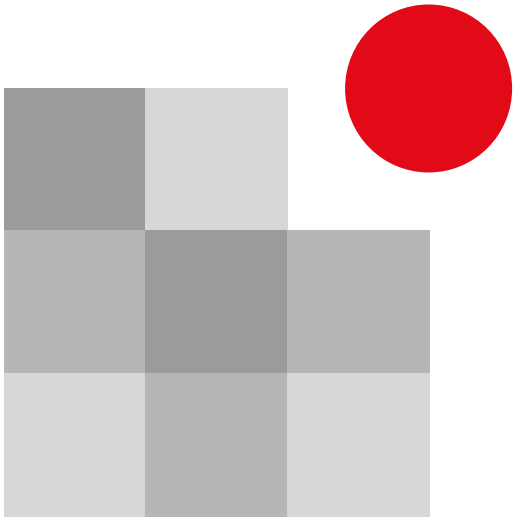
RAMO: FUNDAMENTOS DE LA DROGODEPENDENCIA



IPLACEX
instituto profesional

UNIDAD I

CONCEPTOS GENERALES EN EL ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA

CLASE 01

1. DEFINICIÓN DE DROGADICCIÓN

En la actualidad cada día son más los niños y jóvenes que se ven involucrados en la problemática relacionada con el abuso de sustancias psicotrópicas, el consumo es cada vez mayor y se inicia a más temprana edad, lo que afecta su desarrollo integral y pleno. Junto al aumento, se presenta una tendencia a disminuir significativamente las actitudes de rechazo a la droga, principalmente en lo referente al consumo de alcohol y marihuana. También el que el acceso a las drogas sea cada vez más sencillo, la presión al consumo y las diversas ofertas, afectan considerablemente a los jóvenes.

No hay que rebuscar mucho para darse cuenta de que existen muchos riesgos: los accidentes automovilísticos, por causa de jóvenes que conducen bajo el efecto de las bebidas alcohólicas y otras drogas; la violencia y delincuencia asociada a jóvenes con problemas de adicción; los pleitos y rupturas familiares a causa de no lograr superar la dependencia de alguno de sus miembros, los delitos asociados al narcotráfico; entre muchas otras consecuencias del flagelo de la droga, aumentan en forma dramática, convirtiéndose en uno de los problemas sociales más importantes. Lo anterior queda de manifiesto al revisar las diversas encuestas que preguntan a la ciudadanía sobre cuales consideran que son los mayores problemas que afectan a la sociedad, donde las drogas siempre se encuentran dentro de las cinco primeras opciones. Cuando se consulta sobre las posibles causas que motivan el problema de la droga las respuestas tienden a considerar a la pobreza y la marginalidad como factores trascendentales, lo cual está muy lejos de la realidad empírica, la cual indica que, justamente porque afecta a todos los rangos socioeconómicos, la droga se ha convertido en un gran negocio.

La situación del consumo ha cambiado, sin duda porque la sociedad en la que se desenvuelve hoy la vida es muy distinta a las que se vivieron en décadas pasadas: cambió el estilo de vida, los patrones de consumo, tráfico y tipo de drogas consumidas, todo esto exige que se renueven también las estrategias para enfrentar el problema, de modo que las acciones emprendidas sean realmente efectivas.

La lucha contra la droga es muy complicada, son muchos los factores que impiden erradicar este vicio de la vida cotidiana, sin duda sería una muy buena noticia el saber que se eliminó completamente el uso de la droga en la humanidad, pero se está muy lejos de alcanzar dicha utopía. Una de las grandes razones la constituye la familiaridad con que la droga se relaciona con las personas en la vida cotidiana. Es frecuente tomarse un café para despertar por completo en la mañana, el café contiene una droga lícita llamada cafeína, la cual es responsable de ese efecto energizante; por su parte el té contiene teína. Al finalizar el día las personas se toman un trago de alcohol, o toman un fármaco relajante para dormir o quitarse el estrés de la jornada laboral, si el fármaco ha sido recetado por un médico es tal lícito como el trago, pero no por eso deja de ser droga. Al parecer la vida cotidiana es tan difícil de llevar, que se ha convertido en algo natural utilizar sustancias que influyendo en el sistema nervioso, ayuden a enfrentar sus dificultades.

Aunque es una contienda complicada, los gobernantes de todos los países no se amilanan, y tratan de dar la batalla, invirtiendo para ello grandes sumas de dinero. Aunque no es menos cierto que las diferencias culturales de algunas naciones, hacen que las leyes sean mucho más permisivas, esto lleva a pensar, erradamente, que las drogas no hacen daño a quienes las consumen.

La adicción a las drogas es una enfermedad que encuentra su origen en el cerebro de las personas, y tiene como característica su larga duración, su carácter progresivo, las recaídas, y la dependencia a cualquier droga que tengan fines distintos a los prescritos por los facultativos médicos.

La dependencia de carácter psíquico, genera una urgente necesidad de consumir droga. Al momento en que se le priva de ella, quien es adicto experimenta las consecuencias de la abstinencia, las que generan efectos terribles a nivel de las emociones, psicológicas, físicas, sociales, económicas, y en general de todas las dimensiones que conforman la realidad del ser humano.

En adelante se entenderá por drogadicción lo siguiente:

> Condición psíquica y en ocasiones física provocada por la relación entre el organismo y una droga, que se caracteriza por modificar la forma de actuar y por causar otras manifestaciones que implican siempre una necesidad incontenible a consumir la sustancia en forma frecuente con la finalidad de sentir los efectos a nivel mental y/o eludir los malestares provocados por la abstinencia.

Cuando se trata de dependencia a la droga se entiende como el impulso irresistible a consumirla, no obstante, hay que hacer una diferencia entre la dependencia de tipo físico y la de origen psíquico. En la primera se hace presente el síndrome de abstinencia cuando se deja de usar la droga, cuyas consecuencias desaparecerán junto con la desintoxicación del cuerpo, por su parte, en la segunda los efectos de haber padecido ser adicto nunca desaparecen. Por tanto, se entenderá que quien alguna vez fue víctima de la adicción será adicto durante el resto de su vida, lo que quiere decir, que la persona se puede rehabilitar y vivir sin volver a consumir droga, con lo que desde entonces se transformará en un adicto que ha suspendido el consumo; no va a usar la droga, pero para continuar con esta condición nunca podrá dejar de estar atento.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSUMO DE LAS DROGAS DE ABUSO

Para estudiar la problemática de las drogas ilícitas, es indispensable conocer la evolución que han tenido durante su existencia. La historia relata que sus orígenes se encuentran en el uso medicinal, pasando por la utilización en la celebración de rituales, hasta llegar al uso y abuso que se observa en la actualidad.

2.1. Marihuana

Una de las drogas ilícitas de mayor consumo en Chile es, sin lugar a dudas, la marihuana. Las primeras referencias sobre esta droga se encuentran en el siglo IX a.C., en Mesopotamia, nación que se encuentra ubicada en el continente africano. En tiempos del dominio Asirio se usaba como incienso ceremonial, de la misma forma en que los egipcios lo utilizaron, cargando objetos con resina de cáñamo, cuando les tocó gobernar en ese lugar.

Otro país de África en que se encuentran registros de la marihuana es Arabia, incluso hay cronistas que indican que se debe a mercaderes de este territorio la expansión de su consumo a Europa.

En el siglo VIII A.C., ya era conocida en el continente europeo. El historiador contemporáneo Heródoto habla en sus libros de los Escitas, en cuyos ritos intervenía la Cannabis. Explica que el rito consistía en introducirse en tiendas a quemar las semillas de la planta, y agrega: «Las semillas producen humo y desprenden un vapor tal que ningún baño griego lo supera. Los Escitas ebrios por el humo dan gritos de alegría.»

Registros históricos dan cuenta de que en Europa occidental, su cultivo también es antiguo. Ya en el siglo VII A.C, los Celtas exportan desde su enclave de Massilia (Marsella), cuerdas y estopa de cáñamo a todo el mediterráneo; sin embargo, el hallazgo de pipas indican que esa cultura conoció su empleo como droga. Este es sólo un antecedente, ya que otras culturas como la romana y la islámica, revelan también como la marihuana ha estado presente a lo largo de su historia.

Por otra parte en Asía, específicamente en China, hacia el año 300 a.C., el emperador Shen-Nung ya prescribía su resina para varias dolencias, por ejemplo, gripe, gota, reuma, malaria, entre otras. En aquel tiempo se empleaban todas las partes de la planta: las hojas y flores para cubrir las heridas; la fibra para hacer telas y cuerdas; la resina para ser tomada como estimulante; las semillas para aplicaciones locales y para ser ingeridas.

En India se han encontrado registros del uso de esta planta desde unos 50 años a.C. Se la veneraba y era cultivada con ritos semi-religiosos. Era consumida de muchos modos distintos. Formaba parte de las fiestas, era ofrecida a los dioses y regalada a los mortales. En los libros sagrados se describen sus propiedades medicinales y espirituales.

El continente americano tampoco se ha visto ajeno a este flagelo. La marihuana llegó a América junto con los españoles, quienes introducen el cáñamo a este nuevo continente, con la finalidad de utilizar sus fibras del tallo para la fabricación de sogas, sacos, alpargatas etc. Sin embargo, su uso como droga alucinógena, comienza a utilizarse en varios países del continente recién descubierto.

En Chile, durante la colonia, los españoles comienzan a cultivar esta planta con fines artesanales. No existen antecedentes de que por aquella época fuera utilizada como sustancia alucinógena.

Las primeras investigaciones sobre la marihuana fueron emprendidas, en Europa, por los científicos que, en 1798, acompañaron a Napoleón a Egipto. Éstos se dedicaron a realizar provechosos estudios sobre el terreno del lugar visitado. Luego de la expedición, se llevaron muestras a París, en donde fueron analizadas con mayor rigor. Los resultados arrojaron restos de cultivo de Cannabis Sativa, planta de la que deriva la marihuana.

Más tarde, en 1857, otros científicos, lograron concentrar el primer elemento activo de la Cannabis, lo que les permitió comprobar que el residuo estaba desprovisto de nitrógeno, esto contrastaba con la mayoría de los alcaloides conocidos hasta entonces.

Pasaron luego varios siglos en que el interés por la marihuana pareció estar dormido. Fue sólo a principios del siglo pasado que retomaron los estudios de esta droga. Ocurrió cuando comenzaron a reunirse intelectuales en el Hotel Pimodan de París. Acudían a aquellas celebraciones escritores como Gautier, Baudelaire, Balzac, Delacroix y Daumier entre otros, quienes fundaron el «Club de los Hachischins». Varios de ellos dejaron escritas descripciones extraordinarias de sus experiencias con la marihuana.

Es muy importante aclarar que este consumo “cultural” de marihuana por parte de algunos pueblos, no tiene una incidencia social a nivel mundial. Son varios los factores que influyen para que esta droga se popularice entre la juventud. Sería injusto entonces atribuir este problema a un solo hecho.

Un ejemplo de estos factores influyentes es lo ocurrido a fines de la década de los años 50 y comienzos de los 60, tiempo en el que hay varios hechos que son decisivos para el aumento en el consumo, entre los que se encuentran: los avances de los medios de comunicación que permiten que se conozcan rápidamente las noticias; así como también posibilitaron difundir la música, las ideas políticas, catástrofes naturales, las secuelas de la guerra de Corea, y otras informaciones de interés internacional, ante los que la juventud se manifestó contraria, y la llevó a rechazar el sistema establecido, principalmente la idea del inicio de una guerra contra Viet-Nam por parte de los Estados Unidos.

Este rechazo se manifestó, con la formación de un movimiento que rápidamente se comenzó a generalizar a nivel mundial, fueron los denominados “Hippies”, quienes adoptaron una particular filosofía de vida que resumían en su slogan “Haz el amor y no la guerra”, y en

la cual también incluyeron prácticas como el consumo de marihuana y otras drogas, todo esto con el fin de manifestar que el mundo que vivían no les gustaba.

Figura Nº 1: Representantes de la cultura Hippie

La juventud chilena también cedió a esta influencia. A fines de la década de los 60 aparecen los primeros “hippies” quienes rápidamente advierten la existencia de grandes cultivos de cáñamo en la zona central del país, especialmente en la V Región, Valle del Aconcagua. Junto con el aumento de los “hippies”, aumentó también el consumo de marihuana.

Durante la década de los sesenta, el consumo de marihuana tomó otro significado. La hierba se convierte en símbolo de la contracultura juvenil. Fue la influencia de la música la que hizo que el consumo se expandiese en forma acelerada. El fenómeno comenzó con estilo musical, el jazz, y se desarrolló con otro, el Rock. Autores como Charlie Parker, Allen Grinsberg, Jack Kerouak, William Burroughs, entre otros, figuran como los responsables de iniciar esa corriente que se extendería por todo el mundo. La marihuana se une al pacifismo, a la naturaleza, la libertad, el orientalismo, la rebelión, el amor libre, la música, el vestir sin normas y el rechazo a la sociedad.

En los años setenta el consumo de marihuana se extiende a todas las clases sociales y toma el sentido de «Moda» y de liberación momentánea. Desaparece el mito y viene en muchos países la despenalización de su uso. Actualmente es la tercera droga, junto al alcohol y al tabaco, en cuanto a la extensión de su consumo. Con frecuencia se incluyen en las politoxicomanías. Es poco frecuente que una persona sea adicta sólo a esta droga. En la actualidad su relación con el movimiento contracultural ha desaparecido; hoy en día se emplea como un medio de evasión y escapismo más que por otras razones.

Figura Nº 2: Imagen del festival de Woodstok, recordado históricamente por relacionar directamente las drogas con la música.

Figura Nº 3: Cultivos de Cannabis Sativa

Figura Nº 4: imagen de Sumidades Floridas o Cogollo

CLASE 02

2.2. Cocaína

Aunque más reciente, la cocaína también ha tenido un papel en la historia, la cual se procederá a relatar a continuación.

La planta de la coca es un arbusto de hoja perenne, originaria de América del Sur, principalmente de Perú, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia. Ha sido cultivada por los pueblos originarios durante miles de años, se detectó su presencia en una tumba peruana que data aproximadamente del año 500 d.C. Se ha descubierto que era utilizada por los indígenas de la cultura Inca como elemento sagrado para sus rituales.

Los indios descubrieron rápidamente que masticar las hojas de la coca aumentaba la fuerza y la resistencia, lo que permitía soportar los cambios de temperatura de la región, reducía su necesidad de tomar más alimentos y les ayudaba a soportar el rigor de la altura, propia de su geografía. Esta práctica es común en la actualidad entre los descendientes indígenas de Perú y Bolivia.

Los españoles que llegaron a conquistar América pretendieron prohibir su uso, sobre la base de criterios moralistas, pero desistieron de la medida cuando se dieron cuenta de que ayudaba a apaliar los efectos que producían las largas jornadas, hasta de 20 horas diarias, a que eran sometidos los indios para gloria del reino de España.

Fueron los mismos exploradores españoles quienes llevaron la noticia de esta planta a Europa, fue en este continente donde el ingrediente activo del arbusto de la coca fue aislado y llamado “cocaína” en el 1860, aunque aún existe desacuerdo sobre quién lo hizo y en qué fecha exactamente ocurrió. En esos años ya se sabía que la coca producía un entumecimiento o insensibilidad cuando se aplicaba localmente y se podía utilizar como anestésico, por lo que se utilizó para curar a los heridos de guerra, aunque la investigación que ratificaba esta propiedad tuvo que esperar hasta finales de la década de 1870. Informes de médicos europeo, en 1883, informaban que el uso de la cocaína, aliviaba la fatiga que normalmente se da entre el personal militar.

En el año 1884, en Viena, Köller, un famoso oculista, demostró su utilidad en oftalmología para realizar intervenciones superficiales del ojo. Mientras tanto Hall, un dentista, la usó en la anestesia de la cavidad bucal.

Varios acontecimientos atrajeron la atención mundial sobre el arbusto de la coca y su extracto la cocaína. En la última parte del siglo XIX, un químico francés, Angelo Mariani, importó grandes cantidades de hoja de coca las mezcló con vino rojo, creando así el “Vino de Mariani”. Esta bebida fue consumida por una gran variedad de individuos, desde el Papa en Roma hasta miembros de varias familias reales y el hombre de la calle, y todos ellos elogiaron el producto.

Alrededor de 1886, John Pemberton, un farmacéutico de la ciudad de Atlanta, creó una bebida que contenía cocaína y el extracto de una nuez de cola. La bebida se conoció con el nombre de Coca-Cola y contenía cocaína como un ingrediente activo, hasta que se prohibió en 1906 con la promulgación de la Ley de Drogas y Alimentos Puros. Durante este período la cocaína se “representaba” como una cura para muchas enfermedades, incluidos la fatiga, el asma, la morfinomanía y las enfermedades de estómago. En este país, los médicos empezaron a experimentar con la cocaína y se descubrió que producía anestesia local y bloqueaba los impulsos nerviosos hacia grandes áreas del cuerpo si se inyectaba la droga cerca de un tronco nervioso.

Aunque se sabía con certeza que el consumo regular de cocaína producía efectos secundarios peligrosos, la droga fue utilizada como el “ingrediente secreto” de muchos tónicos y elixires que se vendía públicamente en el mercado norteamericano.

Entre 1887 y 1914, cuarenta y seis estados aprobaron leyes que regulaban el uso y la distribución de la cocaína. La Ley de Medicamentos y Alimentos Puros de 1906 ordenó poner etiquetas enumerando todos los ingredientes presentes en los alimentos y medicamentos y el consumo de cocaína comenzó a disminuir gradualmente. Fue la primera de las leyes federales en Estados Unidos en regular el tráfico de narcóticos o estupefacientes.

A principios de del siglo XX, la cocaína fue la droga de moda en la bohemia parisina. En las décadas del 60 y 70 se volvió popular, llegando a recibir el nombre de “la droga del ejecutivo” en Estados Unidos. Durante los años 80 el consumo siguió en escalada, en esta década se le consideraba, erróneamente, menos nociva que la heroína. Es a fines de los

años 80 que aparecen productos derivados, como el crack y la pasta base de cocaína (estado químico de la cocaína, previo al Clorhidrato. Forma de cocaína cruda e impura, que contiene una gran cantidad de kerosén, ácidos y otras impurezas, razón por la cual no puede inhalarse o inyectarse)

Respecto a la pasta base de cocaína se puede señalar que en Perú y Bolivia, se empezó a consumir a partir de la década de los 80 en los laboratorios clandestinos de procesamiento de la cocaína. En estos lugares los sujetos que deben efectuar el pisado de la hoja de coca para extraer de éstas el alcaloide (tarea que se prolonga por uno o dos días) la consumían para trabajar con el mínimo de alimentación y conservar la energía necesaria para desarrollar la exigente labor.

