

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA

LAS FARMACODEPENDENCIAS EN COLOMBIA
MEDIDAS PROHIBITIVAS Y EDUCATIVAS PARA PREVENIRLAS
por José Francisco SOCARRAS

Las opiniones expresadas en este documento y la selección e interpretación de los hechos son las del autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Unesco.

INDICE

	<u>Página</u>
PRIMERA PARTE - Antecedentes	
I. ALCOHOL Y BEBIDAS FERMENTADAS	3
1. Consumo y medidas porhibitivas	3
2. Una iniciativa frustrada	4
II. TABACO, ESTUPEFACIENTES Y SIMILARES	4
1. Uso tradicional	4
2. Medidas prohibitivas	5
3. Medidas preventivas	6
 SEGUNDA PARTE - Historia reciente	
I. ANTECEDENTES	7
1. Academia Nacional de Medicina	7
2. Primer Seminario de Toxicomanías	7
3. Grupo Psiquiatría y Sociedad	8
4. Asociación de Academias de Medicina	8
5. Tercera Reunión de Ministros de Salud	8
6. Seminario de la Academia Nacional de Medicina	9
7. Documentos de Unesco	9
8. Segundo Seminario Nacional sobre Farmacodependencias	9
 TERCERA PARTE - Realizaciones	
I. MEDIDAS LEGALES	9
1. Código de Estupefacientes y Consejo de Estupefacientes	9
2. El Consejo Nacional de Salud Mental	10
3. Ministerio de Educación Nacional	11
4. Ministerio de Defensa Nacional	12
5. Ministerio de Salud Pública	13
6. Otras instituciones	14
7. Conclusiones	14
 ANEXOS	
I. Respuestas al cuestionario de la Unesco sobre educación para prevenir el uso de las drogas	
II. Seminario preparatorio de multiplicadores Programa sobre farmacodependencia a nivel de comunidad educativa	
III. Prevalencia del consumo	

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES

I. ALCOHOL Y BEBIDAS FERMENTADAS

1. Consumo y medidas prohibitivas

Desde época inmemorial el país ha consumido alcohol, en especial bebidas fermentadas. La materia prima inicial del alcohol fue entre nosotros la fermentación del maíz, en forma de un producto conocido bajo el nombre de chicha. Posteriormente se le obtuvo del jugo de la caña de azúcar que, fermentado, se convierte en guarapo. Por destilación, éste sirve para fabricar rones y aguardientes.

A raíz de la Conquista, los españoles establecieron en América un régimen de estancos con objetivos fiscales, sobre bebidas alcohólicas, tabaco, sal, y otros productos. Los dos primeros subsisten en favor de los Departamentos o provincias en que se divide la nación para efectos administrativos; de manera que cada sección dispone libremente de la elaboración de licores. La mayoría de ellas poseen fábrica propia, y la producción, comercio y propaganda sólo se inspira en la ley de la oferta y la demanda sin limitaciones de ninguna clase.

Chicha y guarapo se han fabricado siempre en las peores condiciones. Hoy están prohibidas, pero aún se elaboran clandestinamente. Durante muchos años fueron flajelo de nuestras clases pobres. Su consumo era diario por cuanto subvenían a una cierta ración calórica, aunque provocaban perturbaciones somáticas y psíquicas de consideración. Un alto porcentaje de la población psiquiátrica tenía el chichismo como causa. Existía y, aún existe, en ciertas regiones, el hábito de pagar en guarapo, parte al menos del salario de los peones agrícolas. Por fortuna la Ley Número 34 de 1948 determinó los requisitos que debían llenar las bebidas fermentadas. El Decreto n° 2264 de 1948, que la reglamentó, fue particularmente severo, de manera que aquellas quedaron prohibidas en la práctica, especialmente por la Resolución n° 546 de 1948, que extremó las medidas adoptadas para su fabricación y expendio. Respecto a la chicha pueden consultarse los trabajos de los doctores, Antonio María Barriga Villalba, Jorge Bejarano, José Francisco Socarrés y Liborio Zerda.

El consumo excesivo de bebidas destiladas continúa de manera alarmante, por las razones aludidas y otras de tipo socioeconómico y cultural. En Colombia es frecuente el consumo excesivo de alcohol. En todos los niveles sociales es frecuente encontrar que las borracheras individuales exceden de 12 en el año, con o sin ingestión de 100 centímetros cúbicos de alcohol absoluto tres días por semana calendario. Los cuadros indican el consumo de alcohol y tabaco, según la estadística fiscal, desde 1940 hasta 1975, por año y calidad de licores, y de 1965 a 1975 por año, calidad de licores, sexo, edad y hogar. Tales cuadros fueron elaborados por el autor en colaboración con técnicos de la Dirección Nacional de Estadística (DANE). No incluyen los licores fabricados o importados de contrabando, que arrojan cifra apreciable, aunque desconocida).

- 1) Cuadros de consumo de licores y tabaco, según estadística fiscal desde 1940 a 1975, elaborados a partir de un estudio publicado por el autor en Suplemento Ideológico de El Siglo (julio 26 de 1959). Los cuadros para el período 1965-1975 fueron realizados por el autor en colaboración con Jorge A. Celis, Luis E. González, Roberto Pinilla y William Vargas, Técnicos de DANAL.

Durante los 36 años transcurridos de 1940 a 1975, el consumo anual de alcohol absoluto por habitante ha sido de 10.765 litros. Es el resultado de sumar el promedio de consumo de bebidas fermentadas (1940 a 1949), equivalente a 8.725 litros, al de otras bebidas, que fue de 2.040 litros.

Los promedios discriminados de consumo anual de alcohol absoluto por habitante, en 11 años (1965 a 1974) y en litros, son los siguientes: por hombre, 3.106; por mujer, 1.492; por hogar, 13.591; de 15 años de edad y más, 4.309; por hombre de las mismas edades, 5.924 y por mujer, 3.106.

2. Una iniciativa frustrada

En el año de 1949 se consideró una iniciativa que habría tenido efectos saludables. Se trata del "Anteproyecto de Ley de Delimitación de Rentas y Gastos de Entidades de Derecho Público y Desarrollo y Campañas antialcohólicas". Intervinieron en su elaboración los mejores expertos de Hacienda Pública con que contaba el país. Entre las disposiciones propuestas, cabe destacar la creación de un Instituto Descentralizado que se encargaría de fabricar, importar y distribuir licores, vinos etc. Así se acabaría con la multiplicidad de entidades encargadas de hacerlo, preocupadas sólo de aumentar el consumo. Además se podrían fabricar productos de alta calidad; impedir la propaganda a las bebidas alcohólicas, que ahora se hace por todos los medios de comunicación disponibles, así como el expendio a los menores de edad, prohibición que existe pero que no se cumple; determinar zonas y horas de expendio y, en fin, proveer cuanto sea necesario para desestimular el alcoholismo¹⁾.

