, la absorción del hachís produce alucinaciones, ilusiones en cuanto al tiempo y al lugar, accesos de temblor y convulsiones.

Una persona bajo la influencia del hachís presenta síntomas muy semejantes a los de la histeria.

Desde el punto de vista terapéutico, la ciencia no ha hecho gran uso del hachís con buenos resultados. Se ha administrado, sin embargo, con algún éxito en ciertos casos de delirium tremens.

Tomado así ocasionalmente y en pequeñas dosis, el hachís quizá no ofrezca mucho peligro, pero siempre existe el riesgo de que, una vez que una persona empieza a tomarlo, continúe. Adquiere el hábito y se hace adicto a la droga y, una vez ocurrido esto, es muy difícil escapar. A pesar de las humillaciones y penalidades infligidas a los adictos en Egipto, siempre vuelven a su vicio. Se los conoce como «hashashees», que es un término de reproche en nuestro país, y se los considera desechos inútiles.

El hashishismo crónico es extremadamente grave, pues el hachís es una sustancia tóxica, un veneno contra el cual no se conoce antídoto eficaz....

En vista del gran peligro que entraña el consumo del hachís, el Gobierno egipcio ha tomado medidas especiales. En 1884 se prohibió el cultivo de esta planta. Se tomaron medidas para impedir la producción y la importación de Cannabis indica. Las siguientes cantidades fueron incautadas por la Administración de Aduanas:

En 1919

Kg. de hachís

; las siguientes cantidades fueron incautadas por la Administración de Guardacostas

En 1920

Kg. de hachís

No tengo información respecto de las cantidades incautadas por la policía.

El uso ilícito del hachís es la causa principal de la mayoría de los casos de demencia que ocurren en Egipto. En apoyo de esta afirmación, puede observarse que hay tres veces más casos de enajenación mental entre hombres que entre mujeres, y es un hecho establecido que los hombres son mucho más adictos al hachís que las mujeres. (En Europa, por el contrario, es significativo que ocurra una mayor proporción de casos de demencia entre mujeres que entre hombres).

En términos generales, la proporción de casos de demencia causados por el uso del hachís varía del 30 al 60 por ciento del número total de casos que ocurren en Egipto.

No veo por qué hemos de esperar hasta 1925 para tomar una decisión sobre esta cuestión, puesto que un gran número de países se ha pronunciado en favor de mi propuesta.

Ruego encarecidamente a todos los delegados que presten a esta cuestión su mayor atención, pues conozco la mentalidad de los pueblos orientales y temo que se diga que la cuestión no fue tratada porque no afectaba a la seguridad de los europeos....

Además, estoy seguro de que, si tomamos una decisión respecto del opio y de las drogas mencionadas en la Lista del Comité Consultivo, sin añadir el hachís, este último pronto sustituirá a los demás narcóticos y se convertirá entonces en una terrible amenaza para el mundo entero. Me parece que es mejor prevenir una enfermedad que curarla....»

Organización Mundial de la Salud — Evaluación de la dependencia del tipo cannabis

Dependencia de drogas del tipo cannabis (marihuana)

No se sabe con absoluta certeza cuál de las estructuras químicas que se han aislado de la *Cannabis sativa* L. es responsable de los efectos típicos del cannabis, pero estos pueden, no obstante, describirse como constitutivos de una entidad que varía en grado según la concentración del principio o principios activos en la planta¹¹⁰ y en las preparaciones obtenidas

de ella, y según el modo de aplicación. Estos efectos también pueden ser producidos por ciertas sustancias sintéticas de estructura química similar.

Entre los efectos subjetivos más destacados del cannabis, por los cuales se toma ocasional, periódica o crónicamente, están: la hilaridad, a menudo sin motivación aparente; el despreocupado desinterés; la euforia locuaz, con aumento de la sociabilidad como resultado; la distorsión de la sensación y de la percepción, especialmente del espacio y del tiempo, reforzando esta última la dependencia psíquica y siendo valorada en circunstancias especiales; el deterioro del juicio y de la memoria; la distorsión de la capacidad de respuesta emocional; la irritabilidad; y la confusión. Otros efectos, que aparecen especialmente tras la administración repetida y a medida que el usuario adquiere más experiencia, incluyen: la disminución del umbral sensorial, especialmente para los estímulos ópticos y acústicos, lo que resulta en una apreciación intensificada de las obras de arte, la pintura y la música; alucinaciones, ilusiones y delirios que predisponen a una conducta antisocial; ansiedad y agresividad como posible resultado de los diversos trastornos intelectuales y sensoriales; y alteraciones del sueño.