En la actualidad el consumo de cocaína se estima que afecta a 13,3 millones de personas lo que equivale al 0,23 por ciento de la población en el mundo. El país con mayor consumo per cápita de cocaína es España donde un 2,6% de la población consume esta droga. Estados unidos es el mayor mercado del narcótico y se ubica en segundo lugar con un índice de consumidores del 2,5% respecto al total de la población. Le siguen Irlanda (2,4%), Reino Unido (2,1%) Canadá (1.9%) y Argentina (1,9%).

Figura Nº 5: Arbusto de Coca

Figura Nº 6: Clorhidrato de Cocaína

CLASE 03

2.3. Opio y Derivados (papaver somniferum)

Respecto al opio y sus derivados, se pueden encontrar innumerables testimonios escritos que dan cuenta de su participación en diversas culturas. Fue conocido como "Mash allah" (gloria de Dios) por los mahometanos, y considerado pasaporte para ascender a la morada divina para los hechiceros babilónicos.

El opio ha sido utilizado desde hace más de dos mil años a.C. como fabricante de sueños y como sedante. Las pociones de la flor de la amapola eran parte muy importante en el sistema de medicina hindú y mahometano. Las tablas asirias relatan que las mujeres y los muchachos acudían a los campos de adormidera a recoger el jugo exudado por las plantas y preparaban brebajes intoxicantes.

Figura N° 2: Imagen de la dormidera o Amapola (Papaver somniferum), planta de la que se extrae el Opio.

El néctar de opio conocido como “Nephentes”, era el bálsamo con el que Helena en “La Odisea” llenó los vasos de los que quisieran olvidar los males. “Quien lo tome –decía ella—no derramará una sola lágrima, aunque con sus ojos vea morir a su padre y a su madre, o degollar con el bronce a su hermano o a su propio hijo”. Era el regalo de la adormidera, aceptado con fruición por el hombre desde hace miles de años.

La pipa para fumar opio, junto al par de tenacillas para formar la bolilla y la almohadilla especial para apoyar la cabeza –el equipo característico del viejo opiómano -, llegó a ser algo bastante corriente en la Inglaterra de fines del siglo XVI. Más aun de lo que es hoy la jeringa para “engancharse” con morfina o heroína. Artistas y escritores buscaban anhelosamente en los nebulosos sueños del opio estímulo para la creación, pero sólo conseguían aniquilar su propio talento.

El viejo vicio asiático fue llevado también a Estados Unidos por los inmigrantes chinos, que lo habían aprendido siglos antes de los persas.

En 1831 el Instituto de Francia, nombró “bienhechor de la humanidad” al químico Wilhel Serturner, quien recibió un premio de dos mil francos por haber descubierto el “principio somnífero del opio”.

Trabajando una noche en su laboratorio Westfalia, se le ocurrió tratar el Opio con amoníaco líquido y ante sus asombrados ojos, aparecieron unos extraños cristales que más tarde bautizó como morfina (de Morfeo, dios griego del sueño). Fue el primer alcaloide que ingresó al campo de la farmacología.

Una epidemia de morfinomanía, con la que “el bienhechor de la humanidad” jamás pudo soñar, se desató durante la guerra civil norteamericana del siglo XIX, como un histórico anticipo al enviciamiento que predominó entre los soldados de Estados Unidos en Vietnam. Era la droga milagrosa con que lograban calmar el dolor de sus heridas.

En 1898 el médico alemán Heinrich Dresser descubrió que agregando acetilos a la morfina conseguía un polvo blanco finísimo, de propiedades mucho más activas y concentradas que la morfina, que posteriormente ha llegado a constituirse en uno de los flagelos más graves que ha azotado a la humanidad, Dresser designó a su descubrimiento con el nombre de heroína.

Hoy es ilegal fabricar, traficar, poseer o fumar opio en prácticamente todos los países del mundo. Para gran parte de los cultivadores de la adormidera de las regiones montañosas de Tailandia, de Turquía o de Armenia, forma inevitablemente parte de su vida diaria.

El fumador de opio o bebedor de “láudano” (bebida de Opio con alcohol) pertenece al pasado, ha sido relegado por el moderno toxicómano, usuario de los alcaloides del opio, los que son mucho más activos y fáciles de ocultar.

A pesar de estar prohibido, todavía hoy en la India y otras regiones de Asia menor se sigue utilizando como resorte mágico para huir de las dificultades de este mundo. Las cápsulas de la flor son machacadas para formar una pasta que se aplica sobre las heridas e inflamaciones. Los asiáticos utilizan corrientemente productos a base de opio para calmar el llanto de los niños durante la dentición (Etapa en la cual comienzan a salir los primeros dientes) y para provocarles el sueño cuando se resisten a dormir. Incluso hay gente que sigue utilizando brebajes con Opio para curar la disentería (enfermedad infecciosa asociada a dolor abdominal, fiebre, diarrea, e inflamación y ulceración de la boca. Puede ser producida por bacilos y deriva de la gonorrea).

Figura N° 3: Diversos tipos de Heroína

Heroína Común

Heroína del sudeste asiático

Heroína mexicana

CLASE 04

2.4. Anfetaminas

Las anfetaminas han sido utilizadas desde tiempos inmemoriales, aunque el descubrimiento de su fórmula química y su síntesis en laboratorio sean hallazgos del siglo XIX. Parece ser que los chinos, antes de nuestra era ya usaban productos tipo anfetamina que extraían de ciertas plantas.

El desarrollo profundo de la química farmacéutica permite que hoy en día se puedan sintetizar en el laboratorio casi todas las sustancias psicotrópicas o estupefacientes (entendiéndose como drogas de uso) que se pueden obtener de productos naturales. Sin embargo, reciben el nombre por antonomasia de drogas de diseño o drogas sintéticas aquellas sustancias cuyo origen no está derivado de un producto vegetal, sino que proceden de la síntesis química y/o modificaciones diseñadas teóricamente y producidas en laboratorio.

Una de las primeras, la anfetamina, irrumpió en la vida moderna como consecuencia de los esfuerzos científicos para encontrar un tratamiento eficaz destinado a controlar el asma bronquial. En los albores del siglo XX los médicos sólo disponían de las inyecciones de adrenalina como un rápido broncodilatador para reducir las crisis de los asmáticos.

El farmacólogo K. K. Chen descubrió que en las antiguas clasificaciones chinas de sustancias medicinales se recomendaban infusiones de la planta ma huang para el tratamiento del asma. El ma huang, nombre chino que recibía la planta efedra (Ephedra vulgaris), era conocida por sus propiedades estimulantes y broncodilatadoras desde hacía más de cinco mil años. En 1923, Chen y sus colaboradores lograron aislar el ingrediente activo de la planta, la efedrina, en los laboratorios Lilly de Indianápolis, en Estados Unidos.

La efedrina, obtenida del extracto de la planta, se introdujo con éxito en el área terapéutica, ya que era una sustancia eficaz por vía oral. Sin embargo, la escasez de la planta hacía inviable su aprovechamiento comercial a gran escala. Por ello se consideró que, a mediano plazo, debía encontrarse un sustituto sintético de la efedrina. También se argumentó que la eficacia de una efedrina sintética hubiera sido cuestionada por los médicos de entonces, partidarios de los productos naturales.

La estructura química de la feniletilamina era similar a las mostradas por la adrenalina y la efedrina. Partiendo de esa base en corto tiempo se sintetizaron y caracterizaron unos dos mil análogos, de los cuales cerca de 30 fueron probados en seres humanos. De todos ellos, el producto estrella fue la anfetamina, una sustancia que fue sintetizada en 1927 por el químico Gordon Alles.

Otras versiones científicas señalan que ya en 1910, la compañía E. Merck había sintetizado derivados de la anfetamina, buscando potenciar sus efectos anorexígenos

(supresores del apetito) y como retardador o inhibidor del sueño. Los nuevos compuestos químicos reemplazaron a los de origen natural como la efedrina, pese a que esta sustancia generaba gran confianza a los médicos.

La comercialización de estas sustancias comenzó en los años 30. Durante la Segunda Guerra Mundial los soldados eran los principales consumidores, los pilotos alemanes, ingleses, italianos y norteamericanos las empleaban sobre todo cuando se hallaban en misiones especiales en las que el cansancio podía ser su gran enemigo.

Las tropas de asalto recibían frecuentemente su dosis de anfetaminas, con lo que aumentaban su valor y agresividad. Después de la guerra, la toxicomanía, ya iniciadas se extendió a otras capas de la población.

La producción farmacéutica de anfetaminas no dejó de crecer durante los años '60.

Por ejemplo

En Estados Unidos, de 3,5 millones de dosis en 1958; se pasó a más de 20 millones en 1970. En 1959 fueron detenidos grandes traficantes de anfetamina. Se estima que en 1966 el 50% de la producción estadounidense era desviada a mercados ilícitos y que el 90% del tráfico ilegal, unas 25 toneladas de anfetaminas, se realizaba principalmente en el entorno de las paradas de camiones, en gasolineras y restaurantes carreteros.

Con independencia del papel que tuvieron las medidas legislativas de los años 50', los casos relacionados con los brotes epidémicos que se iniciaron en la postguerra, habían prácticamente desaparecido. Sin duda prevalecía el consumo ocasional o instrumental, al margen de la prescripción médica.

En los años 60, desde Gran Bretaña a España se puso de moda el consumo durante los fines de semana de pastillas de anfetamina mezcladas con alcohol. Mientras tanto, en Estados Unidos nació el movimiento hippie que, entre otras cosas, se caracterizó por el consumo de marihuana, alucinógenos, psicoestimulantes y otras drogas. Este fenómeno se reproduciría luego en Europa y Australia durante los '70.

En Estados Unidos en 1967 se calculaba que entre un 6% y un 8% de los adultos tomaba o había tomado píldoras adelgazantes por prescripción médica. Entre 1967 y 1969 también se estimó que una media del 13% de los estudiantes de colegios y escuelas secundarias las había consumido en alguna ocasión.

Precisamente durante este período, por iniciativa de la mayoría de los gobiernos occidentales y como consecuencia de las recomendaciones firmadas en el Convenio de

Sustancias Psicotrópicas de 1971, la mayoría de los preparados farmacéuticos que contenían anfetaminas se retirarían progresivamente del mercado.

Asociado al movimiento hippie, de nuevo vuelven a descubrirse casos de psicosis y dependencias graves relacionadas con el consumo excesivo de anfetaminas, generalmente por vía intravenosa. En 1967 destaca el famoso artículo de Kramer describiendo las características clínicas del speed freak. Así se denominaban en California a los grupos de adictos a anfetamina por vía intravenosa que surgieron entre el movimiento hippie y que no tardaron en entrar en conflicto con la propia comunidad de procedencia. Los valores de no violencia y las conductas tranquilas de los heads, favorecidas por tranquilizantes como la marihuana, o las posturas místicas guiadas por los alucinógenos, se contraponían a las actitudes de aquella minoría de speeds dicharacheros, agresivos y violentos. Muchos renombrados intelectuales de la contracultura, calificaron el uso de anfetaminas por vía intravenosa como antisocial y antiético al movimiento.

Los speeds freaks se inyectaban con creciente intermitencia, pudiendo llegar a consumir cantidades cien veces por encima de lo que podía soportar cualquier consumidor no habituado. Muchos tuvieron que recibir asistencia médica por el desarrollo de psicosis tóxicas. El estudio clínico de este nuevo brote epidémico dio lugar a las detalladas descripciones que médicos norteamericanos realizaron a principios de los '70 sobre la dependencia y las psicosis anfetamínicas. Fue durante esta década cuando se describió el ciclo característico que siguen los consumidores excesivos, así como los intensos efectos que experimentaban los adictos que se inyectaban anfetaminas por vía intravenosa.

La anfetamina ha sido modificada para obtener otras derivadas con alguna cualidad diferente. Actualmente, se pueden encontrar en el mercado la anfetamina, la dextroanfetamina, metilanfetamina, bencedrina, metanfetamina, metilfenidato, etc. Asimismo, se han sintetizado sustancias que por sí mismas no son anfetaminas, pero que al metabolizarse en el cuerpo humano las producen; en este apartado se encuentran numerosos fármacos para adelgazar.

El consumo de anfetaminas es un fenómeno de moda que se expande en el mundo como uno de los resultados de la sociedad postindustrial.

Figura N° 4: Anfetaminas

CLASE 05

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS

Se puede describir la epidemiología como una disciplina científica que relaciona el conocimiento aportado por la medicina con el saber de otras áreas de estudio (como la geografía, la estadística, la sociología, etc.), lo que permite determinar frecuencias, distribuciones y evolución de diversas enfermedades, con gran variedad de métodos y herramientas. La epidemiología se puede abocar al estudio de todas las enfermedades que afectan al ser humano. Las adicciones también son estudiadas por la epidemiología, ésta permite conocer sus aspectos sociales, el grado de inserción y expansión que han tenido en la sociedad, también da cuenta de los métodos que han sido más efectivos para prevenir su avance en grupos de riesgo y el marco de intervención.

Cuando se elabora el análisis epidemiológico se valora el peso que tiene cada variable dentro de la secuencia casual que determina que las personas se conviertan o no en adicto.

Es esta característica la que hace que la epidemiología, especialmente en el campo de las adicciones, tenga estrecha relación con el desarrollo de programas preventivos y de intervención, es decir la información generada sirve de sustento para el diseño de programas que elevan las posibilidades de alcanzar sus objetivos.

En un principio la epidemiología, pone el énfasis en las características del grupo poblacional en que se presenta la enfermedad o los factores de riesgo, en identificar en qué consiste de cada uno de éstos, su espacio de desarrollo y el momento en que se presenta, para después identificar cuales son los factores que condicionan al problema que se está estudiando. Luego, en una segunda etapa se analiza en forma más precisa la relación causa-efecto entre las condiciones y el problema que se está estudiando. De esta forma la epidemiología puede llegar a establecer las variables que integran la cadena causal, así también a la cuantificación de la importancia que tiene cada una de ellas, contribuye además a valorar las consecuencias que acarrea el consumir drogas. Por último, una atribución más de la epidemiología es la capacidad de construir escenarios del problema en el futuro; es decir, su capacidad de predecir, mediante modelos fundamentados en los resultados de la etapa analítica; esta atribución se transforma en una herramienta de gran utilidad al estudiar el consumo de estas sustancias y sus consecuencias.

En la actualidad la epidemiología, en el campo de las adicciones, ha pasado de los diseños transversales a un sistema más interactivo, que entrega la posibilidad de conocer la evolución del problema mediante sistemas de información y de vigilancia epidemiológica que llevan a identificar con mayor oportunidad las modificaciones que se presentan en los patrones de consumo, por ejemplo; según el género, tipos de sustancias, grupos con mayor riesgo, e incluso a poder predecir con cierto grado de certeza la tendencia y el nivel de consumo en el futuro.

Realice ejercicios Nº 1 al 10

3.1 Términos Usados Frecuentemente en Epidemiología

Tan importante como conocer los diferentes estudios epidemiológicos desarrollados en el campo de las adicciones, es conocer los indicadores, términos y criterios básicos más utilizados, con el fin de entender el análisis de los diversos estudios. A continuación, se entrega una breve descripción de ellos

- Prevalencia de consumo: corresponde al porcentaje de la población que declara haber consumido una sustancia psicoactiva. Ésta a su vez se puede clasificar en:

- Prevalencia de vida: es el porcentaje de la población que declara haber usado una sustancia psicoactiva determinada por lo menos una vez en su vida.

- Prevalencia en el último año: corresponde al porcentaje de la población que manifiesta haber consumido una sustancia psicoactiva determinada una o más veces durante los 12 meses anteriores a la fecha de la encuesta.

- Prevalencia en el último mes: se entiende como el porcentaje de personas que asegura haber ingerido una sustancia psicoactiva determinada una o más veces durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta.

- Prevalencia de dependencia: corresponde al porcentaje de consumidores de una sustancia determinada que presentan los criterios de dependencia a sustancias establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

- Ex-consumo: se considera el porcentaje de la población que declara haber usado una sustancia psicoactiva determinada alguna vez, pero que no la ha vuelto a usar hace un año o más.

- Incidencia de consumo: corresponde al porcentaje de nuevos consumidores, es decir, personas que declaran haber consumido por primera vez una determinada sustancia psicoactiva, en un periodo determinado.

- Riesgo: es un indicador epidemiológico por el cual la persona tiene un atributo determinado sea personal, social, psicológico o familiar que lo posiciona en una mayor probabilidad de consumo de drogas.

3.2 Sexto Estudio Nacional del Consumo de Drogas

Durante el año 2004 el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) realizó en Chile el último estudio nacional de drogas en la población general, correspondiendo a la sexta versión (se viene realizando de manera bienal desde 1994) de éste y fue aplicado en una muestra de 8.715.567 personas, que se encuentran entre los 12 y 64 años de edad. Dentro de los datos más importantes que arrojó se pueden destacar:

- Prevalencia en el consumo por tipo de drogas durante el último mes.

Cuadro 1: Prevalencia de último mes por tipo de droga			
Tipo de droga	Tasa por 100	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	2,69	0,179	2,33- 3,04
Pasta Base	0,29	0,071	0,15- 0,42
Cocaína	0,47	0,079	0,31- 0,62

Cuadro 2: Número estimado de personas que declaran consumo durante los últimos 30 días, según estimación puntual e intervalo de confianza			
Tipo de droga	Estimación puntual	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	234.074	0,179	203.072 - 264.953
Pasta Base	24.881	0,071	13.073 - 36.605
Cocaína	40.738	0,079	27.018 - 54.036

- Cantidad y gasto total de droga consumida anualmente.

Tipo de droga	Cantidad (en kilos)	Gasto (en millones)
Marihuana	**10.200**	**30.132**
Pasta Base	**836**	**7.032**
Cocaína	**1.956**	**12.084**

Por su parte el estudio en la población escolar indicó que:

- Uno de cada cuatro estudiantes de octavo año de enseñanza básica a cuarto año de enseñanza media declara haber consumido alguna droga ilícita en su vida.

- La edad promedio de inicio de los jóvenes en el consumo de drogas ilícitas, se encuentra cercana a los 14 años.