II. TABACO, ESTUPEFACIENTES Y SIMILARES

1. Uso tradicional

El uso de tabaco, productos estupefacientes y similares ha sido tradicional entre nosotros desde la época precolombina. José Pérez de Barradas escribió artículo magistral al respecto, en el cual sigue las huellas de la coca hasta la cultura agustiniana. Los productos de mayor consumo han sido el tabaco y la coca. Mezclados o separadamente. El primero ha sido por lo general fumado, pero también se le ha ingerido en decocciones y, aun, en forma de extracto. La coca se utiliza mascada. Se la cultiva, se recolectan sus hojas, se la preparan cuidadosamente, y se le mastica con una mezcla de cal, a la que en algunos lugares se le adiciona miel de caña y ceniza (kambo). Algunas tribus, como los Arhuacos de la Sierra Nevada, extraen la cal de conchas marinas. Como con el guarapo, suele pagarse con coca parte del salario de los indígenas, por exigencias de éstos y para beneficio de los empleadores.

Néstor Uscátegui Mendoza ha revisado prolijamente la historia, manera de empleo y extensión del uso de tabaco, coca y otros estupefacientes, entre los 300.000 indígenas que aún habitan en el territorio nacional. Son muy significativos los cuadros que Uscátegui ha elaborado al respecto, así como la bibliografía aportada.

1) "Anteproyecto de Ley de Delimitación de Rentas y Gastos de Entidades de Derecho Público y Desarrollo de Campañas Antialcohólicas", elaborado por Jorge Soto del C Corral, Jesús María Marulanda, Francisco de Paula Pérez, Abdón Espinosa Valderrema, Guillermo Amaya Ramírez, Alfonso Lora Camacho, Manuel A. Alvarado y Leopoldo Lascarro. Fue publicado como Anexo III de la Memoria del Ministerio de Hacienda de 1949.

Ultimamente, Gerardo Reichel Dolmatoff ha publicado un ensayo bastante completo sobre el yajé. Los doctores Jorge Bejarano y Gerardo Bonilla Irragorri se han ocupado sobre la coca, aportando algunos datos acerca de su producción. Se trata de estadísticas de 1950 aproximadamente. Muy incompletas, porque excluyen extensas regiones del país. Que yo sepa no existen datos más recientes.

En cuanto a los efectos de la coca en la población indígena, siguen vigentes las conclusiones de la Comisión de las Naciones Unidas que estudió el problema en Perú y Bolivia en septiembre de 1949. Vale la pena transcribir las siguientes:

"La Comisión reconoce la complejidad del problema de la masticación de hojas de coca, problema que no puede considerarse como fenómeno aislado, sino como consecuencia de las condiciones económicas o sociales en que viven grandes sectores de las poblaciones de Perú y Bolivia". "La masticación de hojas de coca constituye un peligro por la cocaína que contienen". "Consideran que la masticación produce efectos perjudiciales para el organismo, tales como; la inhibición de las sensaciones de hambre y la consiguiente desnutrición, modificaciones desfavorables en el individuo, de naturaleza intelectual y moral restándole posibilidad de alcanzar un nivel social más alto; y por último, disminución del rendimiento económico del trabajo, manteniendo un nivel económico de vida muy bajo".¹⁾

De acuerdo con la estadística fiscal antes citada²⁾, los promedios de consumo anual por habitante, entre 1940 y 1975, de tabaco (kilos) y de cigarrillos (cajetillas) fueron 0.307 y 48.662, respectivamente. Los consumos discriminados en las mismas condiciones anteriores entre 1965 y 1975, arrojaron las siguientes cifras: por hombre, 0.244 y 69.535; por mujer, 0.116 y 33.405; por hogar, 1.067 y 30.951; de 15 años y más, por hombre 0.458 y 130.420; por mujer 0.221 y 59.940.

2. Medidas prohibitivas

En Colombia se han dictado de tiempo atrás medidas legales para impedir la producción y el uso de estupefacientes y similares.

La más antigua en un pasado inmediato es la Ley número 118 de 1928, que ordena la expulsión de extranjeros que comercien clandestinamente con drogas heroicas. El Decreto número 1377 de 1930 prohibió por primera vez la importación y venta de marihuana en cualquiera de sus formas. La Ley número 95 de 1936, nuestro actual Código Penal, estableció penas y sanciones en los artículos 270 a 274 para quienes elaboren, distribuyan, vendan o suministren sustancias narcóticas, aun a título gratuito. Si los hechos incriminados fueren ejecutados por comerciantes, farmacéuticos o boticarios, se les clausurarán los establecimientos, además de las otras

- 1) Cuadros de distribución de las "plantas narcóticas y estimulantes usadas por las tribus indígenas de Colombia" y de las tribus lingüísticas con los narcóticos y estimulantes empleados, y Bibliografía sobre Coca y Tabaco. En "Contribución al Estudio de la Masticación de las Hojas de Coca". (Rev. Col. de Antropología, Vol. III. Año 1954), y "Distribución actual de las Plantas y Estimulantes usadas por las Tribus Indígenas de Colombia". (Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. Volumen XI, n° 43), por Néstor Uscátégui. "Producción y Consumo de Coca en el Departamento del Cauca" en el folleto "El Problema del Cultivo y Masticación de Hojas de Coca en Colombia" por Gerardo Bonilla Irragorri. Producción de Coca en algunos Departamentos de Colombia, en el folleto "Nuevos Capítulos sobre el Cocaísmo en Colombia" por Jorge Bejarano.
- 2) Véase nota 1, pág. 3.

penas que se les impongan. Si se tratare de médicos, se les suspenderá en el ejercicio de la profesión. La Ley Número 116 de 1937 prohibió la extracción de alcaloides del opio y de la coca, o transformar éstos en productos homólogos o sucedáneos, o fabricarlos por síntesis química. Por la misma Ley se autoriza al Gobierno para conceder permisos a laboratorios particulares para la preparación de mezclas oficiales en que tales productos intervengan, previo el cumplimiento de ciertos requisitos. También se prevé que los toxicómanos sean reclusos en sanatorios particulares o públicos, según el caso. El Decreto Número 2214 de 1937 reglamentó la Ley anterior y obligó a los laboratorios a pasar al Departamento Nacional de Higiene informes trimestrales de sus operaciones al respecto.

La Ley Número 36 de 1939 creó el monopolio del Estado para la importación de "drogas que formen hábito pernicioso". El producto de las ventas se destinaría a la lucha contra las toxicomanías. El Decreto Número 1959 de 1939 prohibió la importación de diacetilmorfina (heroína) y de los compuestos que la contengan. Los Decretos Números 96 y 1727 de 1940 reglamentaron minuciosamente el monopolio estatal establecido, así como las disposiciones del Convenio de Ginebra de 1925 y la Limitación de 1931, a los cuales adhirió Colombia mediante las Leyes 68 de 1930 y 18 de 1933, respectivamente. El Decreto Número 000923 de 1949 prohibió el cultivo y comercio de la marihuana (*Cannabis Sativa*) y sus variedades, y determinó las sanciones pertinentes a su infracción. Los Decretos Números 808 de 1941, 2299 de 1942, 2201 de 1942 y las Resoluciones Números 9 de 1932, 39 de 1935, 313 de 1937, 95 de 1938, 645 de 1939, 578 de 1941 y 639 de 1944, complementan las leyes y decretos antes citados. El Decreto 1355 del 4 de agosto de 1970 le quitó el carácter de delito al tráfico de estupefacientes, y lo redujo a contravención. Esta medida coincidió con el auge adquirido por las farmacodependencias, lo que provocó su anulación mediante el Decreto Número 522 del 27 de marzo de 1971.