En la esfera psicomotora, se produce hipercinesia sin deterioro de la coordinación. Entre los efectos somáticos, a menudo persistentes, están la inyección de los vasos ciliares y la orofaringitis, la bronquitis crónica y el asma; estas condiciones y la hipoglucemia, con la consiguiente bulimia, son síntomas de intoxicación, no de abstinencia.

Típicamente, el abuso del cannabis es periódico, pero, incluso durante una administración prolongada y continua, no puede detectarse evidencia del desarrollo de dependencia física. En consecuencia, no hay un síndrome de abstinencia característico cuando se interrumpe el uso de la droga.

Ya sea la administración de la droga periódica o continua, no se ha demostrado tolerancia a sus efectos subjetivos y psicomotores.

Si bien el cannabis atrae a menudo a los mentalmente inestables y puede precipitar psicosis temporales en individuos predispuestos, no se dis-

pone de evidencia inequívoca de que se produzcan cambios mentales duraderos.

La dependencia de drogas del tipo cannabis es un estado que surge de la administración crónica o periódica de cannabis o de sustancias de cannabis (naturales o sintéticas). Sus características son:

(a) Dependencia psíquica de moderada a fuerte, a causa del efecto subjetivo deseado

(b) Ausencia de dependencia física, de modo que no hay un síndrome de abstinencia característico cuando se interrumpe la droga.

(c) Escasa tendencia a aumentar la dosis y ninguna evidencia de tolerancia.

Para el individuo, el daño resultante del abuso del cannabis puede incluir la inercia, la letargia, el abandono de sí mismo, la sensación de mayor capacidad, con el correspondiente fracaso, y la precipitación de episodios psicóticos. El abuso del cannabis facilita la asociación con grupos sociales y subculturas involucradas con drogas más peligrosas, como los opiáceos o los barbitúricos. La transición al uso de tales drogas sería una consecuencia de esta asociación más que un efecto inherente del cannabis. El daño a la sociedad derivado del abuso del cannabis radica en la consecuencia económica del deterioro de las funciones sociales del individuo y de su mayor propensión a una conducta social y antisocial.

Lista alfabética de testigos

Sr. A. Lawrence Abel, M.S., M.D., F.R.C.S., Presidente del Comité de Ciencia, Educación e Investigación Médicas de la Asociación Médica Británica.

Sr. Stephen Abrams, psicólogo, director de SOMA.

Dr. H. Dale Beckett, D.P.M., psiquiatra consultor, director de la Unidad Salter.

Dr. Joseph H. Berke, M.D., investigador en psiquiatría y ciencias sociales de la Philadelphia Association. Presidente del Comité de Investigación sobre el Cannabis.

Sr. A. Bestic, escritor.

Dr. P. A. L. Chappie, M.B., Ch.B., D.P.M.

Sr. Clive Goodwin, agente literario.

Sir Harry Greenfield, K.B., C.S.I., C.E.I., presidente de la Junta Central Permanente de Estupefacientes (hoy sustituida por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).

Sr. Calvin C. Hernton, M.A., sociólogo, miembro del Comité de Investigación sobre el Cannabis.

Dr. Sam Hutt, M.B., B.Chir., médico.

Sr. Francis Huxley, antropólogo social, fellow del St. Catherine's College, Oxford.

Dr. R. D. Laing, M.B., Ch.B., D.P.M., presidente de la Philadelphia Association, Ltd.

Sr. Peter Laurie, periodista.

Sr. William Levy, editor de «International Times».

Dr. Robert E. Lister, B.Sc., Ph.D., jefe de la División de Farmacología Aplicada y Toxicología, Arthur D. Little Ltd., Musselburgh.

Sr. Martin R. Sharp, artista, representante de la revista «OZ».

Farmacología del cannabis

1. Cannabis es el nombre genérico del cáñamo indio (*C. sativa*). Las drogas de cannabis se obtienen de las sumidades floridas o de las hojas de la planta. La resina de la *C. sativa* se designa a menudo como hachís y entre sus componentes se incluyen el cannabidiol, el cannabinoil y varios tetrahidrocannabinoles designados colectivamente como T.H.C. Otros componentes son el cannabigerol, el cannabicromeno y el ácido cannabidiólico. Los principios activos son el T.H.C., dos de ellos, el Δ^1 y el Δ^6 T.H.C., de gran potencia. Las relaciones entre los componentes y las posibilidades de interconversión entre algunos de ellos en distintas condiciones, como la alta temperatura y el grado de oxigenación que se pro-

