

TRASTORNO POR USO DE MARIHUANA: ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos contemporáneos del concepto de Adicción

La toma de conciencia acerca de la real dimensión patológica de la adicción ha variado de modo significativo en los últimos cincuenta años. En la primera mitad del siglo XX la dependencia a sustancias fue subestimada en su carácter de enfermedad por ser considerada una perturbación de índole moral. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Americana Psychiatry Association, APA) en su primer edición de 1952 la tipificaba como un “Disturbio Sociopático de la Personalidad” y en el posterior DSM-II de 1968 la agrupaba junto con la desviación sexual y las conductas antisociales. Aquella visión fue, sin embargo, el primer intento de incluirla bajo el ala de la medicina; pero desde una perspectiva peyorativa y prejuiciosa que reconocía sus orígenes en el occidente del siglo XIX, cuando este desorden era visto como un pecado o un delito. En 1980 la APA divide el uso de sustancias en dos categorías diagnósticas mayores: Abuso y Dependencia, incluidas en un capítulo específico denominado “Trastorno por Uso de Sustancias” (codificables en el eje I), distinto del apartado correspondiente a los trastornos de personalidad. Ade-

más el texto de aquel manual, resaltaba los hallazgos en investigación que involucraban los factores socioculturales y genéticos en la etiología de este trastorno. De este modo se enfatizaba el rol que científicos y clínicos habían comenzado a tener en el estudio y tratamiento de la enfermedad. Con esta evolución también se modificó la visión sobre el potencial adictivo de las sustancias, al tiempo que se reformularon los conceptos de abuso, abstinencia y dependencia.

Concepto de Dependencia: elementos constitutivos

El sistema DSM desde 1980 no utiliza el término *adicción*, porque entiende que el mismo es genérico e incluye otras conductas como el juego, el trabajo y la comida.

La definición de Dependencia, que es la denominación que utiliza en reemplazo del anterior, está construida alrededor de cuatro criterios:

- *Conductual*
- *Temporal*
- *Farmacológico*
- *Biopsicosocial*

El patrón de conducta en torno al consumo deberá ser desadaptativo (conductual y biopsicosocial); prolongarse durante un año (temporal); provocar tolerancia, abstinencia (farmacológicos), compulsión por el consumo (farmacológico-conductual) y deteriorar el fun-

Esteban Toro Martínez*
Marcelo Rudelir*

* Médico Forense de la Justicia Nacional.

cionamiento psicológico, laboral, social y familiar del sujeto que consume la sustancia (biopsicosocial).

La Dependencia está caracterizada por la siguiente tetrada:

- **Tolerancia:** *necesidad de incrementar las dosis para obtener el mismo efecto o disminución del efecto habitual con la dosis previa.*
- **Abstinencia:** *síndrome psicoconductual específico vinculado a una sustancia, producido por la suspensión brusca del consumo, luego de un hábito prolongado o disminución súbita luego de un consumo pesado.*
- **Compulsión por el consumo:** *el término tiene una acepción diferente al utilizado en la clínica de los trastornos obsesivos. Aquí alude al carácter irrefrenable de la conducta una vez que aparece el deseo. Compulsión implica: “no puedo parar cuando tengo ganas” o “cuando empiezo no paro”.*
- **Deterioro o descuido:** *es la pauta generalizada de derrumbe que hace que las conductas de búsqueda de droga y todo lo vinculado a la droga en sí misma, prevalezca sobre el resto de las actividades de la vida de un sujeto enfermo.*

Es importante recalcar que un diagnóstico no es la suma fría de un número de requisitos y por lo tanto alguno de ellos puede faltar. Por ejemplo en la dependencia sin dependencia fisiológica no hay síntomas de abstinencia. Por otra parte es frecuente escuchar a pacientes adictos (dependientes) negar su cualidad de tal al sostener que pueden “dejar cuando quiero”, aludiendo a un supuesto control voluntario sobre tal conducta. En realidad el vínculo de adherencia está presente en que, lo que no se puede dejar de hacer, es consumir cuando se presenta el deseo. Por

lo tanto la *compulsión por el consumo* es uno de los elementos centrales para el diagnóstico.

CONCEPTO DE ABUSO. DIFERENCIAS CON LA DEPENDENCIA.