Otras medidas adoptadas tienen particular significación. La Resolución n° 25 de 1938 prohíbe expender hojas de coca fuera de las droguerías y farmacias, autorizadas para el efecto y previa presentación de receta médica, so pena de castigo a base de multas. La Resolución n° 578 de 1941 reglamenta el cultivo del árbol de la coca y la venta al por mayor de sus hojas. La esencia de la disposición consiste en impedir nuevas plantaciones, censando las existentes hasta el momento de su expedición. Asimismo prohíbe la venta al por mayor de hojas de coca, sin permiso de la autoridad competente. El Decreto 896 de 1947 prohibió el pago total o parcial de salarios en bebidas alcohólicas o en hojas de coca, castigando con multas la infracción de tal disposición. Prohibió asimismo el cultivo del árbol de coca y ordenó la destrucción de las plantaciones existentes. Estableció que toda persona portadora de morfina, cocaína, heroína o cualquier droga estupefaciente sin permiso legal, debería ser considerada como traficante ilícito y sometido a las sanciones establecidas por el artículo 1° de la ley 45 de 1956. El Decreto Número 1472 de 1947 aplazó por un año la autorización para destruir los cultivos de coca e insistió en llevar a cabo el censo de que trata la Resolución 578.

3. Medidas preventivas

A paso que las medidas coercitivas fueron tan numerosas, las preventivas se reducen a unas cuantas. El Decreto Número 3224 de 1963, creó la Sección de Salud Mental en el Ministerio de Salud. El artículo 33 del mismo Decreto le asigna como funciones a dicha sección estudiar los factores y mecanismos que inciden en la salud mental y determinar sus consecuencias sobre el individuo y la colectividad; así como elaborar las normas y determinar las técnicas que deben aplicarse para identificar, prevenir y tratar los problemas de higiene mental y alcoholismo en sus diferentes aspectos y velar por el cumplimiento de dichas normas. Los Decretos Números 3060 de 1965 y 3117 de 1966 organizaron el Concejo Nacional de Salud Mental, integrado por sendos representantes de los Ministerios de Educación, Justicia y Salud, de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, de la Liga de Higiene Mental, de la Asociación de Facultades de Medicina y de la Asociación Colombiana de Hospitales. El Jefe de la Sección vino a quedar en último como Secretario Ejecutivo del Concejo. Hasta 1973 la Sección funcionó muy precariamente y el Concejo dejó de hacerlo desde 1967. Nada se sabe de su historia.

SEGUNDA PARTE

HISTORIA RECIENTE

I. ANTECEDENTES

En la historia reciente las medidas de represión y prevención han marchado estrechamente unidas. Tanto, que sería difícil separar unas de otras. La preocupación por la salud mental ha servido de vínculo de unión entre ellas.

1. Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina fue la primera en dar la voz de alerta en Colombia sobre el auge que venían doblando las farmacodependencias. La Academia se ocupó del asunto en el simposio celebrado el 19 de septiembre de 1968, según publicaciones de sus Boletines Números 33 y 35 de marzo y mayo de 1969.

El pliego de recomendaciones respectivo fue encomendado a uno de los ponentes. La cuestión de las drogas quedó comprendida en el problema de la salud mental en general. Las recomendaciones se relacionan con preparación de personal médico y paramédico: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales; así con la utilización de maestros, sacerdotes y líderes comunitarios y otros auxiliares en esta clase de campañas. Se hace hincapié en la psiquiatría perversiva y también en las medidas represivas. Las peticiones están dirigidas a los Ministerios de Educación, Defensa Nacional, Salud y Justicia, así como a diversas instituciones educativas y de atención hospitalaria¹⁾.

2. Primer Seminario de Toxicomanías

El Primer Seminario de Toxicomanías, fue convocado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, del 28 al 30 de septiembre de 1972. El temario comprendió:

I. El problema de las Toxicomanías en el país. Magnitud y factores de condicionamiento. II. Coordinación de los recursos institucionales para la investigación del problema. III. Bases para una política nacional contra las toxicomanías.

Se presentaron numerosos trabajos, que abarcaron desde la magnitud del consumo y los efectos de las drogas, especialmente de la marihuana, hasta las medidas más aconsejables para el manejo de los drogadictos. La etiología de las farmacodependencias se examinó desde distintos ángulos, personalidad y familia de los farmacodependientes, problemas especiales que plantea la adolescencia y el medio económico, social y cultural. Se insistió en uniformar el criterio y las técnicas de investigación.

Fue muy importante la colaboración del Ministerio de Justicia, de la Procuraduría General de la Nación y de la Policía Nacional, por cuanto empezó a gestarse la nueva política represiva del tráfico de drogas.

1) Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina sobre Salud Mental.
(Septiembre de 1968).

Se publicaron las conclusiones de las comisiones sobre cada uno de los temas así como las de orden general. Se designó un Comité para que colaborara con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la ejecución de las relaciones adoptadas¹⁾.

3. Grupo Psiquiatría y Sociedad

El Grupo Psiquiatría y Sociedad se dirigió al Gobierno Nacional pidiéndole concretar la principal iniciativa del primer Seminario Nacional de Toxicomanía, sobre la creación del Consejo Nacional de Salud Mental. El Grupo sugirió un Consejo de siete, con representación de los Ministerios de Educación, Justicia, Trabajo y Salud, y tres miembros más designados por el Presidente de la República. Además abogó por la creación de la División de Salud Mental en el Ministerio de Salud, integrada en forma interdisciplinaria con psiquiatras, psicólogos, sociólogos, pedagogos, expertos en toxicomanías, en psiquiatría comunitaria y en ciencias de la comunicación²⁾.

4. Asociación de Academias de Medicina:

La Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, a través de su Secretaría Permanente, produjo el documento "Adolescencia y Drogas", en el que propone la organización de un Comité de Expertos a nivel continental, cuyo fin primordial sería obtener informaciones homologables, además de solicitar la intensificación de la educación sobre las drogas, especialmente a nivel familiar, así como el incremento en cada país de los recursos asignados para combatir la pandemia y la revisión de las legislaciones existentes sobre la materia³⁾.

5. Tercera Reunión de Ministros de Salud

En octubre de 1972 se celebró en Santiago de Chile la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas. La evaluación sobre salud mental en el área no puede ser más desoladora: por cada mil habitantes habría de 15 a 50 psicóticos y de 50 a 200 neuróticos que requieren tratamiento médico; el alcoholismo superaría al 5 % de la población; el 1 % de ésta sufriría de epilepsia y retardo mental. La prevalencia de las farmacodependencias sería de un 5 %, entre los estudiantes.

Según el documento, el problema se agravará los próximos años. Los Ministros recomiendan aumentar el número de casos psiquiátricos, formar en el área 500 psiquiatras anualmente, y darle preparación en psiquiatría al mismo número de médicos generales. La Reunión insiste en la formación de enfermeras psiquiátricas, terapistas ocupacionales, etc., y en la utilización de maestros de escuela, líderes comunitarios, sacerdotes, trabajadores sociales, en tareas preventivas de salud mental. Esto último previo adiestramiento en prevención de farmacodependencias, especialmente⁴⁾.