durante la combustión, han sido estudiadas, pero aún no están plenamente dilucidadas. El trabajo se ve obstaculizado por la relativa insolubilidad de estas sustancias. Las cantidades relativas y totales de los principios activos en una muestra de cannabis dependen de los factores climáticos durante el crecimiento, la elaboración o la preparación, y de la forma en que se usa la droga. Por ejemplo,

el Δ^6 T.H.C. es aproximadamente 2-5 veces más activo cuando se fuma que cuando se ingiere. La velocidad y el grado de absorción y, por tanto, el comienzo y la duración del efecto, están relacionados con la vía de administración (siendo la inhalación más rápida que la administración oral) y con la pericia del fumador para prolongar el contacto entre el humo y las superficies absorbentes del pulmón, etc. En el hombre, el humo inhalado inicia los efectos en pocos minutos y puede obtenerse un efecto máximo tras media hora a una hora. Mediante la inhalación se alcanza cierto grado de control según el efecto deseado. La acción persiste unas 3-5 horas.

2. Los métodos químicos de análisis de los componentes y productos del hachís incluyen la cromatografía y la espectrofotometría. El aislamiento cuantitativo de los principios activos o de sus metabolitos a partir de los fluidos corporales no es posible en la actualidad y todavía no pueden garantizarse recuperaciones consistentes. No hay un conocimiento preciso sobre la absorción, la distribución, el modo de acción o la degradación metabólica del T.H.C. o de los demás componentes del cannabis en el hombre.

3. En los animales, la sobredosis masiva de cannabis causa la muerte por depresión respiratoria. El cannabis prolonga el tiempo de sueño de los ratones tratados con dosis hipnóticas de barbitúricos, y se dice que este efecto persiste durante un período de 2-3 meses.

Un efecto tan prolongado sugiere que el cannabis ha interferido con los sistemas adaptativos de enzimas lisosomales. El cannabis también intensifica el efecto estimulante de la anfetamina en los ratones, a juzgar por el grado de inquietud producido, otro efecto que puede deberse a la inhibición de la actividad enzimática hepática. No se sabe si estas dos interacciones importantes ocurren en el hombre. La investigación far-

macrológica en el hombre está actualmente muy limitada por las leyes y reglamentos vigentes sobre drogas.

Resumen de las disposiciones legales para el control de drogas en el Reino Unido

Leyes

Dangerous Drugs Acts 1965 y 1967; Dangerous Drugs (No. 2) Regulations 1964;

Dangerous Drugs (Notification of Addicts) Regulations 1968: Dangerous Drugs (Supply to Addicts) Regulations

Ley de drogas (prevención del uso indebido) de 1965.

Ley de farmacia y venenos de 1933; Orden de la lista de venenos (n.º 2) de 1968; Reglas de venenos (n.º 2) de 1968.

Drogas

controladas

Opiáceos, incluidos morfina, heroína*

Analgésicos sintéticos: petidina, metadona, etc.

Cocaína *Cannabis*

Anfetaminas* y algunas sustancias similares.

Dietilamida del ácido lisérgico (L.S.D.25)* y algunas sustancias similares, incluida la mescalina.

Todas las nombradas en la lista de venenos, incluidos los barbitúricos y las drogas nombradas en las cols. I y

Nota: los barbitúricos y las drogas mencionadas en las cols. I y II están incluidos en la parte I de la lista de venenos y en el anexo IV de las reglas.

Principales

disposiciones

(a) Delito poseerlas sin autorización

(a) Delito poseerlas sin autorización

(a) Delito que un veneno de la parte I de la lista de venenos se venda al por menor de otro modo que por un vendedor autorizado de venenos desde locales registrados.

(b) Delito importarlas y exportarlas salvo con licencia.

(b) Delito importarlas salvo con licencia.

(b) Delito que las sustancias nombradas en el anexo IV de las reglas de venenos se vendan salvo con receta extendida por un facultativo debidamente cualificado.

(c) Las personas autorizadas a poseerlas tienen que llevar registros de los movimientos de drogas.

(c) No se exigen registros de las ventas de sustancias del anexo IV, pero las recetas privadas deben conservarse durante dos años.

(d) Las drogas deben guardarse bajo llave por las personas autorizadas a poseerlas.

(e) Los médicos deben notificar todos los casos de personas adictas a drogas controladas por la ley de 1965.

(f) La heroína y la cocaína solo pueden prescribirse a un adicto por un médico especialmente autorizado.