- Cuando la persona se inicia temprano en el consumo de drogas, aumenta la probabilidad de ser dependiente y los efectos negativos de su consumo.

- Hombres y mujeres jóvenes tienden a igualar el consumo.

- El consumo de drogas es similar en alumnos municipalizados, particulares subvencionados y privados.
- Un tercio de los estudiantes no percibe mayor riesgo en el uso regular de la marihuana.

- La mitad de los estudiantes secundarios dice que le resultaría fácil conseguir drogas ilícitas.

- Cuando los amigos consumen drogas aumenta la probabilidad de consumo (factor de riesgo)

- A un gran número de jóvenes de los distintos niveles socioeconómicos le han ofrecido drogas en el último tiempo (31,8 % en el año)

- Entre los sitios donde les ofrecen drogas, el primer lugar lo ocupan fiestas, discotecas, y recitales o estadios, seguido de los alrededores de la casa o el colegio.

- Cuando hay personas en la casa que consumen drogas aumenta la probabilidad de consumo (factor de riesgo).

- Un tercio de los jóvenes manifiesta consumir alcohol durante los fines de semana.

- Los jóvenes tienden a consumir gran cantidad de alcohol los fines de semana.

- El consumo de tabaco y alcohol sirve de puerta de entrada para las drogas ilícitas. De los consumidores de marihuana la mayoría consumió alcohol previamente.

- Los accidentes juveniles suelen ser bajo los efectos del alcohol y/o de la marihuana.

- Los hijos de padres que supervisan, conocen y comparten las actividades que éstos realizan, consumen significativamente menos.

CLASE 06

4. CONCEPTOS BÁSICOS EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES

La adicción se define como:

> "Un deseo o necesidad, acompañado por una dependencia física que lleva a un constante consumo, lo cual tiene como consecuencia una tolerancia a los efectos de ella y a un síndrome de síntomas identificables cuando se suspende abruptamente".

Una persona que manifieste los siguientes síntomas puede ser víctima de una adicción (no necesariamente a las drogas, ya que existen adicciones a los juegos, a la televisión y en general a cualquier actividad que se realice en forma compulsiva), aunque es importante aclarar que, el que éstos estén presentes, en su conjunto o en forma aislada, no

garantiza que la persona sea adicta, ya que pueden deberse a otras causas. De todas formas manténgase alerta si observa:

- A nivel físico: la persona presenta fatiga constante, quejas sobre su salud, ojos y nariz enrojecidos y vista sin brillo, tos persistente, desmejoramiento visible.

- A nivel emocional: Cambios en la personalidad, cambios de humor, comportamiento irresponsable, poco amor propio, depresión, falta general de interés.

- A nivel familiar: reacciones agresivas frecuentes, quebrantamiento de reglas antes aceptadas, abandono de comunicación, perdida de objetos de valor, rastros en ropas.

- En cuanto a la productividad: disminuye el rendimiento, ausentismo laboral o educacional, problemas de disciplina y adecuación a las normas.

- Contactos sociales: amigos nuevos con conductas irregulares, problemas con la Ley, gustos peculiares en la presentación personal.

4.1 Droga

La palabra droga**,** que se emplea con frecuencia como sinónimo de fármaco, tiene diferentes acepciones, al incluir productos naturales o artificiales que conteniendo fármacos o sustancias activas de carácter fisiológico han sido elaborados de manera que pueden ser administrados al hombre y los animales.

El Diccionario de la Real Academia Española, la define como: “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.”

En el lenguaje vulgar, la palabra droga se emplea con un sentido peyorativo para designar sustancias cuyo uso es ilícito, como por ejemplo, heroína, marihuana, cocaína, etc.

En el sentido médico, droga es definida como “sustancias tanto naturales como sintéticas que se emplean en el tratamiento farmacológico de las enfermedades incluyendo, por ejemplo, a los antibióticos, analgésicos, hormonas y vitaminas, entre otros muchos medicamentos”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: “cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar la actividad psíquica y el funcionamiento del organismo. Gran parte de las drogas provocan dependencia física y/o psíquica.”

Antes las diferentes acepciones que existen para la palabra droga, se ha determinado utilizar una definición simple, que comprenda los diferentes orígenes y efectos:

Concepto de Droga

"Droga, es toda sustancia de origen vegetal o sintético, que al ser absorbida por un organismo vivo, puede modificar o alterar una o varias de sus funciones**."**

4.2 Qué es la adicción a las drogas

La drogadicción es el hábito de quien se deja dominar por una droga, mientras que la drogodependencia o también llamada dependencia a sustancias que actúan sobre el sistema nerviosos alterando las funciones psíquicas, es el uso habitual de estupefacientes al que un drogadicto no se puede sustraer. Dicha necesidad no cesa aunque quien consume sea víctima de las desagradables consecuencias cuando las usa o se abstiene de hacerlo. Hay que destacar que es una enfermedad relacionada con una necesidad más psicológica que física.

En Chile este problema afecta a más personas de las que se puede imaginar, y por sobre todo, preocupa la marcada tendencia al alza de adolescentes menores de 18 años y mujeres. Se dice que entre el 12 y el 16 % de las personas que se encuentran en el rango etario los 14 a los 60 años, es decir la edad más productiva en la vida de cualquier persona, manifiesta dificultades de control al consumir bebidas alcohólicas o con el uso y abuso de drogas ilícitas o de fármacos prescritos por médicos obtenidos por medio de la vía ilegal; de ellos, al menos 2 ó 3 corresponden a mujeres.

La drogadicción tiene tres características que la definen, las que se describen a continuación:

- Primaria: lo que quiere decir que, al contrario de lo que se pueda pensar, no es consecuencia de algún trastorno de la mente, algún trastorno durante una etapa de la vida, u otro evento similar. De ser así tendría carácter de secundaria, lo que quiere decir que primero se manifiesta el problema mental o el trauma, y luego la adicción como resultado de ellos.

  Los actuales estudios científicos han modificado esta postura, basados en la realidad empírica, determinaron que la adicción puede afectar a cualquier individuo, presente o no algún trastorno o enfermedad relacionada. También sugieren que la adicción debe ser tratada antes que cualquier otro problema, ya sea a nivel de emociones o de la mente, por lo tanto el primer paso es que la persona acepte que está enferma, por lo que debe eliminar el consumo y pedir ayuda a un especialista.

  Existen investigaciones que indican que se puede determinar prematuramente si alguien desarrollará una adicción en alguna etapa de su ciclo vital. Aseguran que ciertos niños

manifiestan conductas que predisponen su vida a convertirse en adicto a las bebidas alcohólicas o a las drogas en etapas posteriores. Las principales características de estos niños son: presentan gran nerviosismo, hiperactividad e inestabilidad emocional.

Sin embargo, hay que dejar en claro que existen condiciones del entorno cercano que pueden ayudar a que este niño a superar la "conducta preadictiva" y hacerla desaparecer por el resto de su vida, entre los factores más influyentes destaca la asistencia que la familia puede entregar al probable adicto.

- Progresiva: este concepto se refiere a que si la adicción no se trata, irá empeorando poco a poco. Muchas de las personas que padecen una adicción, y más aun sus familias y amistades piensan que con mantener una charla llena de sermones, advertencias y amenazas con el adicto, es suficiente para que la conducta cese. Lamentablemente, esto está muy lejos de ser cierto, ya que generalmente el adicto después de la conversación, en la que se invierte tiempo y ganas, sale tan convencido como quien quiso ayudarlo de que la conducta no es correcta y el erradicarla es muy necesario. Se genera un ánimo de que las cosas se solucionarán y la ilusión crece, pero ésta desaparece al cabo de unos pocos días u horas, volviendo al estado en que se encontraban antes de la conversación e incluso empeorando. Existen adictos que se alejan de las drogas durante días, semanas o meses, con el fin de demostrarse a sí mismos y a la gente que los rodea que son capaces de controlar su consumo y que pueden dejar la sustancia cuando quieran, pero la realidad de la situación es que esperan expectantes la próxima vez en que podrán volver a consumir, momento en que lo harán con toda la desesperación acumulada durante el receso, ya que el deseo nunca menguó, sino por el contrario se incrementó.

- Mortal: parece evidente, ya que es una relación directamente proporcional, junto con crecer el consumo, crece el riesgo de una sobredosis que podría llevar a la muerte. Sin embargo, ésta no es la única condición que hace de la adicción una conducta mortal. Ejemplos de ellos son la gran cantidad de accidentes automovilísticos que provocan los adictos cuando conducen bajo los efectos de la droga, los decesos por riñas, muertes por arma blanca o de fuego, son situaciones comunes. Hay casos más dramáticos como los de las personas que mueren por no comer o beber agua, ya que la mayor parte de las drogas elimina el hambre y la sed. También durante la adicción se generan situaciones de pérdida del sentido de la vida y depresiones, las que suelen terminar en que los adictos ponen fin a su vida por medio del suicidio. Finalmente la causa más común es que los adictos no pueden detener el consumo hasta someter al cuerpo a una pérdida progresiva de las funciones vitales, con lo cual se llega al punto inevitable en que el organismo deja de funcionar.

4.3 Drogadicción según Psicólogos Y Sociólogos

En este tipo de análisis se centra la mirada en la persona, por sobre la tipología de las drogas que se consuman. En estos estudios la atención se pone en la relación individuo – droga, para establecer si el vínculo es de dependencia. Se considera a la adicción como un

síntoma individual, y al adicto un enfermo, con la salvedad de que la adicción no se considera una enfermedad. La enfermedad se encontraría en una situación estructurada oculta por la droga, generalmente presente en el grupo familiar o en el de pertenencia.

El conocimiento adquirido respecto de la etiología del consumo abusivo de drogas, se ha incrementado considerablemente en la última década desde muchos y diversos enfoques. Al igual que en la mayoría de las enfermedades crónicas, los trastornos por el consumo es una entidad determinada por múltiples factores, entre los que se puede distinguir componentes de orden biológico o producto de la herencia, de orden psicológico o conductual, del ambiente familiar o sociocultural.

Al estudiar las características individuales, es importante observar las de orden neurofisiológicas de la dependencia, en un modelo que se dedica al análisis de la búsqueda de un estado de placer y en el hecho de que la droga es un camino para alcanzar dicho estado, el estudio de dicha condición se realiza mediante la observación de los factores psicodinámicos.

Entre los factores psicodinámicos, el abuso se define como una secuencia de soluciones parciales y un pacto personal que origina el ciclo de compulsión. Cada droga produce tonos afectivos específicos y genera efectos que se ven arraigados por el abuso. Al considerar la visión psicogenética, si bien muchos de los conflictos asumidos en el abuso se generan en fases prematuras de la evolución infantil, es sólo cuando se es adolescente que se comienzan a evidenciar abiertamente dichas conductas. Entre las conductas de mayor riesgo durante esta etapa de la vida se encuentran:

- Inconformidad respecto a los valores estipulados.
- Falta de valores espirituales y percepción negativa de la familia.
- Inexistencia de relaciones afectuosas con los padres.
- Desinterés de los padres por la vida de los hijos.
- Falta de consistencia disciplinar.
- Inexistencia de límites y de tiempo dedicado a la familia.
- Mayor presencia de psicopatologías en el individuo.
- Presión por parte de un grupo con la conducta de consumo.
- Trastornos familiares.
- Incapacidad en la toma de decisiones.
- Dificultades para compartir el tiempo libre y expresar emociones.

- Desinterés por manifestar afiliación religiosa.

- Uso de drogas que no se limitan a situaciones en que se comparta socialmente.

- Bajo rendimiento escolar.

- Búsqueda de nuevas emociones.

- Uso temprano de bebidas alcohólicas.

- Baja estima personal.

Entre los factores que influye más poderosamente en el consumo de sustancias químicas se encuentra la red social inmediata, los supuestos “amigos” ejercen presión sobre muchos jóvenes que nunca hubiesen consumido. Al ser esta conducta común dentro del grupo, se le otorgan connotaciones simbólicas de iniciación, de pertenencia, etc.

Los gobiernos imponen controles legales, ya sea para controlar el acceso, para limitar la edad de consumo, o impedir el tráfico y distribución. Todos los controles están evidentemente vinculados, así como también las sanciones que se imponen al incumplir las reglas que derivan de éstos.

Las medidas de control aparentemente están entre las que surten más efecto al enfrentar la problemática tanto a nivel de políticas de salud o de gobierno. Por su parte, los medios de comunicación masivos, tienen un papel fundamental en promover tanto conductas dañinas, como protectoras de la salud. Los medios audiovisuales como la televisión, pueden fomentar el consumo de sustancias, ya sea en forma manifiesta (a través de avisos publicitarios) o en forma solapada (al mostrar a ídolos, artistas o actores famosos bebiendo alcohol, fumando tabaco o consumiendo alguna droga ilícita, aún sabiendo que para el espectador son modelos que tratará de imitar).

Es innegable que la familia es otra de las entidades que tiene un rol fundamental tanto en la prevención como en el origen del problema de las drogas. Se ha comprobado que cuando los padres son permisivos, aumenta considerablemente la posibilidad de que sus hijos sean adictos en algún momento de su vida. Por el contrario, si la familia se muestra preocupada, tanto por apoyar como por conocer a los jóvenes la relación con el consumo se reduce.

CLASE 07

4.4 Manifestaciones farmacodinámicas

La farmacodinámica corresponde al estudio del mecanismo de acción de las drogas, acciones terapéuticas, y efectos secundarios, efectos adversos y efectos colaterales. De este estudio, las manifestaciones más frecuentes son:

- Síndrome de abstinencia: es el conjunto de reacciones y comportamientos que se produce después de la abrupta suspensión de una droga de la cual depende el cuerpo del consumidor. Para que sobrevenga el síndrome de abstinencia es necesario también que el uso del tóxico haya sido regular durante algún tiempo.

  Con cada droga se producen unos síntomas distintos; mientras que, por ejemplo, a la depravación de anfetaminas siguen unas semanas de apatía y depresión, la supresión de opiáceos trae agitación, dolores y un cuadro semejante a la gripe. El más peligroso es el síndrome de abstinencia por barbitúricos, que puede llevar a la muerte; el de heroína es muy aparatoso, pero rara vez fatal.

  Entre la administración de la última dosis y el síndrome de abstinencia transcurren desde unas horas a un día; lo suficiente para que la sustancia haya sido metabolizada (absorbida) y la sangre u otros tejidos estén libres de ella.

- Tolerancia: es un estado de resistencia adquirida a algunos o todos los efectos de una droga. La tolerancia se desarrolla después del consumo repetido de ellas, lo cual da como resultado la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los efectos originales.

  Un sujeto que se inyecta un cuarto de gramo de heroína al día, después de varios meses necesitará aumentar paulatinamente a medio gramo para alcanzar el mismo estado psíquico. Si continúa usando la misma dosis sentirá como disminuye progresivamente el efecto de la droga en su organismo.

  Lo que causa la tolerancia es el incremento de la velocidad con que el hígado transforma la droga o bien ciertos mecanismos de acostumbramiento de las células nerviosas, de lo que se desprende que sólo es posible la tolerancia cuando hay un uso continuado de ellas. De acuerdo con lo anterior se podría pensar que subiendo poco a poco las dosis de droga no se producen efectos fatales aun cuando se consuman cantidades muy elevadas. Efectivamente es así en algunos casos como en el consumo de morfina, heroína y otras de similar composición (el máximo consumidor de morfina llegó a inyectarse más de 30 gramos al día, siendo la dosis habitual que se emplea en hospitales de 10 miligramos), pero otras sustancias, como los barbitúricos (fármacos que se recetan para tratar el insomnio, su efecto consiste en ser un poderoso inductor del sueño), tienen más cerca la dosis terapéutica de la fatal, por lo que si el individuo llega a ciertos niveles de consumo, puede sufrir un desenlace desastroso. Se dice que existe tolerancia cruzada entre dos drogas cuando el consumo de una de ellas genera tolerancia a los efectos de la otra, cosa

que suele ocurrir entre drogas que comparten un mismo mecanismo de acción farmacológica.

El proceso inverso a la tolerancia es la sensibilización, el que se define como el incremento de la respuesta a los efectos de la droga tras el consumo repetido de la misma.

Realice ejercicios Nº 11 al 16

4.5 Características que facilitan la tendencia al consumo

El consumo excesivo de alcohol y otras drogas no hace diferencia de sexo, edad o rango social, ya que nadie está inmune o protegido de ser afectado, de lo que hoy se califica como una verdadera epidemia.

Este fenómeno obedece a múltiples causas, algunas atribuidas a la personalidad del sujeto, otras al fácil acceso y disponibilidad de las drogas y a su capacidad cada vez mayor de generar dependencia. También se puede atribuir a factores presentes en el ambiente laboral, a las características del trabajo que se realiza y al contexto socio cultural y familiar de un entorno. La interacción de estas variables puede llevar a una persona a usar, abusar o depender, de una o varias drogas.

A continuación, se presentarán las características del sujeto y el ambiente que pueden facilitar la tendencia al consumo y adicción de las drogas.

a) Sujeto dispuesto (huésped): se consideran sujetos más vulnerables aquellos con antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas en su adolescencia temprana, con baja autoestima, pobre repertorio conductual, falta de habilidad social, inestabilidad emocional, con rasgos de personalidad de introversión y/o extroversión, buscadores de riegos, con problemas conductuales y trastornos psiquiátricos. Además de dichos factores, influyen la falta de expectativa, propósito o proyectos de vida y el consumo de drogas y alcohol por parte de familiares, especialmente de padres.

Hoy es cada vez más frecuente que las personas, especialmente menores de 35 años, abusen del alcohol, estimulantes, tranquilizantes, para tolerar, por ejemplo, mayor cantidad de alcohol ingerido y posteriormente evitar la resaca, especialmente la falta de ánimo, la angustia y el insomnio.

En el caso del alcohol, la prevalencia del alcoholismo es cuatro veces más alta en individuos con por lo menos un progenitor alcohólico, siendo esto más significativo entre los sujetos de sexo masculino.

Se puede sostener que hay sujetos con mayor vulnerabilidad biológica y psicológica, lo cual no significa que estos factores de riesgo lleven necesaria e inexorablemente a un abuso o dependencia de alcohol y drogas.

b) El ambiente: tanto social, como cultural y las características particulares del entorno laboral y el tipo de actividad que se desempeña, son también factores del consumo de alcohol y drogas.

Hay que tomar precauciones cuando el trabajo es:

- Monótono, estresante o con poca superación.
- En turnos rotativos especialmente de noche.
- Con horarios libres y/o actividades fuera de la Empresa.
- De alto nivel de exigencia y/o competencia.
- Falta de oportunidad de ascenso o carrera funcionaria.
- Inestable, producto del clima laboral y organizacional deficiente.