- 1) Primer Seminario Nacional sobre Toxicomanías. Índice de trabajos presentados. Conclusiones sobre cada uno de los tres temas discutidos. Conclusiones generales.
- 2) Proposición del Grupo Psiquiatría y Sociedad, hecha al Gobierno Nacional, sobre la creación del Consejo Nacional de Salud Mental y la División de Salud Mental en el Ministerio de Salud.
- 3) Comunicación "III Reunión de Trabajo-Adolescencia y Drogas" de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina" presentada por la Secretaría Permanente. Ministerio de Salud Pública. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Oficina de Recursos Humanos y Técnicos ORH/II.S.F./008-73.
- 4) Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Recomendaciones sobre áreas Programáticas. Salud Mental.

6. Seminario de la Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina celebró su primer centenario de existencia, y decidió conmemorarlo con un simposio sobre los problemas de la adolescencia en Colombia. Entre los temas tratados ocupó lugar preferencial el de las farmacodependencias. A éstas se le dedicaron sesiones especiales. Se presentaron diversos trabajos y la discusión dio lugar a un pliego de recomendaciones, que comprende cuestiones educativas, medidas legales, rehabilitación y otras¹⁾.

7. Documentos de Unesco

Los documentos de la "Reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes particularmente en los países desarrollados", dado a conocer por Unesco en diciembre de 1972, tuvo repercusión importante en Colombia, por la amplitud de sus puntos de vista. Fue traducido y publicado en mimeógrafo por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y muy tenido en cuenta en el Segundo Seminario Nacional sobre Farmacodependencias.

8. Segundo Seminario Nacional sobre Farmacodependencia

El Segundo Seminario se verificó los días 25 a 27 de septiembre de 1973 con el siguiente temario: I. Realizaciones logradas después del Primer Seminario Nacional sobre Farmacodependencias. II. Informes sobre las investigaciones adelantadas en otros países latinoamericanos y en Colombia. III. Estructura administrativa para el manejo del problema. La Reunión se dedicó en particular a la labor realizada en Colombia. Se presentaron trabajos de investigaciones adelantadas sobre el terreno. Se adoptaron conclusiones de las discusiones en los grupos de trabajo, así como generales²⁾.

TERCERA PARTE

REALIZACIONES

I. MEDIDAS LEGALES

1. Código de Estupefacientes y Consejo de Estupefacientes

Teniendo en cuenta la anarquía de la legislación vigente, la creciente ola de toxicomanías y la crítica de los medios científicos, el Congreso de Colombia expidió la Ley 17 de 1975, "por la cual se dictan normas que reprimen conductas relacionadas con drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, y se reviste al Presidente de la República de facultades extraordinarias para elaborar un estatuto que regule íntegramente el fenómeno de aquellas drogas o sustancias, y se establezca el organismo administrativo que cumpla las funciones que le atribuya al estatuto". En consecuencia, el Presidente de la República creó el Consejo Nacional de Estupefacientes, cuyo funcionamiento y composición fueron determinados finalmente en el capítulo IX del Código de Estupefacientes, adoptado por el Decreto 1188 de 1974. Posteriormente se ha adicionado con el Decreto Número 1514 de 1975 y la Resolución número 001974 de 1975.

- 1) Seminario de la Academia Nacional de Medicina. La Adolescencia en Colombia. Índice de los trabajos presentados. Conclusiones y Recomendaciones Generales (sobre farmacodependencias).
- 2) Segundo Seminario Nacional sobre Farmacodependencias. Objetivos. Índice de Trabajos presentados. Conclusiones sobre los tres temas discursivos. Conclusiones Generales.

El Código obliga a mantener, a título gratuito, campañas publicitarias y programas educativos a las radioemisoras y televisoras públicas y privadas, campañas tendientes a desestimular la producción, el tráfico y el consumo de sustancias que produzcan farmacodependencias; limita las horas en que tales medios de comunicación pueden hacer propaganda a las bebidas alcohólicas; obliga a que los programas de educación primaria y secundaria incluyan información sobre los riesgos de las farmacodependencias, dejando su elaboración a cargo del Ministerio de Educación Nacional; autoriza a la policía para fijar horas y zonas para funcionamiento de establecimientos donde se expendan bebidas alcohólicas; conmina a los fabricantes de tabaco, cigarrillos, y bebidas alcohólicas a poner en los envases una leyenda que indique que son productos nocivos para la salud; y en el caso de las bebidas, el grado de alcohol que éstas contengan y la composición química respectiva. Además, prohíbe el expendio de bebidas a menores de 18 años, así como el trabajo de éstos en establecimientos donde aquéllas se expendan. El estatuto autoriza a la creación de comités cívicos para la lucha contra la farmacodependencia, y dicta disposiciones severas para reprimir la producción, el tráfico y el consumo de tales sustancias. Quien sea sorprendido con una mínima dosis de marihuana, es considerado traficante y es al inculpatado a quien corresponde demostrar, si lo es, que se trata de un farmacodependiente. También prevé la rehabilitación de los toxicómanos. Las medidas represivas son particularmente severas. Las autoridades deben destruir las plantaciones de marihuana, coca y los productos considerados nocivos, mediante juicios sumarios.

2. El Consejo Nacional de Salud Mental

Por Decreto Número 530 de 1973 el Gobierno creó dicho Consejo, siguiendo las líneas generales planteadas por el Grupo Psiquiatría y Sociedad. Se le asignó como función primordial "el estudio y la investigación de cuanto se refiera a la salud mental, así como la formulación de recomendaciones al Gobierno sobre las medidas que deban tomarse al respecto".

El Consejo se ocupó primordialmente de la creación de la División de Salud Mental en el Ministerio de Salud. En segundo término, el Consejo estudió en detalle el establecimiento del Instituto de Salud Mental, como dependencia de la Universidad Nacional, con el objeto de preparar los recursos humanos médicos y paramédicos indispensables para llevar a cabo toda tarea de psiquiatría preventiva, de acuerdo con las recomendaciones de la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Tal Instituto fue creado por el Consejo Superior Universitario, según Acuerdo Número 122 de 1973. El Consejo de Salud Mental reunió asimismo un grupo de expertos que elaboraron un pliego de modificaciones a los planes de estudios de las Facultades de Psicología; tales modificaciones están encaminadas a dar a los psicólogos una preparación básica que les permita especializarse en psiquiatría preventiva, en los tres grados de la prevención, así como en otras ramas de la psicología.

El Consejo estudió y recomendó asimismo un plan de estudios para preparar médicos generales en psiquiatría, de modo que pueda cubrirse el área rural, de acuerdo con las recomendaciones de los Ministros de Salud. También dejó establecidas las bases para organizar comisiones a distinto nivel, con el objeto de vincular a las campañas de salud mental, la mayoría posible de corporaciones científicas, cívicas, etc. Finalmente recomendó dictar normas sobre medios de comunicación a fin de que las autoridades intervengan para impedir transmisiones que sean nocivas para la salud mental, especialmente en materia de farmacodependencias. El Consejo propuso que se organizaran grupos de salud mental en los Ministerios de Defensa Nacional, Educación, Justicia y Trabajo¹⁾.

1) Informe sobre Actividades del Consejo Nacional de Salud Mental, presentado al II Seminario Nacional sobre Farmacodependencias, por el Doctor José Francisco Socarrás.