La categoría Abuso ha sido más discutida. Un diagnóstico en Psiquiatría debe presentar validez, es decir que, básicamente debe predecir. La dificultad con este diagnóstico es que no todos los pacientes que son abusadores devendrán en dependientes. En cambio sí vale la proposición inversa, todos los dependientes comenzaron como abusadores.

La característica saliente del Abuso es la pauta de consumo que provoca malestar, sin haber comprometido aún las áreas de funcionamiento de la personalidad, pero que ocasiona problemas por violaciones de normas (reglamentos o leyes). Los problemas legales son la marca registrada de esta figura. En la actualidad se ha demostrado que Abuso es un diagnóstico independiente de la Dependencia.

POSICIÓN DE LA OMS Y DE LA ESCUELA ARGENTINA. USO, ABUSO Y DROGADEPENDENCIA

La OMS ha definido a la dependencia como: “un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre una persona y una droga, caracterizado por conductas que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga, en forma continua o periódica, con el objeto de experimentar cambios psíquicos generalmente placenteros, y en algunos casos, evitar el displacer de su ausencia”. En 1981 esta misma asociación completó esta defi-

nición indicando que la dependencia tiene un conjunto de fenómenos cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que exige una serie de criterios de referencia para delimitarlo. Entre ellos la evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir drogas, mientras se hacen intentos de interrumpir o moderar su uso; el deseo de cesar el consumo; la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia; la evidencia de conductas tendientes a la búsqueda de la droga por encima de otras necesidades prioritarias y finalmente una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.

Sin embargo y a pesar de las definiciones operacionales mencionadas existe una dificultad para articular los distintos tipos de conductas de consumo, y poder diferenciar por ejemplo, cuando un uso ocasional o social (este último para el caso de drogas lícitas) deviene en abuso o comienza a transitar el sendero que lo conduce hacia la enfermedad. Para resolver dichas dificultades, es necesario aproximarse a este campo desde la clasificación que los Dres. Maccagno y Poggi propusieron en 1973, por ser de suma utilidad clínica y conceptual. La misma establece los siguientes estadios:

- *Uso de drogas*, definido toxicológicamente, y no semánticamente, como el uso de una misma droga, frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en tiempo. Nombra como ejemplo al estudiante que está acostumbrado a recurrir a las anfetaminas frente a la situación de examen, pero no en otras circunstancias, o el caso del deportista que consume estimulantes en ocasión de las competencias. La

justificación es que usada de vez en cuando no produce daño. El autor, dice entonces que estos usuarios no son toxicómanos, pero están en la primera fase de una reacción en cadena. De no ser detenido en esta fase, llegará indefectiblemente al estadio final: la drogadicción.

- *Abuso de drogas*, que es la segunda fase de esta carrera, muy próximo a la toxicomanía. Reconoce dos modalidades. Primero, la utilización de la misma droga frente ya a diferentes estímulos, pero aún sin regularidad de tiempo. Es el caso del estudiante que recurre a la droga en los exámenes, pero también ante otras motivaciones. La segunda, no caracterizada por la modificación del estímulo, sino por la variación de la droga. Y destaca un aspecto fundamental: siempre que todavía ocurra sin regularidad de tiempo. Se utilizan drogas distintas para lograr un fin compensatorio. Uso de anfetaminas para trabajar y depresores para dormir. Este estadio se encuentra próximo al tercero y final.

- *Drogadependencia*, que es la etapa final o grado máximo de problemática con el consumo de la droga. Aquí el uso es permanente y compulsivo, provocando modificaciones en el organismo que al mismo tiempo perpetúan la ingesta: habituación (necesidad psíquica), tolerancia, dependencia. Esta pauta de consumo produce deterioro orgánico, psíquico y social.

El uso patológico de drogas aparecería como un fenómeno relacionado en especial con la adolescencia y la adultez temprana. Existen dos momentos críticos en relación al problema: el inicio y el final de la adolescencia, cuando el joven debe salir de la casa paterna para

incorporarse al mundo del trabajo, circunstancias estas que por especiales situaciones sociales, culturales y/o personales lo conducirían al consumo de droga.

Es cierto que en altos niveles ejecutivos o intelectuales el fenómeno existe; en especial la utilización de drogas más peligrosas como las llamadas “duras” (cocaína por ejemplo), con el objeto de potenciar el rendimiento laboral o intelectual.