O si las condiciones ambientales presentan:

- Trabajos sofocantes, con atmósferas polvorines (con explosivos); con temperaturas altas o bajas y sin protección física adecuada.
- Falta de áreas de recreación al interior de la Empresa.
- Deficiencias en el medio social y cultural.
- Uso de alcohol y/o drogas por los amigos, compañeros de trabajo y familiares.
- Creencias, mitos y costumbres que favorecen el consumo de alcoholes y drogas.
- Facilidad para adquirir alcohol y drogas.
- Publicidad explícita de los medios de comunicación, que promueven la conducta al consumo.
- Aceptación social, laboral y familiar del consumo de alcoholes y drogas.
- Bajo nivel cultural.

Entre las razones que se pueden encontrar para comenzar el consumo se pueden nombrar las siguientes:

a) La Curiosidad: talvez sea la razón más frecuente por la cual las personas comienzan a consumir. Se presenta como un deseo por probar la sensación que les provoca consumir las sustancias. Esta conducta es comprensible debido a que existe una cantidad de información equivocada o distorsionada sobre las drogas tanto legales como ilícitas, esto causa que algunos individuos, generalmente adolescentes (tanto del género masculino como del femenino) deseen descubrir cuales son los efectos que pudiesen provocarles, aceptando hacerlo sin conocer las consecuencias inmediatas, ni las que les acarreará a mediano y largo plazo.

b) La presión de Los "Pares": hay momentos en que se vuelve muy importante tener sentido de pertenencia y ser aceptado por un grupo conformado por otras personas, esto es principalmente por la necesidad natural de los seres humanos de sociabilizar. Dicha conducta se presenta generalmente con más fuerza durante la adolescencia. Lamentablemente, en alguno de esos grupos o pandillas se ha vuelto frecuente el consumo de bebidas alcohólicas sin control alguno, o el ingerir alguna droga ilegal. Para integrarse a estos grupos o permanecer en ellos, se pone como condición el imitar las conductas del resto de los miembros del grupo. La presión ejercida por los pares, difícilmente se puede contrarrestar con amonestaciones o "sermones", tampoco el exponer las terribles consecuencias que acarrea el consumir sustancias estupefacientes. Se entiende, por tanto, que el amenazar con castigos, o tratar de hacer comprender que la droga puede conducir por un camino que termina con la muerte no es una solución efectiva.

c) La necesidad de imitar a otros: en la etapa en que las personas comienzan a sentir la necesidad de perfilar una personalidad propia, siempre comienza imitando a las personas que le rodean, a las cuales admira por la forma en que se comportan, de ellos adopta algunas formas de ser, las cuales convierte en parte de su personalidad. Esta conducta lleva a muchas personas a iniciarse en el consumo. Es fácil que esto ocurra, ya que observan que otros lo hacen sin consecuencias negativas aparentes, por el contrario, se les observa como personas con éxito, lo que las hace atractivas y vuelve natural el que se siga el ejemplo que ellos entregan.

Es importante señalar que la mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició en el consumo durante su pubertad o adolescencia, y con la debida "autorización" o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo de la familia) al que le pareció que ya era momento de que el inexperto aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consumen las diversas bebidas alcohólicas.

En las sociedades altamente tecnificadas y "civilizadas" se ve como algo natural el que un adolescente demuestre que ya es “hombre” consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas.

CLASE 08

4.6 Cómo las personas se vuelven adictas

Existen múltiples factores que afectan a una persona que desarrolla una adicción, entre ellas se pueden describir las siguientes:

a) Características farmacológicas de las drogas: las más importantes son su capacidad de generar dependencia psíquica y/o física, tolerancia y síntomas de privación, lo cual lleva al uso repetido y compulsivo de estas sustancias químicas.

Las drogas pueden ser agrupadas en diversas categorías, atendiendo a criterios tales como: los efectos en el sistema nervioso, el potencial adictivo y tóxico, y los aspectos legales.

Lo anterior, permite generar distintas clasificaciones, arbitrarias por cierto, pero de valor didáctico para los fines que persigue este ramo. Así se puede clasificar las diversas formas en que actúa la droga de la siguiente forma:

- El efecto en el usuario

De acuerdo a la actual calificación Internacional de Enfermedades se describen dos niveles diagnósticos en el abuso de sustancias:

- Consumo perjudicial: forma de consumo que afecta a la salud física y/o mental del individuo, como por ejemplo, hepatitis, hipertensión, gastritis o depresión, y en general todos efectos secundarios asociados al consumo de drogas.

- Dependencia: es un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco.

Respecto a la fármacodependencia la Organización Mundial de la Salud declara:

> La fármaco dependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos físicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

- El tipo de dependencia

- Dependencia Psíquica: necesidad psicológica que adquiere la persona después de consumir una droga determinada y que es producto de una habituación a los efectos de ésta en los estados de ánimo o en la conducta. Al suspender el consumo, se genera cierto

malestar subjetivo y ansiedad por volver a consumir. También se considera la tendencia más o menos irreprimible al uso de cierta sustancia, esta tendencia nace por los efectos placenteros de la droga. El individuo la ha probado una y otra vez y está ansioso por volver a experimentar sus efectos. En este sentido se puede decir que todas las drogas producen dependencia psíquica en determinados momentos, y que aquellas que conectan mejor con el modo de ser del individuo o que tienen efectos de gran intensidad (como el Éxtasis, por ejemplo) son las que mayor dependencia psíquica van a originar. Por tanto, la dependencia psicológica estará en relación con la sustancia, el individuo y las circunstancias o ambiente social.

En sentido general se presentan innumerables dependencias en el ser humano: la televisión, el cine, los amigos, los libros, etc. lo que diferencia a la dependencia de las drogas con otro tipo de dependencia, es que el deseo continuo de consumirlas, la búsqueda ansiosa y el malestar intenso cuando no puede satisfacerse esta tendencia son mucho mayores. Sin embargo, el concepto tiene también ese sentido general al que se ha hecho alusión, debido a la complejidad de los fenómenos que intervienen y a que apenas establece diferencias entre una droga y otra. Actualmente se observa la tendencia a que cuando se habla de dependencia suele considerarse sólo la dimensión física, y no la dimensión psíquica.

b) Dependencia Física: se entiende como la necesidad fisiológica que adquiere el organismo, el cual se acostumbra a una cierta cantidad de droga para funcionar normalmente.

Se considera también como la toma repetida de cierta sustancia, la que va modificando poco a poco el organismo de quien la consume, de modo que se producen en él dos fenómenos: la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Al suspender el consumo, se produce el "Síndrome de Abstinencia o de Privación", que consiste en un conjunto de síntomas y signos físicos tales como náuseas, temblores, insomnio, angustia, etc. mientras que la tolerancia se manifiesta en que el cuerpo requiere cada vez de una cantidad mayor de droga para sentir los efectos de ésta.

Tanto la dependencia física como psíquica se manifiestan de un modo distinto según la droga, las características del organismo y el tiempo que éste está sometido al consumo.

Realice ejercicios Nº 17 al 20

4.7 Síntomas y evolución de la adicción a las drogas

La drogodependencia no se desarrolla de un momento a otro en forma repentina, por el contrario, se va instaurando paulatinamente en la vida de las personas que usan la droga con regularidad.

Se pueden apreciar varias etapas en el proceso de la adicción, a continuación se detallan junto a sus principales características:

- Consumo experimental: es el primer contacto con la droga. Contrario a lo que se pueda pensar, los primeros contactos acostumbran a darse en forma casual, asociado a menudo a la curiosidad, el seguir una moda, la presión social y la ausencia de otros medios para enfrentar las situaciones difíciles a las que inevitablemente se ven expuestas las personas. En esta etapa el consumo tiene un carácter experimental, lo que quiere decir que las drogas se usan para probar sus efectos, como un medio de evasión o por compartir una experiencia nueva con otros. En la mayoría de los casos no evoluciona hacia otro tipo de consumo, más habitual y problemático, ya que la persona todavía tiene la facultad de decidir la interrupción del consumo, ya sea porque perciba el riesgo de la conducta y sus consecuencias o porque, simplemente, la satisfacción que le provoca el consumo no es lo suficientemente importante para él. Aunque dadas las múltiples circunstancias, muchas personas son vulnerables y éste es el primer paso de un camino que termina en la dependencia y el abuso.

- Consumo ocasional: la persona utiliza la droga en grupo, de manera esporádica y sin una rutina determinada. Las principales motivaciones de quien consume son facilitar las relaciones interpersonales, y sentir una falsa permisividad para transgredir las normas. Aunque el consumidor puede continuar realizando sus actividades diarias sin consumir drogas, ya que conoce el efecto que ésta provoca en su cuerpo

- Consumo habitual: corresponde al comportamiento de aquellas personas que usan drogas para cubrir necesidades y carencias importantes, como por ejemplo la resolución o evasión de conflictos; también hay personas para quienes las drogas se transforman en el elemento central y casi exclusivo de ciertas formas de ocio. Es esta conducta la que genera un alto riesgo de que el consumo tome carácter de habitual y sistemático, con la respectiva amenaza de generar dependencia. Cuando se adopta este tipo de consumo puede mantenerse en aparente compatibilidad con la vida cotidiana durante un período de tiempo, el cual varía según el tipo de droga, las características del consumidor, y las circunstancias en que se consuma.

  Al principio, los problemas asociados al consumo de drogas parecen no afectar, ni manifestarse, en la mayoría de los ámbitos de la vida de las personas. Sin embargo, frecuentemente el consumidor comienza a ser conciente de su pérdida de control y, aunque no lo reconoce a sus más cercanos, empieza a utilizar diversos argumentos para justificar su consumo.

- Consumo compulsivo o drogodependencia: el mantener el consumo en el tiempo, suele venir acompañado de la dependencia, lo que genera una persistencia en el consumo, ya no solo para sentir placer, sino para evitar el malestar producido por la ausencia de la droga en el organismo, lo que se traduce en malestar físico, ansiedad, estados depresivos, etc.

Desde que las drogas comienzan a formar parte de la vida de las personas, se puede determinar el momento crítico en que se empieza a perder el control, en que la droga se transforma en el factor que organiza y determina la vida del consumidor, lo que genera una pérdida importante en las metas y objetivos vitales que antes guiaban su interés, por ejemplo el trabajo, la familia, los proyectos, las relaciones sociales, los estudios, los pasatiempos, entre muchos otros. Esta situación repercutirá en alteraciones de diversos aspectos de la vida, de orden físico, familiar, laboral, social, etc. llevando a límites o deterioros notables, que van a necesitar ayuda externa para ser resueltos.

El deterioro personal o familiar que está asociado al consumo de drogas, suele ser más acelerado y profundo en las personas que viven en condiciones más vulnerables socialmente.

Otra forma de abordar los pasos que sigue el consumidor hasta volverse adicto, tiene relación con los efectos que la droga le provoca y la imagen que proyectan para ser atractivas.

Las drogas se presentan siempre con una doble perspectiva. Al principio se presentan como algo positivo, beneficioso y atractivo, tanto para jóvenes como para adultos. Luego, esa perspectiva se desvanece. Rápidamente las drogas comienzan a manifestar su cruel realidad, que trae consigo consecuencias como: dolor, problemas, infelicidad y múltiples trastornos. Es esta dualidad la que provoca que las drogas presenten tanta dificultad para evitar que nuevas personas las consuman y abusen de ellas. Si desde el principio, la cara imperante fuera la negativa, el atractivo y mística que rodea el mundo de las drogas sería eliminada.

Algunos de los síntomas que comúnmente presenta una persona luego de haber consumido alguna droga durante los últimos 12 meses en forma continua son:

- Intenso deseo o sentimiento compulsivo por consumir drogas.

- Disminuye el poder de control.

- Se presenta el Síndrome de abstinencia en el momento en que consumo de drogas se reduce o cesa.

- Se desarrolla una tolerancia, lo que quiere decir, que se necesita cada vez más drogas para lograr el efecto que se alcanzaba en un comienzo.

- Se abandonan otras fuentes de placer o diversión por la necesidad de tener contacto con las drogas.

- Persistencia el consumo a pesar de las evidentes consecuencias negativas.

Otros síntomas que dan alerta sobre un problema de adicción o abuso de drogas son que la persona:

- Se olvida de lo que hizo hacía mientras estaba intoxicada ("lagunas mentales")

- Miente para continuar el consumo, roba cosas o dinero para conseguir alcohol o droga.

- Justifica su forma de tomar ("yo no amanezco tirado en las calles, me puedo controlar" o " trabajo todo el día, necesito relajarme")

- Defiende el efecto "positivo" de consumir drogas ("la marihuana abre la mente, la fumo porque me sirven para estudiar ")

- Usa excusas irracionales ("me drogo porque nadie me quiere")

- Mantiene una conducta hostil, con el fin de intimidar y tratar de controlar a su familia.

- Realiza períodos de abstinencia con el fin de demostrar que puede dejar el alcohol o las drogas, ("yo puedo dejar de usar cuando quiera")

- Manifiesta una apatía progresiva hacia cualquier cosa que no tenga relación con el alcohol y/o las drogas que el prefiere.

- Suele realizar comentarios que tienen como finalidad minimizar el efecto negativo de las drogas ("la marihuana no hace daño, es un producto natural", "la cerveza no contiene tanto alcohol")

Es importante destacar que:

- Cualquier consumo de drogas puede llevar a la adicción.

- El tiempo para pasar por las distintas etapas, hasta llegar a la adicción a las drogas fuertes es de semanas a meses, en contraposición con el consumo de alcoholes que se desarrolla después de varios años (5 a 15).

Es importante prestar atención a la vía de administración de la droga especialmente si es endovenosa, se inhala o se aspira por nariz o boca, ya que eso tiene vital importancia en cuanto a:

- La rapidez de adicción, pues se desarrolla en menor tiempo en los diversos casos.

- Complicaciones mayores de la salud como SIDA, endocarditis y septicemia, entre otras.

- Complicaciones laborales, sociales, legales, que aumentan dependiendo de las evidencias que deja un método u otro.

CLASE 09

4.8 La drogadicción como enfermedad

El que la drogadicción sea considerada una enfermedad, se debe a que la persona que consume drogas, ha involucrado su organismo, necesita que su conducta sea tratada para que pueda modificarla y porque se presenta sin que el drogadicto pueda controlarla.

Tanto en la adicción a las drogas como al alcohol, se descubrió que quienes son adictos presentan muchas características en común, entre las que se encuentran el que pierden el control sobre sí mismos cuando se trata de ingerir su droga preferida (alcohol, marihuana, tranquilizantes, inhalantes, cocaína, etc.), también el que tanto quienes consumen grandes cantidades de bebidas alcohólicas, como los de drogas ilegales o los de inhalantes, pueden perder la razón y terminando su vida en un Hospital psiquiátrico o también perderla producto de una sobredosis.

Para que un fenómeno concuerde con el perfil de enfermedad se deben presentar, por lo menos, las tres características que se detallan a continuación:

a) Manifestar síntomas: los que corresponden a una serie de señales que alerta que el organismo "emite" con el fin de indicar algún desperfecto en su estructura o en su forma de funcionar.

b) Se presenta una progresión en la gravedad: las cosas tienden a empeorar si no se atiende el problema.

c) Se puede hacer un pronóstico de los resultados cuando la enfermedad sigue su curso natural.

4.9 Señales que alertan sobre el consumo de drogas

Existen muchas señales que dan alertas sobre del abuso de drogas. Es importante aclarar, sin embargo, que la presencia de uno o dos de ellos en forma aislada, no siempre indica problemas con las drogas, ya que pueden confundirse con procesos propios de la adolescencia u otro tipo de trastorno en la adultez. Por sí sola cada señal no indica compromiso con la droga, por lo que se debe poner especial atención cuando se dan combinadas, aunque en caso de presentarse en forma aislada también dan cuenta de que la persona está siendo víctima de alguna dificultad.

El siguiente listado entrega algunas señales de alerta que es importante tener en cuenta:

- Amistades

- Distanciamiento de la compañía de otras personas.
- Pérdida de interés en actividades que se realizaban frecuentemente con sus amigos como deportes, hobbies, entre otras.
- Cambio de amistades.
- Recepción de llamadas de personas desconocidas.
- No presenta nuevas amistades a la familia.

- Estado de ánimo

- Cambios repentinos de la personalidad.
- Mal humor sin explicación.
- Distracción.
- Crisis de risas inmotivadas.
- Actitudes impulsivas.
- Aumento de la fatiga.
- Depresión.
- Crisis de miedo o temor exagerado.
- Aspecto somnoliento o atontado.
- Excesiva calma o lentitud (drogas depresoras).
- Distanciamiento afectivo.
- Indiferencia.

- Relaciones familiares

- Aumento de conflictos y peleas.
- Reducción de las instancias de comunicación.
- Constantes mentiras.
- Aumento en la crítica a los defectos.
- Llegadas tarde.
- Salidas a escondidas.
- Incumplimiento de acuerdos.
- Rebeldía y manipulación.

- Físico

- Ojos enrojecidos.
- Alteración en el apetito.
- Cambios de hábito en la higiene y presentación personal.
- Sueño interrumpido.
- Falta de expresión en el rostro y monotonía en la voz.
- Afecciones bronquiales.
- Enrojecimiento del contorno de la nariz.
- Dificultad para coordinar el movimiento.
- Temblores.
- Nauseas.
- Excesivo dolor de cabeza.
- Hablar “traposo”, ya que no controla el correcto movimiento de la lengua, lo que dificulta el que se entienda lo que quiere decir.

- Energía extrema, euforia (drogas estimulantes).

- Cambios en la conducta social

- Notable caída en los estudios o abandono de éstos.
- Baja en el rendimiento laboral.
- Aumento en infracciones del tránsito.
- Conducta hostil.
- Incapacidad para cumplir con las obligaciones y responsabilidades.
- A su alrededor comienzan a desaparecer los objetos de valor.
- Cambia el horario de las rutinas del día a la noche.
- Problemas disciplinarios.

- Identificación con la cultura de la droga

- Presencia de instrumentos necesarios para el consumo de drogas como, frascos de colirio, jarabes, envases de medicamento, papelillos, pipas, entre otras.
- Usa camisas o poleras manga larga incluso en días calurosos.
- Reacción defensiva y agresiva cuando se mencionan las drogas o se critica a las personas que las consumen.
- Ropa, lenguaje y música relacionada con la droga.
- Frecuenta lugares donde se consumen drogas.