3. Ministerio de Educación Nacional

El Ministerio de Educación creó el Grupo de Salud Mental de dicho Ministerio y fijó el personal que debía integrarlo, mediante las Resoluciones Números 8965 y 11016 de 1974, respectivamente. El Grupo funcionó con la asesoría del entonces Presidente del Consejo Nacional de Salud Mental, Doctor José Francisco Socarrás.

El Grupo estudió numerosas medidas de las cuales algunas se convirtieron en disposiciones legales. Primeramente se ocupó de la organización de la psiquiatría preventiva escolar a nivel nacional y, particularmente, de la aplicación de los artículos del Código de Estupeficientes que ordenan la educación sobre farmacodependencias en todos los grados de la educación, de lo que resultó el Decreto Número 1486 de 1974.

El Grupo trabajó asimismo en los planes y programas de estudios para formar promotores de salud mental entre maestros y obtuvo la aprobación de los Decretos Números 1038 y 1421 de 1974. La aplicación de la nueva política de salud mental implicaba la creación de cargos técnicos y el aumento de personal en general en la planta del Ministerio, por lo cual el Gobierno expidió los Decretos Números 1667 y 1668 de 1974).

El Grupo consideró que en los establecimientos para niños normales, consejeros escolares, psicólogos y trabajadores sociales podrían encargarse de la promoción de la salud mental. De allí que estudiara la reglamentación de las funciones de dichos empleados, se ocupara de señalarles un puesto en el escalafón docente, buenas condiciones de trabajo y determinar su número por plantel, de acuerdo con el de estudiantes. Para el caso de la educación especial (niños sobresalientes, ciegos, sordos, limitados del habla, limitados neuromusculares y ortopédicos, retardados mentales, desadaptados sociales y con problemas no específicos en el aprendizaje), se estimó conveniente reformar los reglamentos existentes para los planteles respectivos, así como señalar calidades para el personal docente e insistir en su manejo por equipos interdisciplinarios, a fin de lograr la recuperación de los alumnos y evitarles trastornos mentales y emocionales a que son especialmente predispuestos. El Ministerio dictó sobre esta materia varias resoluciones. También se estimó oportuno reglamentar todo lo referente a enseñanza preescolar, incluyendo lo relativo a promotores de salud mental. El funcionamiento del nivel preescolar en el país deja mucho que desear.

Vale la pena destacar los planes y programas de estudio para la formación de promotores de salud mental para distintas especialidades. El Grupo tuvo en cuenta: 1) que debía pensarse en cursos para personal en servicio activo y que, en consecuencia, debían ser clases nocturnas; dedicando la mañana de los sábados para el trabajo de campo, laboratorio, etc.; 2) que era necesario aprovechar la economía de tiempo y recursos técnicos y humanos, que ofrece la enseñanza por bloques o por grupos de materias afines; 3) que valía la pena reforzar la formación estrictamente profesional en la respectiva especialidad, además de obtener los conocimientos para las nuevas funciones. En estas condiciones se planeó un "currículo" por trimestres o cuatrimestres, según las posibilidades, dividido en: I. Ciclo Básico; II. Ciclo de especialización. El objeto del primero es estudiar al hombre: a) como unidad biológica (morfología, fisiología, fisiopatología, patología sistemática, acción del ambiente); b) como unidad psicológica (psicología general y del desarrollo, normal y patológica); c) como unidad social (sociología y psicología social; estudio de la familia en Colombia; higiene mental comunitaria; dinámica de grupo); e) nociones de metodología y técnicas de educación. II. Ciclo de Especialización: éste serviría para ver materias variables de acuerdo con

1) Informe del Consejo Nacional de Salud Mental al Presidente de la República.

la especialidad, referentes a psiquiatría infantil y tipos de psicoterapia, para psicólogos, consejeros y trabajadores sociales; o a metodológicas y técnicas, para maestros de niños con problemas, conforme a la naturaleza de éstos¹).

El Grupo estudió asimismo el programa del curso Salud y Comportamiento, incorporado al plan de estudios de enseñanza secundaria. Los objetivos de dicho curso están dirigidos a que el estudiante conozca sus capacidades y limitaciones; aprenda a mantener interrelaciones con los demás; elabore y se aplique los conocimientos adquiridos; sepa las causas profundas de su comportamiento. Con estos fines, el joven debe conocer los cambios somáticos y psicológicos propios de su edad. Se hace hincapié en la llamada crisis puberal y las transformaciones de la adolescencia, aprovechando la oportunidad para suministrar información sobre las farmacodependencias y mostrar como estas pueden tener origen y servir de escape a problemas personales, o a situaciones socioculturales, provocadas por la comunidad o por la familia.

Desde un principio las autoridades eclesásticas se mostraron renuentes a aceptar el programa. Estimaron que éste tenía una orientación marcadamente biológica, por lo cual lo tacharon de unilateral; y, en segundo término, estimaron que se prestaba a ser utilizado por los promotores de las campañas antinatalistas que se llevan a cabo en el país. La Conferencia Episcopal de Colombia acaba de pronunciarse al respecto en su asamblea plenaria (octubre de 1975), y la Confederación Nacional de Centros Docentes ha elaborado una propuesta de programa, de tipo integrativo, que es bastante positivo en líneas generales.

Por Resolución Número 5188 de 1974 se organizó un primer curso informativo sobre farmacodependencias, dedicado a consejeros escolares en ejercicio en la capital de la República. Dicho curso tuvo lugar del 22 de julio al 2 de agosto de 1975.

Los Jefes de División de Planteles Nacionales, Gregorio Bejarano y Jorge Durán Villamizar y la Jefe de la Sección de Educación Elemental, Alix Forero de Gómez, enviaron circulares a los rectores de los planteles, a principio de este año, en las cuales se les insiste en la obligación de cumplir el artículo 11 del Código de Estupefacientes: "Los programas de educación primaria y secundaria incluirán información sobre los riesgos de las farmacodependencias, en la forma que determine el Ministerio de Educación". También lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto Número 1486 del 26 de julio de 1974: "En los programas de ciencias naturales, biología, higiene, química, salud y comportamiento de la enseñanza primaria y secundaria se incorporará información sobre sustancias que producen farmacodependencias y los riesgos que ellas acarrearán. En los planteles de educación se dictarán conferencias y organizarán seminarios sobre la materia, a cargo de personal especializado y de acuerdo con la reglamentación que dicte el Ministerio de Educación".

La Sección de Orientación Psicopedagógica del Ministerio de Educación, en colaboración con la División de Salud Mental del Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, organiza para fines de noviembre de 1975 un segundo seminario para personal de dichas instituciones. El programa comprende sociología de la familia en Colombia, técnicas de comunicación, farmacodependencias y legislación colombiana al respecto²).

4. Ministerio de Defensa Nacional

El Consejo Nacional de Salud Mental propició una reunión en la Brigada de Institutos Militares, en la que se planeó llevar a cabo algunas acciones conjuntas. Desgraciadamente, la idea no prosperó.

1) Decreto 1038 de 1974.

2) Véase Anexo II.

5. Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública organizó la División de Salud Mental, por medio de los Decretos Números 621 y 1628 de 1974, que comprende: Dirección, a cargo de un médico psiquiatra, especialista en salud pública; Programación, cuyo jefe es epidemiólogo y está asistido por una psicóloga y una socióloga; Organización de Salud Mental, que tiene a su servicio dos médicos y una enfermera psiquiátrica. Todas las secciones cuentan con departamento de secretaría.