El uso indebido de drogas alude a una pluricausalidad en donde deben distinguirse el temperamento del sujeto; su personalidad premórbida; las características propias de la sustancia en cuestión; el contexto familiar donde el sujeto se desarrolla y los factores sociales que actúan como el escenario donde el individuo se desarrolla y como sucesos precipitantes al mismo tiempo. De lo planteado hasta aquí surge la coincidencia de las principales escuelas que estudian la problemática de la adicción en considerarla un desarrollo progresivo, de características crónicas y potencialmente terminal.

TERMINOLOGÍA

En materia jurídica y en el mismo ámbito de la Medicina Legal coexisten una serie de términos que parecieran utilizarse como sinónimos pero cuyos significados son específicos y los hacen diferentes.

– *Estupefacientes*, el Código Penal en su artículo 77 considera que el término “comprende a...todas las sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica”. La doctrina jurídica, señala Abel Cornejo distingue entre psicotropos y estupefacientes, en la medida en

que a las primeras se les reconoce propiedades curativas. Sin embargo el artículo 40 de la Ley 23.737 no reconoce tal distinción e incluye a ambos bajo el rótulo de estupefacientes. Etimológicamente la palabra proviene del latín (*stupefactio*, *onis*), de modo tal que alude a las sustancias que ocasionen estupor. Sin embargo su uso habitual incluye a todas las sustancias.

– *Alcaloides*, es toda sustancia de características básicas, de propiedades similares a los álcalis que presentan una procedencia orgánica pero tratada artificialmente (por ej: cocaína).

– *Narcóticos*, son aquellas que producen sueño, sopor o adormecimiento (por ej: opiáceos)

– *Droga*, es toda sustancia química que tiene la capacidad de producir modificaciones en organismos vivos. Los Dres. Maccagno y Poggi resaltaron la capacidad de las mismas de “alterar el organismo” ejerciendo “su acción psíquica...especialmente sobre la conducta, la percepción, la conciencia...”.

MARIHUANA (CANNABINOIDES)

Desde hace siglos que se cultivan las plantas del género *Cannabis* (*Cannabis sativa*), tanto para obtener la fibra del cáñamo como por sus supuestas propiedades medicinales y psicoactivas. El humo del cáñamo en ignición contiene muchas sustancias químicas (aprox. 150), entre ellas 61 cannabinoides identificados. Uno de ellos, el D-9-tetrahidrocanabinol (D-9-THC) es el responsable de la mayor parte de los efectos farmacológicos de la marihuana fumada. La cantidad del

mismo en un cigarrillo de marihuana es de 10 mg aproximadamente, pero existen reportes forenses que indicaron concentraciones que alcanzan los 100 mg. En los extractos oleosos de resina (aceite de hachís) la concentración de este compuesto puede alcanzar el 60 % mientras que del extracto de las hojas la concentración se encuentra entre el 2.5 y el 5 %. El mecanismo de acción último de la marihuana se desconoce. En la actualidad se ha identificado y clonado un receptor de cannabinoides en el cerebro, al cual le correspondería como ligando endógeno un derivado del ácido araquidónico, al que se denominó *anandamida*. Este receptor tiene amplia distribución en corteza, cuerpo estriado e hipocampo.

La forma habitual de consumo de las diferentes preparaciones (marihuana, hachís, aceite) es la fumada, pura o combinada con tabaco rubio. En la jerga pitar un cigarrillo de marihuana “es darle una seca”. El consumo habitual constituye una provisión de 0,5 a 2,5 mg diarios de THC, el cuál es una sustancia de alta liposolubilidad que se biotransforma por las enzimas microsomas hepáticas, siguiendo una a y b hidroxilación, para luego conjugarse con ácido glucurónico. El d-11-hidroxi-THC es el principal metabolito activo, entre más de 20 (muchos de los cuáles tiene actividad farmacológica), que se elimina por bilis, presentando luego reabsorción enterohepática. Debido a su liposolubilidad, presenta un almacenamiento en los tejidos periféricos en los que puede permanecer hasta 7 días, eliminándose en un 80 % por las heces y un 20 % por la orina. La eliminación es lenta, detectándose metabolitos en la orina hasta 30 días después de su consumo. No se elimina THC por

la orina. Puede detectarse THC y COOH-THC en cabello por técnicas de GCMS por más de 30 días.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN

La intoxicación aguda se manifiesta a través de dispercepciones, trastornos de la percepción temporal y espacial, trastornos en la apreciación de los colores, incremento en el tiempo de reacción ante estímulos visuales y luminosos, y alucinaciones, siendo muy variables en función de las características del sujeto y ambiente de consumo. El efecto se completa con cambios en el ánimo y en la motivación. El efecto buscado es el de un estado subjetivo de euforia y relajación, que se asemeja a una intoxicación moderada por alcohol pero que difiere en su cualidad de “achispamiento”. El efecto tiene una duración de aproximadamente dos horas. Muchos consumidores crónicos refieren que su primera experiencia fue adversa. Estos síntomas se completan con taquicardia, hipotensión moderada, midriasis, sequedad de mucosas, inyección conjuntival. Puede presentar efectos del tipo de la resaca o de disminución de la capacidad refleja que persiste más allá de las dos horas para automovilistas y hasta 24 horas para pilotos de avión. Las reacciones adversas agudas son las: crisis de pánico con sentimientos de desrealización y pseudoalucinaciones; delirio tóxico agudo (remite entre 3 a 12 días) y estados paranoides agudos.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INDUCIDOS POR CONSUMO CRÓNICO

McGlothlin y West describieron en

1968 el síndrome amotivacional caracterizado un estado de apatía que en mucho podría asemejarse a la falta de *propositividad vital* que se describe en Esquizofrenia (síntoma negativo primario). Pero muchos trabajos le han negado entidad específica. Luna Maldonado y Osuna Carrillo de Albornoz son categóricos al considerar que no existen estudios que lo avalen mientras que Mendelson y Mello plantean que dadas las dificultades que se presentan a la hora de evaluar la motivación, las posturas encontradas continuarán sin poder ser solucionadas. El consenso actual considera que la marihuana puede descompensar cuadros preexistentes en lugar de provocar un síndrome específico. Se ha reportado el agravamiento de pánico, paranoia y trastornos del humor por marihuana.

COMPLICACIONES SISTÉMICAS

Lo más relevante es la capacidad de producir cardiotoxicidad. Puede producir taquicardia asociada con inversión de la onda T, elevaciones del segmento ST e incremento de la amplitud de la onda P. En personas predispuestas puede exacerbar condiciones cardíacas previas. En cuanto al sistema respiratorio provoca disminución de tolerancia al ejercicio, alteraciones parenquimatosas con granulomas, focos de alveolitis e infiltraciones de macrófagos con acumulaciones de colesterol (reversibles luego de un año del cese del consumo). Sobre el sistema reproductor produce una involución de la próstata y de las vesículas seminales (reversible), disminuye los niveles plasmáticos de testosterona, déficit en la calidad y cantidad de espermatozoides. En la mujer disminuye los niveles de LH, FSH y prolactina. A

nivel del SNC disminuye el umbral convulsivo pero no ocasiona atrofia cerebral.

TOLERANCIA, ABSTINENCIA Y PUERTA DE ENTRADA

Contrariamente a la creencia generalizada en los medios de comunicaciones y entre los consumidores de marihuana y hasta no hace mucho en la comunidad médica general, la marihuana si produce tolerancia, que es el reflejo de cambios neuroadaptativos centrales. Cuando se discontinúa su consumo pesado presenta un síndrome de abstinencia caracterizado por: insomnio, anorexia, agitación, inquietud, irritabilidad, depresión, y temblor. El lugar de esta droga en el terreno de las adicciones es conocido como de *puerta de entrada*: es la que introduce al individuo en el mundo de la experimentación psicotrópica. Existe una secuencia descrita por Kandel en el que analiza el recorrido de un adicto desde la cerveza al crack (pasta base). La idea es que para consumir crack, es necesario haber conocido la cocaína y además saber fumar, para lo cual es necesario también que haya fumado alguna droga psicotrópica (marihuana). Pero por último para consumir marihuana es requisito haber fumado (tabaco) y conocer el efecto de la ebriedad alcohólica (en general la cerveza). En nuestro medio un reciente estudio de la Sedronar ha reflejado que los adolescentes se inician a una edad menor en el consumo de alcohol en sus propias casas (13 años los varones y 14 las mujeres), alcanzando casi el 40% la proporción de niños comprendidos entre los 12 y 15 años que consumen bebidas alcohólicas. De este modo la marihuana puede ser una puerta de entrada

a la experiencia subjetiva psicotrónica ilícita.