CLASE 10

4. 10 Consecuencias en el uso de drogas

El consumir drogas, tanto legales como ilegales, se transforma en una problemática de salud pública de mucha relevancia para la mayoría de los gobiernos del mundo. Tanto el riesgo, como el daño que se asocia al abuso de sustancias depende de las características de cada tipo de droga. También, es importante considerarlas variables de orden personal, por

ejemplo cuánto conoce o la experiencia que tiene el usuario respecto al consumo, el motivo que lo lleva al consumo.

Lo que determina que una adicción sea nociva, es que atenta contra la propia persona y también contra quienes le rodean. En un primer instante el consumo provoca una aparente gratificación, el pretender mantener dicho estado es lo que lleva a desarrollar el hábito y éste finalmente genera una adicción.

Es en la etapa de la adicción cuando la droga muestra su cara menos amable, el adicto comienza a sentir las consecuencias negativas de consumir droga. Cuando se consumen las drogas se siente placer, alivio y otras sensaciones compensatorias a corto plazo, pero causan dolor, desesperación, angustia, y muchos otros problemas a mediano plazo. A largo plazo las consecuencias son mortales. En general las consecuencias afectan a múltiples áreas de la vida de las personas.

Debido a la gran cantidad de consecuencias que acarrea el consumo de drogas, para analizarlas se deben agrupar, en este caso se han dividido en dos grupos, los que se presentan a continuación:

- Según el tipo de consecuencia

- En la salud: el consumir drogas genera o participa en el desarrollo de múltiples enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

- Daño psíquico: en general, los adictos suelen presentar una gran cantidad de problemas psicológicos, que se traducen en mal carácter e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

- Daño físico: el adicto generalmente padece una gran cantidad de síntomas negativos en el organismo, entre los que se incluyen trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, entre otros. Los síntomas mencionados anteriormente son comunes a todo tipo de consumo, a éstos hay que agregar los que provocan específicamente el consumo de alguna sustancia en particular. El que una mujer que está embarazada consuma drogas, sin que el médico los prescriba, puede derivar en que el feto sufra malformaciones que traerán consecuencias al futuro desarrollo de su hijo.

- En lo social: las personas que padecen alguna adicción frecuentemente se ven involucrados en agresiones, desorden público, conflictos con la ley, marginación, etc. En el momento en que se comienza a sentir necesidad por las drogas es cuando el individuo comienza a arruinarse, destruye las relaciones íntimas y como consecuencia pierde el contacto con las personas cercanas a su círculo social. Es común que estas personas dejen de participar en actividades cotidianas, abandonar metas y planes, propias de su vida hasta antes del consumo y la adicción. La adicción hace que quien la padece detenga su desarrollo como persona, no hace el intento de dar una solución constructiva a los

problemas y recurre al uso de más drogas como respuesta a los conflictos. El abusar de las drogas puede afectar a otras relaciones sociales, por ejemplo: el dinero que se destina a comprar drogas para mantener el consumo, puede ser el mismo que se resta al presupuesto familiar, con los que se ven disminuidos los ingresos destinados a alimentación, vestuario y otras necesidades.

También el discutir los problemas y situaciones generadas por la conducta adictiva provocar conflictos en la familia. Los efectos del consumo o de la abstinencia, traducidos en reacciones violentas, pueden llevar a quien las usa a cometer asaltos e incluso asesinatos.

- Legal: la ley es muy explícita sobre lo que se considera ilegal respecto a las drogas. Quienes transgreden las normas (tanto quienes consumen como quienes se dedican al tráfico) corren el riesgo de ser multados, o someterse a penas que incluyen años de prisión. El ir a la cárcel se traduce en una vergüenza para la familia, interrumpe los proyectos de vida, y agrega a los antecedentes personales los concernientes a las penas legales a las que ha sido condenado, algo que muchas veces impide que la persona logre volver a integrarse en plenitud a la sociedad. También existen drogas cuyos efectos pueden llevar a quien está bajo sus efectos a cometer crímenes realmente violentos, lo que hace que las penas aumenten considerablemente.

- En lo económico: el mercado de la droga y el narcotráfico manejan inmensas sumas de dinero, esto provoca que quienes consumen contraigan deudas de considerable importancia, las que al no ser asumidas por el responsable u otra persona cercana, genera una desestabilización de la economía nacional, por ser dineros que no retornan, ni generan ganancias. El “negocio” hace que surjan bandas organizadas; provoca una descompensación, pues mientras algunos se enriquecen otros se sumen en la miseria; se comienza a tratar de “blanquear” o “lavar” el dinero, lo que lleva a transgredir las normas fiscales, etc. El usar cotidianamente drogas puede ser muy costoso, debido a que sus gastos se elevan a cientos y en ocasiones a miles de pesos por año. Esto lleva a que muchos usuarios recurran al crimen como una forma de satisfacer la necesidad que su adicción les provoca. Cuando se agota el dinero ahorrado, el paso más común no es abandonar las drogas, como sería lo lógico, sino que se recurre al endeudamiento. Muchas veces quien se ve arrinconado por las deudas y la adicción, acepta participar en actividades ilícitas como el microtráfico.

- En lo laboral: generalmente una persona involucrada en el consumo de drogas no piensa en nada que no tenga relación con ello, es por esto que las responsabilidades laborales pierden importancia. Actitudes comunes son: restarle tiempo a sus obligaciones con el objetivo de dedicarle ese tiempo a conseguir, consumir o recuperarse del efecto que le producen las drogas; comienzan a manifestar impuntualidad, menor productividad; su trabajo pierde considerablemente la calidad, entre otras conductas que tienen como consecuencia el ser despedidos y perder el trabajo.

- En la conductual: los drogadictos se vuelven egoístas, ensimismados, indolentes, principalmente porque ya no les importa nada más que conseguir droga y volver a sentir el

placer o paliar los efectos negativos de la abstinencia. Generalmente las personas que le rodean sufren mucho, pero ellos se mantienen inalterables ante el dolor ajeno, en el mejor de los casos asumen que su conducta no es correcta y hacen promesas de que van a cambiar, las que sin la ayuda de un especialista se quedan en eso, simples promesas e ilusiones.

- Según el nivel al que afecta

- A nivel individual: son todos aquellos daños y consecuencias que recibe quien consume, en forma personal, y que por lo tanto no afecta a quienes le rodean.

- A nivel comunitario: el consumir drogas trae consigo una gran cantidad de consecuencias negativas que afectan más allá del propio individuo que padece el trastorno. Dichas consecuencias las padecen la familia, los amigos, los vecinos, compañeros de trabajo, y en general todos aquellos con quien interrelaciona.

- A nivel social: el consumo de drogas afecta gravemente la estructura y la forma en que se organiza la sociedad. La enfermedad aumenta la demanda en los servicios de salud, se incrementa la percepción de inseguridad social al observarse mayor cantidad de delitos que atentan contra la propiedad producto de adictos que necesitan conseguir dinero para el consumo a como de lugar, el crimen se organiza por medio de las diversas redes de narcotraficantes, el estado debe invertir grandes sumas de dinero tendientes a fiscalizar y prevenir el consumo, entre otras muchas consecuencias que genera el fenómeno.

- Efectos de la droga en la familia: frecuentemente los integrantes de una familia comienzan a actuar en forma disfuncional cuando deben enfrentar los problemas que surgen producto del consumo de drogas en un ser querido. Hay quienes se niegan a aceptar que el problema exista y bloquean sus sentimientos de la misma forma en que lo hace el consumidor. Otros intentan ocultar o minimizar las faltas que comete el adicto, lo que genera un fenómeno llamado co - dependencia, el que será tratado más adelante. La familia se ve tan afectada por las situaciones que derivan de la adicción que en la mayoría de los casos necesitan asistencia emocional y psicológica por parte de profesionales para superar la situación en forma exitosa, evitando de esta forma ser víctima de un círculo vicioso.

CLASE 11

4.11 Consecuencias Generales

Existen consecuencias adversas de orden individual y social en el uso regular de cualquier sustancia adictiva:

Entre las consecuencias individuales, se puede decir que existe una tendencia a desarrollar una imagen deteriorada de si mismo, por la sensación de incapacidad y desvaloración personal. Muchas veces ocurre la pérdida de los grupos de pertenencia y comienza un proceso de aislamiento.

En cuanto a las consecuencias sociales, existen alteraciones de la conciencia familiar, deterioro de la relación de pareja, en algunos casos conductas antisociales como robo, etc.

En el ámbito escolar se genera una baja en el rendimiento. Y en el laboral, aparecen fallas en el desempeño, situaciones de riesgo y deterioro en la producción.

Finalmente se puede concluir que, como se ha relatado, el consumo de sustancias adictivas afecta a la persona de manera global; le hace daño a nivel biológico, afecta sus relaciones con los demás y el mismo ambiente responde estigmatizando a los consumidores, incluso arrebatándoles la posibilidad de ser y vivir como persona.

5. CODEPENDENCIA

La codependencia se refiere al conjunto de actitudes y conductas de las personas que rodean al individuo que presenta una dependencia o abuso de droga (entre estas personas se encuentran la familia, la pareja, el grupo de pares, los amigos, etc.), que favorecen, de manera inconciente, el sostenimiento del problema en el tiempo. Generalmente el problema de la dependencia se agudiza, llegando incluso a ser compartido entre los mismos miembros del sistema familiar.

Otra forma de definir la codependencia es la siguiente:

> Es un grave problema en que una persona está obsesivamente involucrada en los problemas de un adicto. Está tan preocupada de tratar de rescatar, proteger o curar al adicto, que descuida su propia vida.
>
> Mientras que el adicto tiene una adicción, el codependiente tiene una adicción al adicto.

Es muy importante hacer la diferencia entre la codependencia y la respuesta normal ante una crisis temporal de las personas, que se preocupan auténticamente por el adicto y tratan de brindarle ayuda, aunque a menudo sin éxito. En la codependencia los esfuerzos bien intencionados de ayudar no hacen sino perpetuar el problema al facilitarle las cosas al adicto, quien pretendía ayudar genera un problema, por tanto se encierra en un círculo vicioso.

La codependencia es una conducta reforzada a nivel social, ya que cuando la esposa de una persona adicta encubre los daños que provoca su marido, trabaja más de la cuenta para que nada le falte a su familia, y mantiene estable y unida emocionalmente a su grupo familiar, la gente que la observa suele decir “esa mujer es una santa”, lo cual la estimula a seguir con su conducta. Para la gente el único que tiene el problema es el adicto, mientras que su mujer es considerada “buena” y se considera que lo que hace es normal, por lo tanto el que ella reconozca que necesita tratamiento se torna muy difícil. Es muy importante que la o las personas que tienen una actitud codependiente sean tratadas, ya que se ha comprobado que las posibilidades de rehabilitación se incrementan cuando la familia y el adicto entran a un programa de rehabilitación.

Se ha visto que si el codependiente comienza su rehabilitación, aunque el drogadicto no lo haga, el pronóstico es bueno para toda la familia. Se entiende que la familia no produce la enfermedad de la adicción, pero sin un programa adecuado, la puede prolongar.

La codependencia en una persona de la familia se manifiesta de la siguiente manera:

- La principal motivación para actuar de una determinada forma por parte de un individuo está determinada por el adicto, y no por su propia voluntad.

- Tiene, en general, los mismos síntomas que otras adicciones: obsesión, pérdida de control sobre la conducta, persistencia en la conducta codependiente pese a sus efectos negativos y negación de que la conducta de uno constituya un problema.

- Es progresiva, lo que quiere decir que si no se trata a tiempo se vuelve más grave.

- Suelen tener baja autoestima, buscan a través del adicto (o de otras personas) confirmar su propio valor.

Las características de una familia que sufre la codependencia son:

- Tienen problemas en las relaciones cercanas o íntimas, que se manifiestan en sobreprotección, abandono o falta de involucramiento.

- Utilizan la negación como mecanismo de defensa para evitar el conflicto o las discusiones.

- Les es difícil poner límites claros y congruentes por razones como el miedo a defraudar, por falta de interés, porque no se está seguro que sea lo correcto, o por creer que se está sobreprotegiendo al adicto.

- Falta de comunicación.

- Los afectos no se expresan y cuando se hace se produce una confusión en la manera de expresarlos.

- Temor a perder el control, especialmente a reaccionar en forma violenta.

- Se trata de ocultar la dependencia a uno o más miembros de la familia.

- Se niega y oculta el problema a las personas cercanas (vecinos, familiares, amigos), por el miedo a enfrentarlo y al comentario que puede generar.

Realice ejercicios Nº 21 al 25

6. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Las drogas se pueden clasificar de diversas formas: según su origen, su condición de legalidad y según sus efectos sobre el sistema nerviosos central (SNC).

De acuerdo a sus efectos sobre el SNC se pueden distinguir:

- Drogas estimulantes: son aquellas que actúan acelerando los procesos mentales, haciendo que la persona que la consume se sienta más alerta y eufórica, aumenta la actividad motriz y se estimula el sistema cardiovascular. Entre ellas las más conocidas son la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis.

- Drogas depresoras: atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia actuando como calmantes o sedantes, disminuyendo todas las funciones relacionadas con el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran drogas como el alcohol, la marihuana, la heroína, las benzodiacepinas y los inhalantes.

- Drogas alucinógenas: son aquellas que alteran la percepción. Las más conocidas son LSD, la mescalina y la marihuana (que también es droga depresora del SNC).

6.1 Drogadicción según lo Legal y lo Judicial

En Chile se considera el consumo, porte y tráfico de drogas, los cuales son penalizados por la Ley Nacional de Control Porte y Tráfico de Estupefacientes, que es la ley 20.000, en distintos grados de pena.

La ley considera al drogadicto como una persona que requiere tratamiento, pero sin perjuicio de ello, considera una necesidad el establecer una pena a quienes consuman en determinadas condiciones, todo esto con el objetivo de contribuir, junto a otras medidas de prevención y control, a desincentivar el consumo de todas aquellas sustancias que puedan producir dependencia física o psicológica con sus respectivos daños al organismo.

Se consideran drogas ilícitas todas aquellas que tengan condiciones estupefacientes o psicotrópicas, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud, entre ellas se encuentran la marihuana, la cocaína, la pasta base, los inhalantes y fármacos, entre otros.

Mientras que las lícitas son aquellas que tienen efectos psicotrópicos o estupefacientes, pero no tienen consecuencias tan graves respecto a la dependencia o el daño al organismo en el corto plazo, se pueden clasificar en esta categoría el tabaco, el alcohol, el café, entre otros.

En la ley se establece que se sancionará el consumo como una falta penal cuando se desarrolla en:

- Lugares públicos o abiertos al público: entre los que se encuentran calles, caminos, plazas, teatros, cines, hoteles, restaurantes, bares, estadios, discotecas, establecimientos educacionales, entre otros.

- Lugares o recintos privados: si las personas que se encuentren en ellos se hubieren concertado previamente con el propósito de consumir.

- Lugares de detención: recintos militares o policiales.

También establece que serán sancionados quienes:

- Siembren, planten, cultiven o cosechen especies vegetales del género Cannabis u otros productos de drogas sin justificar que están destinados al uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo.

- Importen, transporten, transfieran, sustraiga, y/o guarden drogas sin justificar que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso personal exclusivo y próximo en el tiempo.

- Tengan o porten, en los lugares anteriormente señalados, las drogas o sustancias antes indicadas para su consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo.

A quienes infrinjan dichas normas se les sancionará de la siguiente manera:

a) Por ser sorprendido portando drogas en los lugares señalados como prohibidos

- Multa de entre una y diez Unidades Tributarias Mensuales.

- Asistencia obligatoria a programas de prevención por 60 días, en instituciones consideradas idóneas por los Servicios de Salud.

- Como pena accesoria, también se expone a la suspensión de la licencia para conducir vehículos motorizados por un plazo máximo de 6 meses.

- Si la falta fuere cometida en lugares de detención, recintos militares, policiales, o en establecimientos educacionales por quienes tienen calidad de docentes, funcionarios o trabajadores, la sanción se aplicará en su máximo.

b) Por elaborar, traficar, sembrar y cultivar especies relacionadas con los Psicotrópicos, produzcan o tengan en su poder drogas, y no puedan justificar que están destinadas exclusivamente a su consumo personal próximo en el tiempo

- Penas que van desde los 5 años y un día a los 15 años de privación de libertad.

c) Por asociarse para fines ilícitos como elaborar, traficar y/o cultivar drogas

- A quienes dirijan la organización reciben un castigo que va desde los 10 años y un día a los 15 años de presidio.

- Mientras que para alguien que sea un simple integrante de la asociación se otorgan castigos que van desde los 5 años y un día hasta los 10 años de cárcel.

CLASE 11

7. MITOS Y REALIDADES RESPECTO AL CONSUMO DE DROGAS

Es muy común escuchar comentarios y afirmaciones respecto al consumo de algunas drogas, los cuales por no ser refutados por un especialista se van arraigando en el inconciente colectivo, generando una serie de mitos. A continuación se presentará un listado con las afirmaciones falsas más comunes:

- Respecto al cigarrillo:

- El cigarrillo no es tan peligroso como dicen: la mayoría de los expertos en salud afirman que fumar cigarrillos es una de las causas más serias de muerte e invalidez en Chile.

- Los fumadores de tabaco son cada día más aceptados por las demás personas en lugares públicos: las personas están, progresivamente, conociendo sus derechos como no fumadores y haciéndolos respetar.

- La nicotina que contiene el cigarrillo no produce dependencia: la nicotina es uno de los agentes activos que produce adicción al cigarro.

- Respecto al alcohol:

- Una pequeña cantidad de alcohol no pone más lenta la capacidad de pensar y tomar decisiones. Tampoco hace que la gente se ponga más atrevida que de costumbre y se arriesgue más de la cuenta: el alcohol aún en pequeñas dosis provoca todos estos efectos, los cuales son una de las principales causas de los accidentes automovilísticos.

- Beber mucho tiene más o menos los mismos efectos que hacerlo en pequeñas cantidades: Falso, aun cuando depende de cada organismo, mucho alcohol en la sangre tiene efectos más fuertes que poco alcohol.

- El alcohol hace que todas las personas se pongan buena onda, se relajen: además de varios otros efectos, hay personas que al beber se ponen violentos, sobre todo cuando llevan buen tiempo consumiendo, en vez de estar más tranquilos, se tornan agresivos, gruñones, etc. todo esto ya que el alcohol afecta funciones cerebrales fundamentales para el carácter.