La primera tarea de la División fue llevar a cabo un "macrodiagnóstico de la salud mental en el país", de acuerdo con las estadísticas de 1973. Se revisaron las instituciones psiquiátricas existentes, en cuanto a camas hospitalarias, recursos humanos, servicios que prestan, costos, etc. En las recomendaciones se replantearon objetivos, reformas en la organización, aumento de las camas hospitalarias y de los recursos humanos, empleando algunos no aprovechados, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras auxiliares¹⁾.

En un segundo documento la División formuló un programa concreto de salud mental. El Consejo Nacional de Salud Mental recomendó la ampliación de dicho plan en el sentido de: obligar a todas las instituciones públicas y privadas a adelantar campañas de psiquiatría preventiva; incluir en él a las guarderías infantiles y jardines de niños; obtener aumento substancial en el personal directivo de la División de Salud Mental; crear "centros para farmacodependencias, como elemento prioritario en favor de la salud mental de nuestros jóvenes"²⁾.

En un tercer documento el Director de la División hizo una evaluación de la situación de las farmacodependencias en Colombia³⁾. A este respecto cabe destacar que la División ha adelantado la investigación más importante sobre la materia. La encuesta correspondiente abarcó 175.945 jóvenes en tres de las ciudades más importantes de Colombia: Barranquilla, Bucaramanga y Medellín. Según los resultados, en consumo ocasional y alto consumo por cada mil encuestas se hallaron, respectivamente, alcohol 781 y 39; otros, 89 y 8,5; marihuana 83 y 13; estimulantes, 38 y 6; inhalantes, 26 y 2; barbitúricos, 18 y 2; hongos alucinógenos, 17 y 2; L.S.D., 11 y 1,5; narcóticos, 9 y 2,5; cigarrillos, 566 y 198; tranquilizantes, 227 y 13. De las anteriores encuestas sólo han sido totalmente elaboradas la de Medellín⁴⁾ y la de Bucaramanga, aún no publicada.

Las investigaciones anteriores habían sido más limitadas. Morales y colaboradores investigaron (1972) 1.000 estudiantes en Bogotá, de los cuales 54,6 % usaban las siguientes drogas: tranquilizantes (33,8 %), marihuana (16,2 %), anfetaminas (28 %), barbitúricos (2,4 %), L.S.D. (2,6 %), otros alucinógenos (19 %), narcóticos (1,6 %), antidepresivos (0,7 %). Gómez, Cumplido y colaboradores estudiaron (1972) en Medellín una muestra de 493 estudiantes, tomados entre 4.455. El 47 % había consumido algún tipo de droga y el 4,9 % usaba marihuana regularmente (varias veces por semana). También tomaban tranquilizantes (7,1 %) y anfetaminas (1,6 %). Marín y colaboradores investigaron en 1973 en Bogotá 2.142 estudiantes. Según los resultados toman al menos una vez por semana, alcohol (20,8 %); anfetaminas (0,19 %); barbitúricos (0,24 %); marihuana (1,66 %); L.S.D (0,05 %); alucinógenos (0,05 %); cocaína (0,14 %); antidepresivos (0,29 %) y tranquilizantes (1,71 %). Puentes Centeno y Gutiérrez, investigaron en 1973 en Bucaramanga

- 1) Ministerio de Salud Pública "Macrodiagnóstico de Salud Mental Colombia: 1973". Dirección de Atención Médica. División de Salud Mental, Bogotá D.E. 1974.
- 2) Ministerio de Salud Pública "Programa Nacional de Salud Mental" - Boletín informativo, vol. XVII n° 18, Bogotá D.E. 30 de abril de 1974.
- 3) "La Situación de las Farmacodependencias en Colombia" por Braulio Mejía.
- 4) Estudio sobre farmacodependencia en la población de Medellín. Sobretiro del Cuaderno Científico CEMEF n° 3.

107 jóvenes. Consumían diazepam (59,8 %); metacualonas (54,2 %); barbitúricos (33 %); hongos alucinógenos (26,1 %); L.S.D. (0,9 %). Morales y colaboradores hicieron en 1972 una encuesta rural (Une, Cundinamarca), sobre 296 estudiantes de bachillerato. Resultados: consumo marihuana (32,8 %) y tranquilizantes (43 %); barbitúricos (2,2 %) y ambas (15,4 %).

La investigación hecha por la División de Salud Mental (Morales y colaboradores) en Medellín analizó las siguientes variables: características del colegio (femenino, masculino, mixto) grupos de edad en años, composición de la muestra según sexo y grupo de edad, niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo) tablas de consumo según anexo, tablas de consumo según niveles de escolaridad, prevalencia de alto consumo de las sustancias investigadas y prevalencia de uso (alguna vez por lo menos), prevalencia de uso de dichas sustancias según colegios en general y en los colegios mixtos en particular, prevalencia de sustancias psicoactivas en la población encuestada en general, de acuerdo con nivel socioeconómico y con la frecuencia de uso, distribución porcentual de usuarios según persona inductora (curiosidad, amigo, familiar) y según nivel de escolaridad, etc. La enumeración de las variables anteriores nos muestra que la División de Salud Mental se ha guiado por un criterio epidemiológico).

Entre las encuestas hechas en Colombia, es la de Marín y colaboradores la que ha procurado buscar variables de tipo psicosocial, más recomendables para el caso de las drogas, en razón de la etiología de las farmacodependencias. En efecto, Marín utilizó dos cuestionarios como si fuera uno solo. El de Robbins, diseñado para estudiar variables psicosociales en una investigación entre 12.142 escolares de Nueva York, el cual fue adaptado para la encuesta verificada en Bogotá. Dicho cuestionario permite obtener 122 datos. El otro cuestionario se refirió directamente a las drogas: su uso, frecuencia, razones para tomarlas, datos sobre los padres, etc. Estimo que el procedimiento empleado por Marín es mejor por lo dicho sobre etiología²).

En la actualidad funcionan en Colombia tres centros bien organizados para las farmacodependencias. Uno oficial, anexo al Hospital Psiquiátrico de Antioquia, en la ciudad de Medellín y tres, que han adoptado la figura jurídica de la fundación, en las ciudades de Bucaramanga (Comité de Lucha contra las Drogas Alucinógenas), Barranquilla (UCLAN), Cali ("Caminos ASOJU). Estos centros se ocupan de psiquiatría preventiva y de rehabilitación de farmacodependientes. Están auspiciadas por la División de Salud Mental, del Ministerio de Salud.

6. Otras instituciones

Otras instituciones, públicas y privadas, suelen ocuparse de campañas contra las farmacodependencias. Desgraciadamente en forma esporádica. La Semana del Menor celebrada en Cali en octubre de 1973, organizó unas jornadas para información de padres de familia. El Instituto de Integración Cultural de Antioquia reunió un encuentro de autoridades y expertos en mayo de 1973, en el cual se formularon observaciones juiciosas al Código de Estupefacientes y se lograron conclusiones importantes. La Alcaldía de Cartagena adelantó este año unas jornadas de información para estudiantes de los colegios y universidades de esa ciudad, las cuales fueron muy concurridas, valdría la pena aprovechar toda esa acción cívica, mediante los comités propuestos por el Consejo Nacional de Salud Mental³).