USO DE SUSTANCIAS EN LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

Las normas que directamente contemplan el fenómeno de la drogadicción son, principalmente, el art. 152 bis, el 482 y el 203 del Código Civil. Los dos primeros introducidos al sancionarse en 1968 la ley 17.177 y el tercero al modificarse la Ley de Matrimonio Civil por Ley 23.515. A las normas citadas deben añadirse la ley 22.914 que contempla la internación en establecimientos asistenciales de la Capital Federal de personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos, y la ley 23.737.

El art. 152 bis, inc. 1, dice que podrá inhabilitarse judicialmente a quienes se encuentren dentro de distintas circunstancias personales, entre ellas, en primer término se refiere a quienes por *embriaguez habitual o uso de estupefacientes* estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales para su persona o patrimonio. Este artículo incorpora la figura de la inhabilitación, siendo este el medio técnico escogido por el derecho contemporáneo para suplir las deficiencias psíquicas producidas por embriaguez habitual, drogadicción o disminución de las facultades mentales. Para su aplicación deben verse cumplidos dos requisitos: debe existir *habitualidad*, y un ejercicio pleno de la capacidad que pueda devenir en conductas perjudiciales para el sujeto.

El Art. 152 bis establece una protección jurídica para el toxicómano ya que lo considera afectado de carencias físicas y/o psíquicas que lo llevan a una situación de inferioridad para administrar sus bienes. El Art. 482 bis, establece que “las

autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata intervención al juez, de las personas que, por padecer enfermedades mentales, alcoholismo crónico o ser toxicómanos, pudieran dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá efectuarse previo dictamen del médico oficial.

A pedido de las personas enumeradas en el Art. 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no se justifique la declaración de demencia, alcoholizaciones crónicas y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor oficial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable”.

La ley 23.515, al modificar la Ley de Matrimonio Civil 2.393, introdujo sustanciales reformas en nuestro derecho matrimonial. El Art. 203 establece como causales objetivas de separación personal las enfermedades que el mismo enumera. La norma establece que “*uno de los cónyuges puede pedir la separación personal del otro en razón de alteraciones mentales graves de carácter permanente, alcoholismo o adicción a las drogas por él padecidas, siempre que tales aficiones provoquen trastornos de conducta que impidan la vida en común del matrimonio o la del cónyuge enfermo con sus hijos*”.

La ley Nacional de Drogas **ley 23.737** fue sancionada el 21 de septiembre de 1989 y promulgada el 10 de octubre del mismo año. Esta ley se ha basado en otras legislaciones y contempla el tema del tratamiento de los que sean condenados por consumo o sean simplemente tenedores.

El **artículo 5º** de esta ley indica que *“será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa ...el que sin autorización o con destino ilegítimo quien”*:

a) *Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación;*

b) *Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;*

c) *Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;*

d) *Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;*

e) *Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes.*

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco a quince años.

En el caso del inciso a) cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será de un mes a dos años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21”.

El artículo 14 establece que: *“Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa...el que tuviere en su poder estupefacientes.*

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal”.

Para algunos autores se trataría de determinar si la tenencia para uso personal constituiría o no una acción privada. Según el art. 19 de la Constitución Nacional, *“las acciones privadas están exentas de la autoridad de los magistrados cuando de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública ni perjudiquen a terceros”*, pero el art.19 de la Constitución queda excluido si esas acciones privadas originan esas consecuencias.

Según la apreciación de ciertos legisladores, *“en la tenencia de estupefacientes para uso personal esta incita la trascendencia a terceros, pues detrás del tenedor está el traficante “hormiga” y el verdadero traficante, así como el que siembra o cultiva”*. (CSN, 11/12/90, Montalvo. Del voto de la mayoría).

Quien consume estupefacientes en privado puede ser un adicto o eventualmente un adicto potencial. El art. 14 de la ley 23.737 castiga la tenencia de estupefacientes y establece una pena menor cuando se trata de una escasa cantidad para uso personal.