- Para pasarlo bien, hay que beber alcohol: el alcohol produce un estado placentero y buen ánimo durante un corto período de tiempo, pero este efecto es pasajero. Le sigue un estado totalmente contrario, en que quien consume se siente cansado, deprimido y nervioso, todo esto por la condición depresora de la sustancia.

- Hay que ser muy “macho” o “chora” para tomar mucho alcohol sin “curarse”: como todas las drogas, mientras más alcohol se consuma, más cuesta obtener los mismos efectos. Ello sucede porque el organismo generalmente desarrolla tolerancia al alcohol, es decir se acostumbra. Mientras más tolerancia, mayor dependencia. Por eso, el no emborracharse sólo es signo de que el organismo ha desarrollado mayor tolerancia.

- La gente que no consume alcohol es “aburrida”: el que alguien no quiera consumir alcohol sólo es signo de que ha tomado una decisión consecuente con su forma de pensar. Además, muchas personas lo pasan muy bien sin necesidad de beber.

- El alcohol no es una droga: todo lo que afecta los sentidos, coordinación, y/o la capacidad de pensar claramente, entre otras cosas, es una droga. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central y produce la disminución de una serie de funciones asociadas al cerebro, tales como adormecimiento de los sentidos, descoordinación motora, disminución de la capacidad de reacción, desinhibición o pérdida de control, pérdida de la

memoria a corto plazo, entre otros muchos efectos, por lo tanto se encuentra dentro de la clasificación de droga.

- Es legal vender alcohol a menores de 18 años: el alcohol pierde su condición de droga legal cuando se vende a personas menores de 18 años, debido a que sus efectos nocivos se intensifican en edades tempranas.

- Una cervecita no hace nada: los efectos de cualquier bebida alcohólica varían de acuerdo a las características específicas de cada organismo, por lo que una cerveza puede llegar a emborrachar a una persona. Las consecuencias de consumir una droga pueden afectar más allá del organismo de quien bebe, por ejemplo el conducir bajo los efectos de una cerveza altera los reflejos y puede causar accidentes, con riesgos tanto para el conductor como para otras personas.

- Beber alcohol ayuda a dormir mejor: el beber mucho alcohol puede ocasionar que se duerma más, pero no mejor. Las personas que beben habitualmente se sienten cansadas y de mal genio, generalmente porque no duermen bien.

- La cerveza con limón cura el resfriado: el que el limón tenga vitamina c, y la cerveza sea un diurético, hace que las personas funden la creencia de que sirve como medicina para el resfrío. Lo cierto es que el efecto del alcohol en una persona enferma puede intensificarse, haciéndola sentirse mareada, somnolienta, con dolor de cabeza, atontada, etc., debido a los efectos depresores del alcohol en el sistema nervioso, el resfrío puede ser peor.

- Alguien que bebe sólo los fines de semana no corre riesgo de llegar a ser alcohólico: las personas que consumen cualquier tipo de droga en forma periódica corren riesgo de desarrollar una adicción, depende del tipo de droga que esto demore más o menos, pero siempre llegará a provocarla.

- Respecto a la marihuana:

- La marihuana no produce un daño permanente en el organismo: alguno de los efectos del consumo de marihuana pueden ser permanentes. El humo de la marihuana contiene monóxido de carbono y alquitrán, y produce el mismo tipo de problemas que fumar cigarrillos. Por tanto existe el riesgo de que quienes consuman marihuana desarrollen cáncer.

- La marihuana es una planta natural: la marihuana de la que se dispone hoy es diez veces más potente que la marihuana de los años 70, ya que se le han incorporado químicos para aumentar su efecto. Los traficantes utilizan además productos del benceno, kerosene y otros químicos para procesarla. Aun cuando la marihuana se extrae de la planta Cannabis Sativa, ésta contiene más de 400 químicos entre los que se encuentra el

THC, que es el componente alucinógeno de la droga. La cantidad de THC varía de acuerdo al tipo de planta, el clima y la calidad de la tierra.

- Fumar marihuana no produce ningún problema: la marihuana provoca dependencia, dificultades en la capacidad de aprendizaje y concentración, alteraciones de la memoria, alteración del ánimo, bronquitis crónica, alteraciones hormonales (disminuye la cantidad y movilidad de los espermatozoides y altera el ciclo menstrual).

- La marihuana es una droga blanda, lo que quiere decir que no produce dependencia: la marihuana produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y daño al organismo.

- La marihuana ayuda a concentrarse: la marihuana produce un estado de desorganización en el cerebro, altera los sentidos (generalmente maximiza el gusto, olfato y tacto) y la memoria a corto plazo. Por lo tanto, lo que se aprenda bajo el efecto de la marihuana costará retenerlo o reproducirlo posteriormente. Además se ha comprobado que afecta al lóbulo frontal del cerebro (que se relaciona con el razonamiento lógico-abstracto) eliminando parte de sus células.

- Respecto a la cocaína:

- Consumir cocaína una sola vez no tiene riesgos: la cocaína es una droga con alto poder adictivo, lo que implica un alto riesgo al probarla.

- La cocaína es un depresivo o tranquilizante: la cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central, que provoca sensación de energía, vigor, alerta y rendimiento físico, pérdida del apetito, aceleración del corazón y aumento de la presión sanguínea. Sin embargo, esta sensación de potencia va acompañada de nerviosismo, aumento de la ansiedad, palpitaciones irregulares, lo que puede provocar arritmia e incluso un ataque cardiaco.

- Ser dependiente o adicto a la pasta base de cocaína es más barato que ser adicto a otras drogas: aún cuando la dosis individual de pasta base es barata, se necesitan muchas dosis seguidas para evitar la angustia que produce consumirla, lo que a la larga hace que resulte más caro. Además, si es o no barata no tiene gran importancia en relación al altísimo costo que tiene su uso para el organismo.

- La pasta base de cocaína es una droga menos dañina que la cocaína: es una droga con alto poder adictivo, más tóxica que la cocaína, ya que contiene bencina, éter, parafina, ácido sulfúrico, entre otros mucho químicos.

- La pasta base de cocaína es una droga que casi no produce adicción: cuando alguien consume pasta base se puede convertir en adicto rápidamente, su efecto agradable dura

unos pocos segundos y se pasa rápidamente a un estado de depresión tan angustioso que obliga a consumir nuevamente.

- Respecto a otras drogas:

- El éxtasis casi no se consume en Chile: debido a que es una droga que se puede producir en cualquier laboratorio clandestino, es difícil tener un dato certero de cuántas personas lo usan, pero en la última encuesta del CONACE un 0,24% de la población en la Región Metropolitana declaró que la consume.

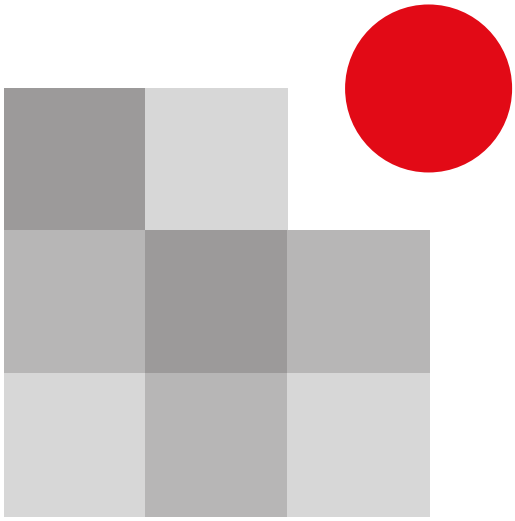
- Los inhalantes producen daños, pero son reversibles: inhalantes (solventes volátiles como los barnices, acetona, tolueno, laca, esmaltes, etc.) producen daños a las neuronas, los cuales son irreversibles, llevando lentamente a una disminución de las capacidades mentales y atrofia del nervio óptico, entre otros.

- Es difícil saber si una persona ha consumido algún inhalante: los inhalantes actúan rápidamente como si fueran inyectados a la sangre. Algunas de las manifestaciones que dan cuenta del consumo de inhalantes son las náuseas, estornudos, tos, hemorragias nasales, sensación y aspecto de cansancio, mal aliento, falta de coordinación y pérdida de apetito.

- Dejar las drogas es fácil: cuando se ha consumido por un tiempo prolongado, generalmente la persona no es capaz de reconocer la dependencia de ellas y no puede dejarla por simple voluntad, por tanto deberá recurrir a la ayuda de otra persona para lograrlo. La familia juega un papel muy importante en el proceso de toma de conciencia y rehabilitación. Los tratamientos de rehabilitación más exitosos tienen como factor común el trabajo y apoyo profundo de la familia del paciente.

Realice ejercicios Nº 26 al 30

RAMO: FUNDAMENTOS DE LA DROGODEPENDENCIA



iPLACEX
instituto profesional

UNIDAD II

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

CLASE 01

1. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

Existen diversas formas de clasificar las drogas, por ejemplo según su legalidad, según si vía de administración, etc. Para el desarrollo de esta unidad, se ha considerado analizar las drogas, elaborando una clasificación de acuerdo a los efectos que producen en el organismo:

1.- ESTIMULANTES.	Cocaína – Anfetaminas	
2.- DEPRESORES.	Opiáceos (Morfina. Heroína y derivados)	
	Fármacos	Tranquilosedantes
		Barbitúricos
3.- ALUCINOGENOS.	Marihuana – LSD – Éxtasis - MDA	
4.- SOLVENTES. O DELIRANTES	Hidrocarburos aromáticos (Pegamentos – diluyentes – bencina etc.)	

2. LA COCAÍNA

Efectuada una revisión bibliográfica, de diferentes autores, parece interesante y necesario, para comprender a cabalidad la problemática, analizar el fenómeno de esta droga y su influencia en la drogadicción a nivel mundial.

La cocaína es un poderoso estimulante del Sistema Nervioso Central, que optimiza sus efectos a través de la interacción con dos circuitos de la actividad neuronal. Otros de los postulados que se deben considerar son que el Clorhidrato de Cocaína, es una de las drogas más consumida a nivel mundial, debido a sus efectos gratificantes y a la acción casi instantánea de ellos. Esto se debe a que la cocaína actúa directamente sobre el Sistema Límbico Cerebral, aumentando el nivel de dopamina.

Al revisar la relación histórica de la sustancia con la humanidad se encuentra que diversos hallazgos arqueológicos dan cuenta de que su uso es ancestral. Gracias a dichos hallazgos, hoy es posible afirmar que existían consumidores de hoja de coca en Ecuador y Perú hacia el año 3.000 A.C. La coca jugó un papel importante en las culturas nativas de la zona andina, involucrándose en sus mitos, celebraciones y prácticas mágico-religiosas; tradiciones que en ciertas etnias de los pueblos americanos aún se conservan.

Durante algún tiempo el uso de cocaína se difundió entre las clases más acomodadas e influyentes, principalmente en Europa. En la actualidad en Chile, según el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), la cocaína es la segunda droga ilegal de mayor consumo luego de la Marihuana.

La cocaína es un alcaloide cristalino blanco (es un alcaloide de clase de bases orgánicas nitrogenadas, especialmente de origen vegetal, que tiene un efecto fisiológico sobre animales y seres humanos) que se encuentra en las hojas del arbusto de coca (Erytroxylon coca) y que actúa como un estimulante sobre el sistema nervioso central. La planta de la coca es de hoja perenne, originaria de América del Sur. Encuentra buenas condiciones para el cultivo en las zonas climáticas y geográficas de Perú, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia.

Estas regiones montañosas de América del Sur varían de altitud de 300 a 1800 metros sobre el nivel del mar con temperaturas de 20 a 30 grados centígrados. Las mejores condiciones para el desarrollo de la planta de la coca son tierras con mantillo de arcilla, ricas en humus y hierro, situadas en valles de mesetas protegidos, donde se mantiene una humedad constante y lluvia persistente.

La planta normalmente vive y produce durante 30 a 40 años bajo condiciones ideales, pero puede sobrevivir 100 años o más, aumentando su resistencia por cada año que transcurre. La planta tiene escasas hojas y generalmente mide de 15,24 cms. a 25,4 cms., puede ser trasplantada al aire libre, puesto que ahora está en condiciones de resistir la mayoría de las variaciones climáticas. Las plantas generalmente se cultivan en pequeñas trincheras que varían en densidad de una a cuatro plantas por metro cuadrado.

Una vez que las plantas jóvenes han sido trasplantadas (generalmente en invierno) en campos abiertos, no necesitan ser cultivadas y crecen por sí solas. Después de aproximadamente un año de ser trasplantada, la planta de la coca adquiere las características de arbusto y produce su primera cosecha de hojas que es la razón principal por la que se cultiva. Normalmente, se obtienen cuatro cosechas de hojas al año. La coca es un arbusto que crece de 1,5 a 3 metros de altura con troncos que se extienden ampliamente, posee un ramaje muy frondoso hacia los extremos. Las hojas verdes con bordes lisos huelen como hojas de té. Normalmente, para que la cosecha de la hoja de coca sea lucrativa, tiene que haber un mínimo de 72.000 plantas por cada diez mil metros cuadrados y la planta tiene que vivir por más de 30 años. Aproximadamente diez millones de plantas de coca producen 700 toneladas de hojas de coca. Una hoja de coca mediana contiene de 1/2 a 1% de alcaloide de cocaína.

Figura Nº 1: Arbusto de coca

Alcaloides en la hoja de Cocaína.

L-Cocaine	L-ecgonine
Cinnamoylcocaines	Norecgonine
Cinnamoylecgonines	Tropacocaine
Tropine	Pseudotropoine
Enzoylecgonine	Methylecgonine
Truxillines	Nicotine
Choline	Hygrine
Hygroline	Cuscohygrine
Dihydrocuscohygrine	

Análisis de la Hoja de Coca.

Alcaloides	0.5 - 1.5 %
Oleos volátiles	2.0 %
Azúcar	15 %
Almidón	35 %
Fibra	25 – 30 %
Proteína	7 - 8 %
Coloración	1 %
Ceniza	6 %
Humedad	6 %

2.1. Procesamiento

El procesamiento comienza con la extracción de las hojas de la coca**,** las cuales se juntan y se apilan para que luego de un período de exposición al sol se deshidraten y exuden todos sus líquidos, luego de esta etapa se transportan a una especie de piscina para comenzar con el procesamiento de maceración, por medio del pisado, el cual es realizado por los agricultores en forma artesanal, agregándole agua y cal a las hojas. A continuación de esta etapa, toda la sustancia macerada se almacena, y se deja un tiempo reposar para la extracción de los alcaloides, luego, se le agregan elementos químicos para obtener como resultado el sulfato de cocaína, a éste producto se le aplica una solución acuosa para realizar una neutralización, luego se filtra y así se llega a la primera etapa que es la Pasta Básica de Cocaína.

Luego, esta pasta básica se diluye en un proceso denominado de oxidación, se filtra y se deja reposar por unas horas. Al producto resultante, se le agrega una solución acuosa, se filtra, se deja secar y así se obtiene la Pasta base de Cocaína. Siguiendo con la elaboración, a la pasta base se le agregan otras sustancias, se filtra, se deja reposar y como última etapa se vuelve a filtrar y se deja secar, para así obtener como producto final el Clorhidrato de cocaína cristalizado.

Figura Nº 2: secado de la hoja de coca

2.2. Formas de administración o consumo.

El clorhidrato de cocaína, se absorbe fácilmente en el cuerpo, cuando se inhala y puede también inyectarse. Después de su inhalación, la aparición del efecto ocurre entre los 30 segundos a 1 minuto, los sus efectos más intensos se presentan entre los 5 y 10 minutos después de haber consumido la droga. Los niveles de cocaína en la sangre alcanzan su punto máximo entre los 20 y 60 minutos después de la inhalación y disminuyen progresivamente durante la hora siguiente. Cuando se inyecta, la aparición del efecto es rápido y sus efectos más intensos ocurren a los 3 ó 5 minutos, al igual que los niveles máximos en la sangre. Cuando se inyecta, los efectos subjetivos desaparecen a los 30 ó 40 minutos.

Antes de la aparición de la "Pasta Base de cocaína" o del "crack" para fumar, la forma más popular de consumo de cocaína era en su estado de clorhidrato por inhalación también denominado "resoplo". Con este método, los efectos de la droga se dejan sentir en cuestión de minutos y pueden durar hasta una hora. El "arrebato" o euforia es menos intenso que cuando se inyecta la droga. Con este método de uso parece ser menos probable que se produzcan episodios sicóticos extremos, a diferencia de lo que ocurre con otras formas de consumo. El clorhidrato de cocaína posee un alto punto de fusión, por tal motivo no se puede fumar.

Un pequeño número de adictos prefieren inyectarse la cocaína directamente en una vena de manera similar a la heroína. Con la inyección directamente puesta en la sangre, la euforia se produce rápidamente en unos segundos y es muy intensa durante el tiempo de su duración. Otros adictos combinan la cocaína y la heroína para obtener los mejores efectos de ambas drogas. Esta combinación, conocida como "speedball" (bola rápida), ha ocasionado varias muertes, entre otras, la del comediante John Belushi en 1982.

CLASE 02

2.3. Efectos y consecuencias físicas y sicológicas.

A nivel de acción local, al ser aplicado en forma tópica, la cocaína provoca los siguientes efectos:

- Bloqueo de la conducción nerviosa, cuando la droga se encuentra en contacto directo con el tejido nervioso.

- Anestesia de las membranas mucosas.

- Utilizado como anestésico local, su concentración no es capaz de dañar los protoplasmas celulares.

La cocaína provoca los siguientes efectos sobre el sistema nervioso central (S.N.C):

- Acción sobre la corteza: la cocaína es un estimulante del S.N.C. La acción cortical de la droga se manifiesta por la excitación, intranquilidad, ansiedad y confusión. Esta propiedad estimulante no se aprovecha en terapéutica porque la droga es demasiado tóxica.

- Acción sobre la medula: en dosis pequeñas, la cocaína no produce incoordinación de la actividad motriz. A dosis fuertes, afecta los centros motores bajos y produce temblor, movimientos convulsivos y hasta convulsiones crónicas y tónicas. Los reflejos medulares se exageran.

- Acción sobre el bulbo raquídeo: al principio la respiración es normal pero, luego se deprime, haciéndose superficial y rápida.

  Con frecuencia es afectado el centro del vómito. A la excitación producida por la acción estimulante, le sucede un cuadro de profunda depresión y, puede ocurrir que, en un momento determinado, una parte de S.N.C. esté deprimido mientras que la otra está excitada.