1) Véase nota n° 4, pág. anterior

2) Marín, Gerardo y colaboradores. Aspectos psicosociales del uso de drogas entre estudiantes de las Universidades de Bogotá. Publicado en francés en Bulletin des Stupéfiants. Nations Unies, Vol. XXVI N° 3

Marín, Gerardo y colaboradores. El Aprendizaje Social como factor explicativo de las farmacodependencias: Una comprobación Latinoamericana en "Revista Latinoamericana de psicología 1974". Volumen n° 3 M. 321-329

3) Relato Final del Seminario Nacional sobre Uso y Abuso de las Drogas, Instituto de Integración Cultural de Antioquia.

7. Conclusiones

- 1) En Colombia el problema de las farmacodependencias se ha contemplado como un capítulo más de la salud mental y, por consiguiente, su estado, formas de prevención y rehabilitación, se han enfocado dentro de la psiquiatría preventiva en sus tres niveles.
- 2) En esta materia, como en todo lo que se refiere a salud mental, Colombia se ha atendido a las conclusiones de la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas.
- 3) Este criterio de los funcionarios colombianos se ha visto corroborado por las investigaciones verificadas en el país. Estudios hechos aquí nos muestran que las cifras de algunas de las enfermedades mencionadas por el documento de la Tercera Reunión, superan las señaladas en éste. Ejemplo: reciente encuesta llevada a cabo en Bogotá, arroja para la sola epilepsia el 2 % contra el 1 % para epilepsia y retardo mental que figura en el referido documento. Dicha encuesta estuvo a cargo del Instituto Neurológico de Colombia y brinda un gran margen de seguridad. Sondeos parciales parecen indicar que el retardo mental supera entre nosotros el 3 %.
- 4) En virtud de las recomendaciones de la tantas veces mencionada Tercera Reunión, se ha concluido que en las campañas de prevención primaria deben jugar papel importante los maestros, líderes comunitarios, sacerdotes, etc. Se le ha dado prioridad al maestro, por ser la escuela el instrumento cultural único en nuestro medio rural. Por ello se buscó formar promotores de salud mental entre educadores, consejeros escolares, psicólogos, etc.
- 5) En todos los seminarios, conferencias, reuniones, etc. se ha procurado contemplar el problema como una pandemia multicausal, en la cual juegan papel preponderante los factores económicos, sociales (comunitarios y familiares) y culturales, sin desechar los atinentes a personalidad.
- 6) Dada la carencia de recursos humanos en Latinoamérica, la solución de éste, como de los demás problemas de higiene mental, dependerá en gran parte de la formación de tales recursos.
- 7) La campaña educativa se va encauzando cada vez mejor, aprovechando la experiencia de estos primeros años que han sido de aprendizaje. Se emplean escasos recursos audiovisuales, por carencia de ellos. Apenas se cuenta con algunos filmes prestados por el Servicio de Prensa de la Embajada de los Estados Unidos o por empresas privadas de dicho país.
- 8) No se ha hecho nada en materia educativa sobre el cocaísmo de las tribus indígenas.

ANEXO I

Respuestas al cuestionario de la Unesco sobre educación para prevenir el uso de las drogas.

I - Problemas

En general el país es gran consumidor de drogas, aun de uso médico. El campesino prefiere las vitaminas en comprimidos a comer las frutas y legumbres de la huerta casera. Se abusa de productos como las aspirinas, por ejemplo. En las farmacias y droguerías se expenden medicinas sin fórmula médica. En cuanto a sustancias que producen farmacodependencias, la estadística fiscal y las cuentas controladas muestran el alto consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes en grado menor. Las hojas de coca y el yajé, con otras plantas apenas mencionadas, son privativas de las tribus indígenas. El uso de la marihuana ha venido extendiéndose de diez años a esta parte, especialmente entre los estudiantes de los dos últimos años de Bachillerato y los universitarios. En escala mucho menor se consumen estimulantes (benzedrina), inhalantes, barbitúricos, hongos alucinógenos, narcóticos, cocaína cuyo empleo se va acrecentando, los hongos alucinógenos y el L.S.D. Estos dos últimos muy poco. Con la sola excepción de alcohol, tabaco tranquilizantes y barbitúricos, los demás productos están prohibidos o regulados por la ley. Entre los regulados se cuentan los que tienen uso médico conocido, (opíaceos, barbitúricos y tranquilizantes), que únicamente pueden venderse por orden médica.

II - Agencias, instituciones y organizaciones

Las principales Agencias del Estado que se ocupan de la educación sobre drogas son el Ministerio de Educación, a través de la Sección de Psicopedagogía y Orientación Escolar, la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Estupefacientes. El Gobierno estableció como agencia coordinadora el Consejo Nacional de Salud Mental, ahora en receso. El Consejo Nacional de Estupefacientes ha tomado a su cargo parte de esa coordinación, aunque su función principal es la de coordinar la labor represiva. En cuanto a otras entidades oficiales, cabe destacar el Centro de Farmacodependencias del Hospital Psiquiátrico Departamental, del Departamento de Antioquia con sede en Medellín.

Por lo que atañe a instituciones privadas, funcionan debidamente: el Comité de Lucha contra las Drogas Alucinógenas en la ciudad de Bucaramanga y "Camino" (ASOJU) en Cali.

Las agencias del Estado se dedican a tareas preventivas (lucha contra el comercio clandestino) y educación.

Los Centros hacen psiquiatría preventiva y curativa.

III - Educación

Se han realizado y se realizan programas sobre educación acerca de las drogas en la enseñanza primaria y la secundaria, conforme a lo ordenado en el Decreto 1486 del 26 de Julio de 1974 y en las circulares del Ministerio de Educación a los rectores de los establecimientos. Copias del Decreto y las Circulares se adjuntan a este documento. No se ha establecido aún programa detallado sino para el curso "Comportamiento y Salud".

No existen programas para jóvenes fuera de la escuela y menos para adultos. De acuerdo con las últimas disposiciones de la División de Salud Mental, los Centros de Salud establecidos en todo el territorio Nacional deben hacerse cargo de esta parte de la lucha contra las farmacodependencias. También deberían hacerlo los maestros en unión con las asociaciones de padres de familia. Con estos jóvenes y adultos se ha hecho una labor esporádica, a base de conferencias.

En verdad, nuestras instituciones docentes adolecen de fallas graves en la programación de actividades recreativas, sociales y otras que enseñen a emplear bien el tiempo libre. Faltan campos de deportes, salas de espectáculos, organizaciones para planearlos, etc. Está por plantear y desarrollar un buen programa de psicología recreativa.

No se han hecho evaluaciones de programas, métodos, materiales, por las razones dichas.

IV - Grandes medios de información

La prensa, la radio y la televisión han tratado los problemas relacionados con las drogas de modo ocasional.

Un programa privado, "El enemigo oculto", se ha ocupado de las drogas de manera constante. Ha suministrado poca información básica y no siempre ha sido afortunado en su presentación, sensacionalista a veces.

No se han preparado adecuadamente programas para las distintas clases de público.

La perspectiva de las informaciones ha sido variable. En general, de tipo científico.

No se han hecho evaluaciones.