Otros artículos de la misma ley y que son los que más vinculación tiene con el aspecto médico estipulan lo siguiente:

Artículo 15. *“La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural, destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes”.*

Artículo 16. “Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen”.

Los tratamientos de desintoxicación o rehabilitación, ya sea bajo la forma ambulatoria o de internación son indicados habitualmente a aquellos en los cuales hay un consumo periódico o un abuso de sustancias habitual.

Para aquellos sujetos que solamente presenten un uso indebido u ocasional puede indicarse un tratamiento de tipo educativo en relación al uso de sustancias.

En la tarea pericial, la objetivación del grado de consumo se realiza a través de estudios rinoscópicos (para descartar consumo inhalado de cocaína), y de estudios toxicológicos en sangre y orina en búsqueda de la sustancia o sus metabolitos.

Artículo 17. “En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido

un grado aceptable de recuperación, por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última”.

Artículo 18. “En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad”.

Artículo 19. “La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele

preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso. Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad y de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18”.

En los casos en que el sujeto se encuentra detenido, el juez puede indicar que el tratamiento que fuere necesario se realice en la unidad detención donde el detenido se encuentre alojado.

Artículo 20. *“Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito, para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función de nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada”.*

Artículo 21. *“En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.*

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado, relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley. La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia”.

Artículo 22. *“Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dictamen de peritos, podrá librar de oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes”.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington J, Duchak V: Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*: 96:329-333. 1997.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Editorial Masson. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª Edition Revised. Washington, DC. American Psychiatric Association. 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. 1980.
- American Psychiatric Association. DSM-IV Sourcebook. Volume I. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
- Cadet JL, Bolla K: Chronic Cocaine Use as a Neuropsychiatric Syndrome: a Model for Debate. *Synapse*: 22:28-34. 1996.
- Ciraulo Da, Shader RI: Clinical Manual of Chemical Dependence, 2ª Edition. Washington, DC. American Psychiatric Press. 1991.
- Código Civil de la Nación.
- Constitución Nacional. 1852.
- Dayenoff David, Código Penal (Concordancias, comentarios), por David Dayenoff, AZ Editora, Buenos Aires, 1996.
- Ho A, Tsuang JW, Liberman R et al. Achieving Effective treatment of Patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry* 156:1765-1770. 1999.
- La Nación: “Los chicos se inician en el alcohol en sus casas”. *Martes 13/09/2005* (nota de tapa firmada por Daniel Gallo).
- Ley Nacional de Drogas 23.737.
- Lowenstein DH, Massa S, Rowbotham M et al: Acute Neurologic and Psychiatric Complications Associated with Cocaine Abuse. *The American Journal of Medicine*. 83:841-846. 1987.
- Minyersky Nelly, Drogadicción: aspectos jurídicos del problema. Cuadernos de Bioética. Publicación electrónica. Buenos Aires, marzo 2003.
- Miller N, Gold M, Smith: Manual of Therapeutics of Addictions. Wiley-Liss. New York. 1997.
- Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent Behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *Int J Addictions*: 26:1077-1088. 1991.
- Morton WA, Pharm D: Cocaine and Psychiatric Symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1:4. 1999.
- Satel SL, Southwick SM, Gawin FH: Clinical features of cocaine-induced paranoia. *Am J Psychiatry*. 148:495-498. 1991.
- Snyder S: Amphetamine Psychosis: A “model” schizophrenia mediated by catecholamines. *Am J Psychiatry*. 130:61-67. 1973.
- Steinberg J, Díaz L, Gori H, Cubito: ACV, crisis convulsivas y cocaína. Revisión de casos clínicos. Actualización clínica. *Rev Neurológica Argentina*. 26:1, 16-22. 2001.
- Schuckit MA: Drug and Alcohol Abuse. 5ª Edition. Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000.
- Toro Martínez E, Focci MA, Baistrocchi R: Estudio retrospectivo de una unidad de desintoxicación de la provincia de BsAS. *Revista Argentina de Psiquiatría*: 35:44-53. 1999.

- Toro Martínez, Rudelir M: Complicaciones psiquiátricas del uso indebido de cocaína: aspectos médico-legales. Cuadernos de Medicina Forense. N° 2-3, pp 67-73. 2005
-