Penalidades

Procedimiento sumario — multa de 250 £ y/o 12 meses de prisión.

Acusación — multa de 1.000 £ y/o 10 años de prisión.

Procedimiento sumario — multa de 200 £ y/o 6 meses de prisión.

Acusación — multa ilimitada y/o 2 años de prisión.

Multa de 50 £.

*Drogas habitualmente obtenidas ilegalmente. †Según se definen en el Reglamento.

Impreso en Inglaterra para la Oficina de Papelería de Su Majestad por McCorquodale & Co. Ltd., Londres.

HM 2440 Dd. 147377 K400 12/68

Cannabis

Informe del Comité Asesor sobre Dependencia de Drogas

Presidente

Sir Edward Wayne, M.D., Ph.D., D.Sc., F.R.C.P., F.R.C.P.(G.).

Miembros

R. G. Bannister, Esq., C.B.E., D.M., M.R.C.P., M.R.C.S.

*K. J. P. Barraclough, Esq., C.B.E., T.D.

*T. H. Bewley, Esq., M.D., F.R.C.P.I., D.P.M.

Arthur Blenkinsop, Esq., M.P.

J. C. Bloomfield, Esq., F.P.S., F.B.O.A.

*P. E. Brodie, Esq., O.B.E.

*P. H. Connell, Esq., M.D., D.P.M.

El Rt. Hon. William Deedes, M.C., M.P.

Miss Monica Furlong

Ronald G. Gibson, Esq., O.B.E., M.R.C.S., L.R.C.P.

*I. D. P. Graham, Esq., M.D., F.R.C.P. (Edin.), F.R.C.P.(G.).

Miss E. I. W. Hobkirk, C.B.E., T.D.

*N. B. Malleson, Esq., M.D., M.R.C.P.

H. J. S. Matthew, Esq., M.D., F.R.C.P.

A. B. Monro, Esq., M.D., Ph.D., M.R.C.P., D.P.M.

Miss E. C. Murphy *H. W. Palmer, Esq.,

*Timothy Raison, Esq.

*Michael Schofield, Esq.

R. J. Werry, Esq., C.B.E.

*The Baroness Wootton of Abinger.

Miembro cooptado

*Sir Aubrey Lewis, M.D., F.R.C.P.

Secretarios conjuntos

†E. G. Lucas, Esq., M.B., Ch.B., M.R.C.P.(E)., D.P.M., D(Obst).R.C.O.G.

D. G. Turner, Esq.

* Miembros del Subcomité de Alucinógenos.

† A partir del 1 de noviembre de 1968, N. R. W. Taylor, Esq., M.B., Ch.B. (Ed.), M.R.C.P. (Ed.)

(Presidente: Sir Edward Wayne, M.D., Ph.D., D.Sc., F.R.C.P., F.R.C.P. (G.))

Home Office Romney House Marsham Street Londres, S.W.1

1 de noviembre de 1968

Estimado Ministro del Interior:

Tengo el gran placer de enviarle a usted y a sus colegas, el Secretario de Estado de Servicios Sociales y el Secretario de Estado de Escocia, el Informe sobre el Cannabis preparado por el Subcomité de Alucinógenos del Comité Asesor sobre Dependencia de Drogas. El Informe se somete a consideración, con el respaldo completo del Comité Asesor, salvo las menores reservas mencionadas más abajo.

La experiencia del cannabis en el Reino Unido ha sido hasta ahora demasiado limitada para una evaluación exhaustiva. El Comité desea ren-

dir homenaje a los autores del informe por las muchas horas y el estudio minucioso que cada uno aportó.

No pretendemos, sin embargo, que el Informe pueda considerarse final y definitivo. Al contrario, como se pone de manifiesto en el Informe, existe una necesidad grave y urgente de un estudio experto adicional de todos los aspectos del uso del cannabis y de sus consecuencias para el individuo y la sociedad.

Pensamos que los efectos adversos que el consumo de cannabis, incluso en pequeñas cantidades, puede producir en algunas personas no deben desestimarse como insignificantes. No tenemos duda de que no debe fomentarse un uso más amplio del cannabis. Por otra parte, pensamos que los peligros de su uso tal como comúnmente se aceptaban en el pasado y el riesgo de progresión a los opiáceos se han exagerado, y que las sanciones penales existentes destinadas a frenar su uso son injustificadamente severas.