El Código de Estupefacientes prevee que toda información sobre drogas, suministrada por la televisión y la radio-difusión debe contar con el visto bueno de las autoridades. Todavía no se está cumpliendo.

V - Evaluación

No se han hecho evaluaciones.

VI - Participación de los jóvenes

No se ha sistematizado la participación de los jóvenes, que han sido inconstante.

ANEXO II

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS :
DIVISION DE BIENESTAR EDUCATIVO
SECCION DE ORIENTACION PSICOPEDAGOGICA

SEMINARIO PREPARATORIO DE MULTIPLICADORES ;
PROGRAMA SOBRE FARMACODEPENDENCIA A NIVEL
DE COMUNIDAD EDUCATIVA

Bogotá, Colombia, 1975

I - GENERALIDADES

SEDE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

FECHA: 24 al 28 de noviembre

1 - Entidad Organizadora:

* Ministerio de Educación Nacional (División de Bienestar Educativo
Sección de Orientación Psicopedagógica).

* Consejo Nacional de Estupefacentes.

2 - Entidades Colaboradoras

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Justicia

- 3 - Participantes
- Técnicos de la Sección de Orientación Psicopedagógica - Ministerio de Educación
 - Consejeros de los Colegios Nacionales de Bogotá
 - Técnicos Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
 - Técnicos de los Ministerios de Salud y Justicia

4. Intensidad Horaria
40 horas

II - JUSTIFICACION

El logro de los objetivos del proyecto denominado "ACCIONES PARA EL ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES, ANTECEDENTES Y PROYECCIONES DE LAS FARMACODEPENDENCIAS EN COLOMBIA", la metodología y el contenido del mismo, plantean las necesidades de realizar un seminario preliminar de información sobre los diferentes aspectos de las farmacodependencias, adiestramiento en técnicas de dinámica de grupo y planeación de las actividades a desarrollar en cada una de las ciudades contempladas en el proyecto.

III - OBJETIVOS

Al finalizar el seminario, el participante debe:

- Conocer y saber aplicar las diferentes técnicas de dinámica de grupo para trabajar con rectores, profesores, padres de familia y estudiantes.
- Identificar y analizar las características generales, causas y consecuencias de las farmacodependencias.
- Buscar y analizar diversas estrategias que permitan crear actitudes comprensivas sobre la problemática que para la comunidad educativa, determinan las farmacodependencias.
- Diseñar en grupos de trabajo, el plan de actividades a desarrollar en cada una de las ciudades, a nivel de rectores, profesores y padres de familia.

- Incorporar técnicas de prevención primaria en farmacodependencia (búsqueda de alternativas - seguimiento de casos - interacción familiar).
- Conocer la estructura legal y las políticas oficiales sobre farmacodependencias.

IV - METODOLOGIA

Técnicas de dinámica de grupos :

- Mesas redondas
- Sociodramas
- Panels
- Phillips 6-6
- Conferencias
- Proyección y análisis de películas

V - RECURSOS

- a - Humanos Técnicos de las diferentes entidades participantes
- b - Materiales: Ayudas audiovisuales: filminas, películas, proyectores, etc.

VI - REQUISITOS

- Participantes de tiempo completo.

VII - PROGRAMA

	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>TEMAS</u>	<u>CONFERENCISTAS</u>
<u>Lunes</u>	8-9 1 - Inauguración 2 - Información General	Objetivos, metodología y evaluación del seminario	Técnicos Sección Orientación Psicopedagógica - MEN
	9-12 2-5.30	- Dinámica de grupo - Dinámica de grupo	
<u>Martes</u>	8-12 2-5.30	- Dinámica de grupo - Dinámica de grupo	Técnicos Sección Orientación Psicopedagógica - MEN
<u>Miércoles</u>	8-10	- Conferencia	
		- El problema de la farmacodependencia en Colombia.	Dr. Braulio Mejía
		- Características de la personalidad del farmacodependiente.	
	10.30-12	- Investigaciones realizadas en nuestro medio	Dr. Arturo Morales
	2.00-3.30	- Legislación: antecedentes y estado actual.	Dr. Jorge Restrepo
	3.45	- Proyección de ayuda audiovisual	
	4.00	- La familia en Colombia	Dra. Virginia Pineda
	5.00	- Mesa redonda	
		- Discusión temas tratados	

	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>TEMAS</u>	<u>CONFERENCISTAS</u>
<u>Jueves</u>	8.10 - Conferencias	- Análisis descriptivo, enfocado desde el punto de vista Médico, Psicológico, Social y Educativo de algunas drogas tales como: Marihuana, Alucinógenos, Anfetaminas, Cocaína, Tranquilizantes e Inhalantes, Alcohol.	Dr. Jaime Rodríguez
	10.30	- Proyección ayuda audiovisual	Ministerio de Salud
	11.00	- Mesa redonda, Discusión temas tratados	
	2.00	- Conferencia: La comunicación:	Dr. José Fco. Socarrás - M.D.
	3-6 - Trabajo de Grupo	- Elaboración y diseño del programa de actividades a desarrollar en las ciudades correspondientes.	Pequeños grupos asesores del Ministerio de Educación
<u>Viernes</u>	8-12 - Trabajo de Grupo	- Elaboración y diseño del programa de actividades a desarrollar en las ciudades correspondientes.	Pequeños grupos asesores del Ministerio de Educación.
	2-4 - Plenaria	- Análisis y conclusiones sobre los trabajos presentados.	Todos los participantes.
	2-5	- Evaluación	
	5.30 - Clausura	- Entrega de certificados.	

ANEXO III

PREVALENCIA TOTAL DE CONSUMO

	<u>B/quilla</u>	<u>B/manga</u>	<u>Bogotá</u>	<u>Medellín</u>
Alcohol	736	845	759	790
Cigarrillos	611	589	509	720
Psicoactivos	383	652	408	430

PREVALENCIA TOTAL DE CONSUMO SEGUN SEXO

	<u>Barranquilla</u>		<u>Bucaramanga</u>		<u>Bogotá</u>		<u>Medellín</u>	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Alcohol	819,0	637,0	841,0	850,0	785,0	733,0		
Cigarrillos	658,0	547,0	658,0	520,0	570,0	448,0		
Psicoactivos	391,0	368,0	600,0	704,0	403,0	413,0	447,0	414,0

PREVALENCIA TOTAL DE EXPERIMENTACION SEGUN EL SEXO

	<u>Barranquilla</u>		<u>Bucaramanga</u>		<u>Bogotá</u>		<u>Medellín</u>	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Alcohol	738,0	619,0	780,0	847,0	722,0	716,0	840,0	730,0
Cigarrillos	342,0	353,0	408,0	391,0	369,0	338,0	750,0	690,0
Psicoactivos	336,0	330,0	543,0	641,0	355,0	371,0	270,0	370,0

PREVALENCIA DE ALTO CONSUMO POR SEXO

	<u>Barranquilla</u>		<u>Bucaramanga</u>		<u>Bogotá</u>		<u>Medellín</u>	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Alcohol	71,0	18,0	64,0	5,0	57,0	9,0	-	-
Cigarrillos	305,0	195,0	252,0	130,0	196,0	105,0	-	-
Psicoactivos	59,0	37,0	46,5	31,0	46,0	39,0	170,0	45,0