  La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central, que es capaz de producir dependencia tanto física como sicológica. Sólo en los últimos años se ha llegado a conocer las propiedades adictivas físicas de la cocaína. Una de las razones de su potencial adictivo es que la droga es un poderoso agente impulsivo; produce en el usuario el deseo de tomarla de nuevo. Como otros estimulantes poderosos, la cocaína tiene el efecto directamente sobre el sitio en el cerebro donde están ubicados los centros químicos del placer. Cuando las personas realizan algo placentero, como el comer una buena cena, o cuando reciben un halago, etc. Hay una señal en el cerebro que estimula las células nerviosas. Esta señal es transmitida por una sustancia llamada Dopamina que funciona como neurotransmisor. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos que llevan información de célula a célula. Cuando la Dopamina completa su viaje entre las terminaciones nerviosas, es recuperada de nuevo por la célula emisora para que ahí espere la próxima señal. La cocaína interrumpe este proceso de recuperación, permitiendo un flujo constante de Dopamina entre las células. Esto produce el típico efecto de euforia de la droga. El uso continuo de cocaína puede agotar las reservas de Dopamina en las unidades cerebrales. Esto provoca un fenómeno denominado "crash" o depresión, que los usuarios sienten al final de una sesión. También por medio de dicho efecto se puede explicar la necesidad física de la cocaína. El cambio en la actividad del cerebro causa al usuario la compulsión a utilizar más y más cocaína para sentirse normal o incluso feliz de nuevo.

- Acción sobre el músculo estriado: aún no se ha podido comprobar que la cocaína sea capaz de aumentar la fuerza de la contracción muscular. Se cree que la propiedad de suprimir o demorar la fatiga se debe exclusivamente a su acción estimulante sobre el S.N.C.

- Acción sobre las células efectoras autónomas: en 1910, se demostró que la cocaína es capaz de "potenciar" la acción de la adrenalina sobre las células efectoras autónomas. Ahora bien, si la cocaína tiene la propiedad de potenciar las respuestas de los órganos inervados por el sistema simpático (parte del sistema nervioso que regula los movimientos involuntarios del cuerpo, por ejemplo los de la digestión) cuando éstos son estimulados, ya sea químicamente (adrenalina, simpatina, etc.) o bien físicamente (excitación de los filetes simpáticos), esto no quiere decir que la droga posea propiedades simpaticomiméticas directas. En efecto, cuando las células efectoras son denervadas, no responden a la cocainización. Se ha ofrecido dos explicaciones posibles para este dilema, una es que la cocaína puede prevenir la destrucción de la adrenalina de la simpatina y la otra es que la cocaína puede aumentar la permeabilidad de las células inervadas por el sistema simpático y, por lo tanto, favorecer la entrada del agente estimulante. Los trabajos experimentales parecen comprobar que la cocaína es capaz de inhibir la amino-oxidosa, encima que está relacionada con la oxidación de la adrenalina.

  En ciertos estudios de laboratorio, que se han realizado con animales, cuando la hembra de la especie tenía ante sí la opción de elegir entre la comida y la cocaína, el animal elegía siempre la cocaína. Estudios de este tipo han descubierto también que los animales se autoadministraban voluntariamente la cocaína hasta morir, esto sería otra prueba del poderoso carácter impulsivo de esta sustancia, propiedad que no posee ninguna otra droga, incluidas las anfetaminas, que son químicamente similares. Los mismos estudios han demostrado que la cocaína tiene un efecto directo en el ritmo de las palpitaciones cardíacas, la tensión arterial y la temperatura del cuerpo.

- Acción sobre el aparato Cardio – Vascular: esta acción varía según las dosis empleadas, ya que las dosis pequeñas son capaces de hacer más lento el ritmo cardiaco; las dosis moderadas lo aceleran, las dosis elevadas producen colapsos. La administración de una dosis fuerte, por vía endovenosa, produce la muerte instantánea. La cocaína tiene propiedades Vasoconstrictoras (debido a su acción estimulante sobre el centro vasomotor). Esta vasoconstricción, asociada a la taquicardia, produce una elevación de la presión sanguínea. Más tardíamente, la presión puede bajar. La cocaína constriñe los vasos sanguíneos del corazón, haciéndolos trabajar más duro y más rápido para mover la sangre en el cuerpo. Este estrés para el corazón puede causar dolor en el pecho. La cocaína puede inferir también con la acción de bombeo del corazón. Cuando esto ocurre, los latidos del corazón son tan irregulares que pueden detenerse causando un ataque o paro cardíaco.

  Los efectos tóxicos de la cocaína afectan al sistema cardiovascular, al corazón y a las venas sanguíneas. Los resultados son una combinación de paralización de la circulación al corazón, anomalías en el ritmo cardíaco y ataques apopléticos. Se han registrado también casos de paro cardíacos en personas sin un historial previo de cardiopatía coronaria y se ha dado cuenta también de ataques convulsivos causados por el uso de cocaína. La cocaína produce una mayor tensión arterial que causa hemorragias en el espacio comprendido entre el cerebro y el tejido que lo rodea. Existen pruebas cada vez

mayores que parecen indicar que la cocaína puede causar ataque cardíaco y ataque apoplético.

- Acción sobre la Temperatura: la acción piretógena de la cocaína se debe a los siguientes factores: Vasoconstricción, que disminuye la eliminación del calor, acción directa sobre los centros de Termo- regulación.

- Acción sobre el comportamiento: uno de los principales efectos del uso de la cocaína se manifiesta en la forma de cambios del comportamiento. Estos cambios pueden incluir euforia, agresividad, agitación, incapacidad de juzgar y de funcionar en su entorno social o profesional, o en ambos medios a la vez. Puede producirse paranoia, así como una sensación como de insectos caminando por la piel, un comportamiento extraño y movimientos de partes del cuerpo estereotipados. Dependiendo de su vía de administración, estos efectos físicos y sicológicos pueden ocurrir en cuestión de segundos y durar hasta 60 minutos.

  Cuando los efectos inmediatos de la cocaína han disminuido o desaparecido, ocurre normalmente un fenómeno denominado comúnmente "la bajada" o la "angustia". Esta es una experiencia desagradable y suele estar acompañada por depresión, tendencias suicidas, ansiedad, temblores, irritabilidad, sensaciones de fatiga y depresión, además de un deseo irresistible de tomar más cocaína. Cabe mencionar que las señales y síntomas de la intoxicación o uso de cocaína son similares a los de las anfetaminas y la fenciclidina. La droga ingerida puede determinarse solamente por el análisis de la sangre o de la orina. Como ya se ha señalado anteriormente, estudios realizados con animales han indicado que el uso de la cocaína actúa como una indicación de tipos de comportamiento que tratan de usar más cocaína. El uso de la cocaína aumenta el deseo irresistible de la droga y produce acciones psiquiátricas hasta el punto de llegar a la paranoia. Estos cambios del comportamiento constituyen un indicio de dependencia de la cocaína. El síndrome de abstinencia comienza con una "caída" o depresión reactiva que dura horas y está acompañada por un período de adormecimiento que podría durar varios días. Una vez que el usuario se despierta de ese tiempo durmiendo, las sensaciones iniciales de alegría son reemplazadas por un letargo que dura hasta 10 semanas. Esta sensación de letargo está acompañada por la incapacidad de experimentar sensaciones placenteras. Durante este tiempo, el usuario se acuerda de que la cocaína produjo euforia y la intensa estimulación placentera. Comienza a sentir un renovado nivel de deseo irresistible de tomar cocaína y es en ese momento cuando ese deseo irresistible es tan intenso que se vuelve a tomar la droga otra vez.

  La reclamación de la cocaína como afrodisíaco ha sido muy exagerada. El uso de la droga causa, frecuentemente, daño a los tejidos y disfunción en los genitales del varón o la mujer. Como un anestésico local, la droga disminuirá la sensibilidad de las terminaciones de los nervios y puede ser la causa de una sobredosis debido al carácter sumamente vascular del área.

CLASE 03

2.4 Absorción

La cocaína se metaboliza rápidamente en otros compuestos, una vez que ha sido ingerida por el cuerpo. Uno de los cuatro metabolitos de la cocaína es la benzoilecgonina y su presencia en la orina se considera prueba de que ha existido consumo de cocaína, en los últimos tres días. Algunos investigadores han descubierto que se pueden detectar residuos o indicios de este metabolito de 10 a 22 días después de su consumo, en usuarios de cocaína de altas dosis. La cantidad de cocaína necesaria para ocasionar la muerte varía en función del usuario, su historial anterior de abuso de sustancias y la vía de administración. Aun cuando las tasas de absorción de la cocaína varían dependiendo de cómo se usa, ningún método de uso se considera completamente sin peligro.

En el caso de una persona que es seriamente alérgica a la droga, una sola toma podría causarle una arritmia fatal, convulsiones y colapso cardiovascular, o una reacción alérgica grave (anafilaxia). No hay ninguna prueba que pueda indicar si una persona es o no seriamente alérgica a la droga.

2.5 Efectos en el embarazo

La cocaína es una de muchas drogas que atraviesa la placenta, por lo cual causa daños en el niño aún antes de nacer. En su condición de vasocontrictor, reduce el suministro de sangre a la placenta, causando así una disminución de la entrega sanguínea y de nutrientes para el bebé en gestación. Dicha reducción puede contribuir a desórdenes emocionales, trastornos del aprendizaje y deficiencia de la capacidad tanto motora como sensorial en los niños que estuvieron expuestos a la cocaína antes del nacimiento. Otros estudios han indicado un aumento en el número de abortos espontáneos, así como una mayor incidencia de nacimientos prematuros y nacimientos muertos en las mujeres que usan cocaína. Las mujeres embarazadas que dejan de tomar cocaína antes del parto corren el riesgo de producir el síndrome de abstinencia en el niño que aún no nacido.

De la misma forma, se ha observado un nivel más alto de lo normal del síndrome de muerte infantil súbita en los niños que han estado expuestos a la cocaína durante su estancia en el útero de la madre.

La cocaína usada durante los primeros meses del embarazo, puede causar abortos o que el bebé nazca muerto. La droga puede causar también trabajo de parto prematuro o que el niño nazca antes de lo previsto. Algunas veces, cuando la droga hace que la placenta se desprenda antes de tiempo, pone en peligro tanto la vida de la madre como la del recién nacido. Actualmente están naciendo niños con anormalidad relacionadas con la cocaína. Muchos de ellos, empiezan su vida en un estado agonizante similar al que experimenta un adicto al faltarle la droga, sensación que puede llegar a durar hasta tres semanas luego de su nacimiento.

A los bebes que han sido expuestos a la cocaína con frecuencia no se les puede abrazar o amamantar bien. Algunos sufren embolias antes de nacer o ataques al corazón después de su nacimiento. Los problemas más comunes son daños en el hígado, el riñón, pulmón, cerebro y órganos genitales. También se dan problemas respiratorios, dificultades con las habilidades motoras, deformidades físicas y parálisis cerebral.

2.6. Derivados (la pasta base de cocaína)

El sulfato de Cocaína o Pasta base, es un producto que se obtiene macerando y mezcla de la hoja de coca con diversos productos químicos, los que terminan con un producto elaborado de bastante toxicidad, este producto mantiene incorporada las impurezas orgánicas y aquellas sustancias que sirvieron para la extracción, (carbonato de sodio, kerosén, ácido sulfúrico).

Se le denomina “pasta base” debido a su apariencia pastosa, menos granulosa que el clorhidrato de cocaína. Destaca por su color grisáceo o amarillento, el cual varía según su presentación.

Circunscritos al registro histórico, se puede señalar que la PBC, es una sustancia que tiene pocos años de existencia, al contrario de su “progenitora” la Hoja de Coca; sin embargo, existen diversos reportes de fabricación que datan de mediados del siglo XX. Es a comienzos de la década del 70 cuando aparecen en el Perú los primeros casos problemáticos de consumo. En Chile los primeros indicios y síntomas de su aparición en forma de preocupación nacional, se registran en la década de los 80, años en que en la zona norte del país se observó una gran dinámica de consumo de esta droga. A fines de esta década y fuertemente en la de los 90 el consumo se traslada a la Región Metropolitana. Se puede señalar que este derivado de la cocaína se difunde rápidamente y se ramifica principalmente en el sector socioeconómico más bajo de la capital, sitio en el que se vuelve muy notable por las características, ambientales, sociales, culturales y sanitarias, que afectan a la población. Se debe sumar a las características recientemente descritas que el valor de mercado con el que se puede acceder este tipo de droga la hace indiscutiblemente atractiva y asequible, además se debe considerar su rápida capacidad de generar dependencia, debido a la rápida acción en el organismo, cuyos efectos iniciales se perciben entre los 5 y 10 segundos, y su efecto máximo se establece a los pocos minutos, luego de lo cual los efectos desaparecen tan rápido como llegan.

2.7 Vías de Administración, consumo y efectos

La pasta base, también llamado sulfato de cocaína, a diferencia de otras formas de presentación de la cocaína, solamente se puede fumar. Los métodos de consumo más comunes son: en pipa, con ceniza (para su mejor absorción), en forma de cigarro (sola o con marihuana, mezcla a la que se le denomina “marciano”). La razón por la que se fuma pasta

base combinada con marihuana, se debe a que el consumidor busca alargar el efecto estimulante de la droga, disminuyendo el síndrome de abstinencia.

Otra forma de consumirla es mezclada con tabaco, a lo que comúnmente se denomina “tabacazo”. Para usarla de esta forma se "espolvorea" sobre los cigarrillos corrientes y se fuma de la misma manera que se haría con un cigarro común. Sin embargo, el efecto que produce es muy distinto al del tabaco puro, ya que la pasta base contiene porcentajes de ácido sulfúrico que se han adheridos durante su procesamiento; estos porcentajes - que varían de una elaboración a otra - al quemarse por la combustión, liberan dióxido de azufre.

El dióxido de azufre es una sustancia altamente tóxica que penetra en los alvéolos pulmonares, produciéndose graves daños. La absorción de la Pasta Base de cocaína se hace a través de los pulmones en una forma gaseosa, que va directamente al cerebro. La excitación que produce el consumo es tan fuerte e intensa que no se duda en repetir el uso, a pesar de que son conocidos los graves deterioros físicos y psicológicos que provoca.

La primera aspirada del primer tabacazo produce una expansión placentera e intensa aunque muy breve, enseguida quien consume la droga percibe una disminución brusca del placer, de la euforia, la “claridad mental”, la ligereza física, a veces de la excitación sexual, por lo que vuelve a aspirar para experimentar una segunda expansión antes de que haya desaparecido totalmente la primera, y así sucesivamente, hasta que el tabacazo termina. Esto dura más o menos tres minutos y cuando el usuario teme no poder encender un segundo tabacazo, las últimas aspiraciones son menos placenteras que las primeras.

Después de haberse quemado el primer tabacazo, se produce una disminución aún más marcada de la expansión placentera que el paciente trata de mantener aspirando repetidamente; en la mayoría de los pacientes se manifiesta una onda de angustia que activa el comportamiento hacia la preparación de un nuevo tabacazo. El segundo cigarrillo producirá una nueva expansión, pero menos intensa que la primera, repitiéndose estos ciclos con un incremento gradual de la ansiedad y un decremento simultáneo de la euforia y placer, que generalmente desaparecen después del quinto al séptimo cigarro, paralelamente se produce un “bajón”, es decir, al ir cayendo a cero la cura de euforia y placer, la disforia se acentúa. Desde este momento en adelante el consumo estará acompañado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud, y se asociará a otras manifestaciones psicopatológicas.

Entre los efectos más frecuentes se encuentran el aumento de la frecuencia respiratoria así como de la tensión arterial, taquicardia, deseo de orinar y de defecar, temblor en las extremidades, adormecimiento de los labios y boca, nauseas y vómitos. También puede llegar a producirse una “tormenta adrenérgica” capaz de causar en el sujetos fibrilación ventricular, convulsiones, e incluso la muerte por paro respiratorio.

Algunos adictos dicen que se "enamoraron" de la Pasta Base desde la primera vez que la usaron. La sensación de euforia es seguida de una depresión igualmente devastadora que crea la necesidad de fumar nuevamente a fin de volver a experimentar la euforia y la sensación de bienestar. Este ciclo de altas y bajas no sólo contribuye a la adicción, sino la

refuerza. El uso continuo de la Pasta Base puede causar insomnio, agitación nerviosa y paranoia severa. Los usuarios se deprimen de un modo crónico y severo, convirtiéndolos en homicidas o suicidas en potencia.

Una hipersensibilidad olfatoria acompaña a los primeros tabacazos, los consumidores indican que el olor es extraordinariamente agradable. Antes de la caída a cero de la curvas de euforia y la acentuación de la disforia, aparece una hipersensibilidad auditiva que se incrementa gradualmente de tal modo que, cuando el sujeto está consumiendo sin experimentar placer, la disforia se intensifica frente a los estímulos auditivos fuertes, por lo que el paciente pide silencio y puede tornarse agresivo si no es obedecido.

También se presentan alteraciones psicomotrices, las que pueden iniciarse con un incremento de la actividad motora acompañada de locuacidad, aunque muy pronto la percepción agradable de esta hiperactividad se invierte, con lo que se produce un retardo motor (movimientos lentos) asociada con rigidez muscular y mutismo.

2.8 Fases del consumo

Las primeras descripciones de efectos conforme a estudios clínicos señalan las siguientes etapas del consumo:

- Euforia cocaínica: en esta etapa se genera como efecto la excitación placentera, que desaparece rápidamente, siendo reemplazada por la aparición de la disforia y ansiedad como producto del síndrome de abstinencia. Esta fase trae como consecuencia fisiológica la aparición de las siguientes manifestaciones:

- Labilidad emocional.
- Hipervigilancia.
- Anorexia.
- Midriasis.
- Taquicardia.
- Hiperhidrosis.
- Hipersexualidad.

- Disforia Cocaínica: en esta etapa se presentan las principales consecuencias que derivan en la conducta adictiva, esta da origen a las siguientes manifestaciones:

- Angustia intensa.
- Tristeza, melancolía.
- Apatía.
- Agresividad.
- Insomnio.
- Indeferencia sexual.
- Sudoración excesiva.

- Rigidez muscular.

- Alucinosis: En esta etapa se generan alteraciones de la percepción, juicio y realidad, caracterizada por alucinaciones auditivas.