Las recomendaciones del Subcomité se exponen claramente en el párrafo 101 del Informe y se agrupan en cinco grandes grupos — investigación (recomendaciones (1) y (2)); refundición de la legislación general sobre drogas (recomendación (3)); modificación de la ley vigente relativa al cannabis (recomendaciones (4)-(9), (12)); cannabinoles sintéticos (recomendación (11)); y una revisión de las facultades policiales de registro y detención en relación con los delitos de drogas en general (recomendación 10).

En suma, representan una petición de que el uso del cannabis se juzgue con más realismo en nuestros códigos de derecho y de conducta social, a la luz de nuestra comprensión actual y en espera de los estudios adicionales que son necesarios. Estas recomendaciones no contravienen en modo alguno las obligaciones de control del cannabis asumidas por el Gobierno de Su Majestad como Parte en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.

El Comité Asesor ha aceptado la recomendación (10) y se propone emprender lo antes posible una revisión de las actuales facultades de detención y registro en relación con los delitos de drogas. Esperamos que

usted y sus colegas puedan aceptar las restantes recomendaciones e iniciar la oportuna acción legislativa y de otro tipo que su implementación exige.

Debo mencionar ahora las reservas al Informe. Las formuladas por miembros individuales del Subcomité no necesitan aclaración por mi parte. Miss Murphy simpatiza con la reserva formulada por Mr. Schofield a los párrafos 85 a 90 y lamenta la propuesta de mantener la prisión como posible penalidad para los delitos menores de primera infracción. Sugiere que, en caso de condena sumaria, la posesión, venta o suministro ilícitos de cannabis sean punibles, tratándose de una primera infracción, con una multa no superior a 100 £; y para cualquier condena posterior de ese tipo o cualquier condena por acusación, las penalidades deberían ser las recomendadas por el Subcomité. El Comité es en general de la opinión de que la prisión ya no es una penalidad apropiada para quienes poseen ilícitamente una pequeña cantidad.

El Comité ha revisado cuidadosamente el problema del tráfico a la luz de las reservas expresadas por Mr. Brodie y Mr. Schofield. El dilema es que una penalidad máxima por acusación por posesión ilícita que quepa esperar que disuada a un traficante a gran escala tendría que ser desmesuradamente mayor de lo que la nocividad de la propia droga justificaría. El Subcomité consideró que, si la posesión con intención de uso y la posesión con intención de suministro no pueden distinguirse en derecho, las penalidades por posesión ilícita deberían ajustarse más obviamente a la nocividad conocida de la droga que a la rentabilidad potencial del tráfico profesional a gran escala. El Dr. Bannister, Miss Hobkirk y el Dr. Gibson desean asociarse plenamente a Mr. Brodie.

Otros miembros del Comité Asesor se inclinarían por favorecer una penalidad por acusación algo más alta que la propuesta en el párrafo 89, pero no consideran que la cuestión pueda determinarse sin revisar las penalidades correspondientes para otras drogas; la mayoría de nosotros respaldamos la recomendación del Subcomité.

En conclusión, permítaseme añadir que, en opinión del Comité Asesor, la publicación general del Informe del Subcomité contribuiría valiosamente a una comprensión más informada del problema del cannabis. Le

recomendamos encarecidamente a usted y a sus colegas que el Informe se publique lo antes posible.

Edward Wayne Presidente

El Rt. Hon. James Callaghan, M.P.

- Sección I
- Sección II
- Sección III
- Sección IV
- Sección V
- Sección VI

Introducción

El cannabis y sus características clínicas El cannabis en el Reino Unido
Aspectos sociales del uso del cannabis.

Comparación del cannabis con otras drogas Conclusiones y recomendaciones generales

Reserva de Mr. P. E. Brodie, O.B.E.

Reserva de Mr. Michael Schofield

Apéndice 1

Apéndice 2 Apéndice 3

Apéndice 4 Apéndice 5 Apéndice 6

Cannabis — Revisión de la literatura clínica internacional por Sir Aubrey Lewis

Historia del desarrollo del control internacional

Organización Mundial de la Salud — Evaluación de la dependencia de tipo cannabis

Lista alfabética de testigos....

Farmacología del cannabis....

Resumen de las disposiciones legales para el control de drogas en el Reino Unido

Páginas

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: Comité Wootton, *Cannabis: Report of the Advisory Committee on Drug Dependence*, 1968. Obra en dominio público.

Fuente del original: Archivos nacionales del Reino Unido.

Esta traducción se distribuye bajo licencia CC BY 4.0. Puedes copiarla, adaptarla y redistribuirla citando «Biblioteca Pevgrow».

Generado el 2026-10-25.