- Psicosis: considerando que la mayoría de las psicosis exógenas, se caracterizan por el predominio de alucinaciones visuales, en el caso de la provocada por la pasta base de cocaína, se destaca una parte de la percepción por parte del sujeto, la que es de tipo delirante paranoidea.

Figura Nº 3: Cocainómano en su fase terminal

2.9 Efectos Adversos y Consecuencias del uso de Pasta Base de Cocaína.

La pasta base de cocaína, es una de las drogas que más se ha asociado a daños, esto se debe, entre otras cosas, a su efecto vasoconstrictor, la impureza de su producción, la presencia de adulterantes entre los que destacan, la cal, la tiza, el bicarbonato, el yeso, y el cemento, entre otros. También son evidentes las consecuencias de deterioro psicosocial asociadas a su dependencia.

En el cerebro, genera hemorragias e infartos cerebrales y convulsiones. A nivel pulmonar, bronquitis crónica, granulomas pulmonares, fibrosis pulmonar. Respecto al sistema digestivo su consumo se asocia con anorexia, gastritis y vómitos, cólicos abdominales, síndrome de mala absorción, desnutrición, perdida de peso. En el sistema circulatorio se aprecia un aumento de la presión sanguínea, taquicardia y arritmia, entre otros.

Es una droga, capaz de generar una Alta Dependencia Física y Psíquica, producto del desarrollo de una alta tolerancia a la droga, es decir, mayores niveles estimulantes, lo que baja los niveles de los estados de angustia.

CLASE 04

3. ANFETAMINAS

Las anfetaminas son drogas sintéticas, adictivas y neurotóxicas, su principal característica es ser una sustancia que se sintetiza a partir de una droga beta-fenil-isopropilamina. Su forma de presentación es en cápsulas o pastillas, las cuales son tratadas con otros elementos, y reciben nuevas denominaciones de acuerdo a las composiciones, algunas de las más usadas son la benzedrina, la dexedrina y la metilanfetamina.

Las anfetaminas en un principio, se crearon con la finalidad de ofrecer un tratamiento efectivo para trastornos como el asma, la hiperactividad y los desórdenes del sueño. En la década del 20 se utilizó como tratamiento para los pacientes asmáticos una droga llamada efedrina. También en China se empleó durante siglos la planta Ma Huang (Ephedra vulgaris) para tratar el asma. Durante la segunda guerra mundial los soldados recibieron dosis de anfetaminas para lograr superar el cansancio y el sueño.

Efectos de las anfetaminas

Las anfetaminas presentan efectos similares a los de la cocaína. Estos efectos incluyen la adicción y el síndrome de abstinencia que se le asocia, el cual se presenta con una depresión muy grave y un pronunciado estado de cansancio.

Los efectos del consumo de anfetaminas se pueden separar en dos grandes períodos:

- A corto plazo: aumenta la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea, disminuye la sensación de hambre, las pupilas se dilatan, se presenta un estado satisfacción, felicidad y sensación de poder, además de disminuir el síntoma de cansancio. Otros síntomas son la agitación, la euforia, un incremento en la sensación de autosuficiencia, verborrea (aumento e incoherencia en el hablar), estado de alerta y vigilancia constante.

- A largo plazo: se elimina la sensación de sueño, se altera el estado de la mente presentándose un cuadro de paranoia acompañado de alucinaciones, comportamientos agresivos y violentos, disminución considerablemente del peso y evidentes temblores.

Las anfetaminas estimulan el sistema nervioso central, actuando principalmente sobre los sistemas neurotransmisores de la dopamina (encargada de las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer) y la norefedrina (provoca falta de apetito y estimula la energía), aumentando considerablemente la producción de éstas. Las anfetaminas pueden favorecer la liberación de dopamina, bloquear su recepción, inhibir su almacenamiento en las vesículas y provocar que sean destruidas por acción de enzimas específicas.

Existe un producto que deriva de las anfetaminas, el cual causa mucho daño al organismo, se trata de la metanfetamina o "cristal". Esta es una droga que presenta características estimulantes, y que tiene como característica su elevado potencial de adicción, lo cual se relaciona directamente con graves daños a la salud del individuo que la consume. Entre sus efectos dañinos se encuentran la amnesia parcial, desarrollo de una conducta agresiva, actuar de tipo psicótico y el riesgo de sufrir daños en el corazón o el cerebro. Esta droga se comenzó a usar en Norteamérica, y debido a sus efectos y el tráfico se ha expandido su consumo a la mayoría de los países del mundo

3.1 Intoxicación por el consumo de Anfetaminas

La intoxicación que producen las drogas de tipo anfetamínicas o simpatomiméticas tienen características específicas, de las cuales derivan síntomas determinados, entre los que se cuentan una intoxicación tan grave que puede llegar a desarrollar una sobredosis con toxicidad grave o mortal, por lo cual se considera que los efectos que provoca su sobredosis son venenosos. Los síntomas que provoca la intoxicación anfetamínica presentan:

- Alta presión sanguínea.
- Incremento en la frecuencia cardiaca (taquicardia).
- Aumento de la temperatura corporal.
- Gran agitación.
- Puede derivar en un accidente cerebrovascular.
- Convulsiones.
- Arritmias cardíacas (latidos cardíacos irregulares).
- Estado de coma.
- Muerte.

Estos psicoestimulantes han sido elaborados en forma sintética en laboratorios químicos desde fines del siglo XIX. Han sido utilizadas para diversas patologías, los usos médicos en que más frecuentemente se recetan las anfetaminas en la actualidad son aquellos en que el diagnóstico hace referencia a la narcolepsia (estado crítico de la somnolencia durante el día) y para el tratamiento de la hiperactividad en los niños, en los cuales produce un paradójico efecto sedante.

3.2 Formas de presentación y administración o consumo.

Existen diversas formas de presentación para las anfetaminas, aunque habitualmente toman la forma de pastillas o comprimidos. Es frecuente que ellas se añadan a la composición de otras drogas de síntesis, como por ejemplo en el éxtasis. Una de las composiciones anfetamínicas más frecuente en el ámbito de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido en el lenguaje de las calles como speed (del inglés velocidad). El speed, generalmente se presenta en forma de polvo y se administra por inhalación nasal, con el mismo método que se utiliza para consumir la cocaína, al igual que ésta presenta riesgos que se asocian a esta vía de administración, entre los que se cuentan los daños sobre la mucosa nasal, la pérdida de sensibilidad en el área, la formación de heridas en el perímetro, entre otros. Otra forma de presentación es aquella en que se asemeja a los otros tipos de mezclas anfetamínicas, es decir en forma de comprimido.

En la actualidad, las anfetaminas con destino al mercado negro se producen en laboratorios químicos clandestinos.

Las anfetaminas pueden administrarse por diversas vías, entre las que se cuentan la bucal, rectal, intramuscular, venosa o pulmonar. Su efecto se consigue facilitando la liberación de noradrenalina y dopamina de una célula nerviosa a la siguiente. Por tanto, se puede inferir que no tienen efecto en sí mismas, sino a través de otros compuestos, por lo cual cuando se agotan los almacenes de éstos, se provoca una disminución de su acción en el organismo.

3.3 Empleo de las anfetaminas en medicina.

Las anfetaminas fueron utilizadas en medicina como una forma de subir la presión arterial, ya que generaban un aumento en la estimulación cardiaca y una contracción de los vasos arteriales. Este método generaba múltiples riesgos, entre los que destacan las arritmias y taquicardias. Luego, se descubrió que podían ser utilizadas para otras afecciones, como por ejemplo para estimular la respiración y generar una disminución en el apetito, ya que su consumo provoca una notoria disminución de la sensación de hambre. También se utilizó en el tratamiento de la enuresis (falta de control sobre la orinan por la noche). En la actualidad se usa casi exclusivamente en dos diagnósticos, los cuales son:

- La narcolepsia: es una enfermedad que presenta como característica la manifestación de ataques repetidos de sueño, breves, pero frecuentes. La persona, que se encuentra realizando cualquier actividad cotidiana, se queda dormida durante unos minutos, luego de los cuales despierta y sigue trabajando. Esto puede suceder 3 ó 4 veces por día o en algunos casos con mucha más frecuencia. No se ha logrado determinar la causa que origina esta enfermedad, pero se logró establecer que las anfetaminas son un tratamiento efectivo, ya que ayudan a estas personas a mantenerse despiertas.

- El síndrome hipercinético de los niños: emparentado (para algunos teórico es lo mismo) con la deficiencia cerebral mínima o el síndrome de déficit de atención con hiperactividad, el que ocurre en niños, generalmente escolares. Estos niños presentan un exceso de movimiento continuo, además no pueden mantener la atención por más de un minuto, y por todo esto, tienen problemas de aprendizaje y conducta tanto en la escuela como fuera de ella. No se sabe cómo actúan en estos niños las anfetaminas; se piensa que son eficaces porque estimulan el nivel de alerta y el funcionamiento cerebral, de manera que los centros superiores toman el control del individuo e inhiben los numerosos estímulos que vienen desde afuera.

Como puede observarse, estas dos indicaciones son muy específicas; el resto de cuadros en los que antes se empleaban tienen hoy día otros tratamientos más eficaces y menos peligrosos.

Cuando la vía de administración es endovenosa, la anfetamina produce una sensación de flash intensa, a la que le siguen la euforia y que termina en la manifestación del deseo de volver a consumir, por lo que no es recomendable utilizar esta vía en los casos clínicos, ya que se corre el riesgo de generar una dependencia.

A las anfetaminas se les ha llegado a caracterizar como “las drogas de los superhombres”, ya que generan en el individuo una sensación, que dura unas pocas horas aunque es en la que quisiera encontrarse eternamente, ya que durante este período de tiempo el consumidor se encuentra sin cansancio, sin temor, su mente se siente ágil y rápida, está ocurrente, lo que le hace sentir que todo es posible.

A pesar del gran aporte que podrían entregar las anfetaminas al área clínica, su uso ha sido muy restringido, ya que siempre se encuentra latente el riesgo de generar una adicción, porque sus efectos sobre la persona logran que alguien que lleva una vida monótona salga del aburrimiento, adquiriendo una condición de conquistador agradable, lo cual es un poderoso gancho para alguien que presente dichas características. Después de la excitación viene la calma y este sobreesfuerzo que se le exige al cuerpo y al psiquismo se compensa con el decaimiento posterior, lo que provoca que el consumidor busque reiterar la dosis para volver a la condición antes alcanzada.

CLASE 05

3.4 El síndrome de abstinencia

Las anfetaminas son compuestos que presentan una gran facilidad para "enganchar" a una persona. Su consumo presenta la característica de que con el tiempo las dosis deben ir aumentando para lograr producir el mismo estado psíquico. Existen personas que comenzaron con una pastilla al día y que luego de seis meses se encuentran consumiendo seis u ocho comprimidos para lograr mantenerse despiertos y activos, lo anterior permite inferir que las anfetaminas presentan un elevado nivel de tolerancia.

Cuando se pretende privar al cuerpo de la dosis diaria, o en su defecto disminuirla, se presenta con fuerza el síndrome de abstinencia, el que se manifiesta presentando un cuadro en el que el consumidor cae en un profundo estado depresivo. En los días siguientes el cuerpo se presenta destrozado, absolutamente falto de energía y fuerzas, no se manifiestan ilusiones ni impulsos. Frecuentemente se presentan en forma reiterada las ideas de suicidio. A la semana de haber cesado el consumo, es frecuente que el adicto comience a sentirse mejor, aunque existen casos en que la depresión puede durar mucho más tiempo, prolongando incluso durante meses. Si la persona que era adicta consumía cantidades importantes de la sustancia, es fundamental para el tratamiento de desintoxicación el que se mantenga en alguna casa acompañada de alguien que la atienda; es poco frecuente que la desintoxicación requiera de un tratamiento intrahospitalario.

3.5 La psicosis por anfetaminas

Se han registrado casos en los cuales los consumidores de anfetaminas desarrollan un proceso que no manifiesta grandes diferencias al ser comparado con un cuadro esquizofrénico. Hasta mediados del siglo XX se consideraba imposible que el consumo de estas sustancias pudiese desarrollar algún tipo de psicosis. Incluso, fueron varios los autores que hicieron un experimento con voluntarios jóvenes y sanos; los cuales después de haber sido explorados minuciosamente y comprobar que no podían tener problemas orgánicos con las dosis de anfetaminas que recibirían, se les suministró durante varios días dosis que presentaban un aumento en la medida que avanzaban los días, de modo que al final todos habían recibido más de 100 miligramos de la droga, llagando incluso en algunos casos a registrarse consumos de dosis de más de 500 mg. El resultado de la investigación concluyó que el consumo de droga desarrollo en todos los sujetos síntomas que derivaron en cuadros de psicosis, de comienzo brusco, e ideas de persecución. Estos brotes parecidos a la esquizofrenia se producen al tomar cantidades elevadas en un breve período de tiempo, o por el contrario, dosis moderadas durante varios meses.

Junto a las ideas de persecución, se presentaron cuadros de ansiedad, agitación, hostilidad, agresividad, desorientación, alucinaciones visuales y auditivas. Llegando a veces a que los afectados sintieran insectos que caminaban sobre su piel o debajo de ella. Estas alucinaciones, denominadas zoopsias, llevan a que quienes las padecen se rasquen con

mucha intensidad hasta el punto de provocarse heridas, fenómeno que también se observa en adictos a la cocaína. La persona que padece esta psicosis puede llagar a agredir a quienes él cree que son sus enemigos.

Si los médicos que tratan a estos adictos no toman en cuenta, o no son informados de que los pacientes consumen este tipo de droga, pueden llegar a diagnosticarle esquizofrenia, ya que los síntomas que manifiestan tienen muchos puntos en común con esa enfermedad.

3.6 Otras drogas sintéticas en Chile

En Chile las drogas sintéticas reciben diferentes nombres y se comercializan en variados envases, en la enorme mayoría de los casos, sus consumidores ignoran el contenido químico de los comprimidos.

Se conocen casos de consumidores que han tomado hasta 80 o más pastillas, dependiendo del volumen físico del que las ingiere. Es usual que junto con las pastillas se consuma algún tipo de alcohol.

A continuación se presentan algunos términos empleados para identificarlas:

- "Blancas": se denomina así a los comprimidos de "Escancil', metanfetamina. De color blanco y tamaño pequeño.

- "Católicas": cápsula de anfetamina de colores blanco y celeste.

- "Tilines": grajea de color rojo.

- "Verde con blanco": tipo de anfetamina.

- "Tonaril": droga que se usa para tratar el Mal de Parkinson y que produce cierto tipo de alucinaciones.

- "Rubia de ojos celestes": denominación del estimulante "Desbutal".

Realice ejercicios Nº 1 al 10

4. OPIO

Respecto al opio se puede señalar que, no es una droga de consumo legal en Chile. Es necesario hacer referencia a ésta por cuanto la ley que regula el consumo de drogas en Chile, señala que las drogas estupefacientes o psicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública, son todas aquellas consideradas en el Artículo nº 1, entre las que se contempla al Opio y la Heroína. En tanto la Morfina, es contemplada directamente en el Artículo 2º del reglamento, al igual que la Metadona (sustituto de la Heroína), las cuales son consideradas para tratar la deshabituación, que en otras palabras consiste en reducir el daño, consumiendo una sustancia menos riesgosa, pero igual generadora de dependencia al fin y al cabo.

Los efectos psicológicos del opio eran conocidos por los sumerios y otros pueblos del Medio Oriente unos 4.000 años a.C. Los griegos usaban el opio con fines placenteros y medicinales. Los médicos árabes eran muy versados en su uso. El opio figuró durante siglos entre los ingredientes habituales de todo tipo de preparados medicinales. En el siglo XVI era usado para prevenir la gripe y la gota, fue a partir del siglo XIX cuando el opio dejó de usarse con fines terapéuticos y comenzó a ser usado como forma de adquirir placer.

El opio proviene de la desecación del látex de la cápsula de la amapola (papaver somniferum), planta indígena del Asia Menor y cultivada en países como: China, India, Persia y Egipto. La planta, cuyas flores son usadas como adorno, tiene una cápsula o fruto, la cual segrega un líquido parecido a la leche cuando se le hace una incisión. El líquido al tener contacto con el aire se oscurece y deseca; esa sustancia luego es pulverizada para elaborar el opio. Éste contiene numerosos alcaloides que se forman a partir de las moléculas básicas de la morfina o de la codeína, y otras sustancias del grupo isoquinolínico, cuyo alcaloide principal es la papaverina. De todas ellas, la morfina al 10% es la que tiene las propiedades más importantes, tanto en el sentido terapéuticos como tóxico. Los demás alcaloides tienen concentraciones menores, que oscilan entre el 1 y 2%.

Los derivados del opio, tanto naturales como semisintéticos, crean gran dependencia tanto física como psíquica, y producen la desaparición de todas las necesidades primarias. Los preparados sintéticos poseen propiedades muy parecidas, tanto en lo que respecta a sus efectos inmediatos, como en cuanto a sus consecuencias psico-físicas.

4.1 Procesamiento

La amapola Papaver somniferum es la principal fuente de narcóticos no sintéticos. Ha crecido en la cuenca del Mediterráneo desde el año 300 a.C., y a partir de entonces se ha cultivado en países del mundo tan diversos como Hungría, Yugoslavia, Turquía, India Birmania, China y México. El líquido lechoso que fluye de las incisiones hechas en la cápsula de las semillas antes de su maduración, ha sido recolectado desde tiempos remotos. Otro método, es el proceso industrial del cual se extraen los alcaloides una vez que la planta ha

madurado. El extracto puede ser líquido, sólido o en polvo. Casi todo el concentrado de la paja de amapola con que se comercia, se presenta como un polvo fino de color café y con un olor muy distintivo. Anualmente se importan legalmente a los EUA más de 400 toneladas de Opio o su equivalente en concentrado de paja de amapola.

Bajo vigilancia médica los narcóticos pueden ser suministrados por vía oral o intramuscular. Sin embargo, como drogas de abuso pueden ser aspiradas por la nariz, fumadas o autoadministradas por vías más directas, subcutáneas o endovenosas.

4.2 Efectos y consecuencias físicas y sicológicas

Los narcóticos son indispensables para la práctica de la medicina, pues son el agente más efectivo que se conoce para aliviar el dolor intenso. También son usados como supresores de la tos y como remedio centenario para la diarrea. El alivio del sufrimiento, sea de origen físico o sicológico, puede convertirse en un corto lapso en euforia. Los primeros efectos con frecuencia son desagradables, por lo que muchos concluyen que aquellos que persisten en el uso ilícito de narcóticos deben tener trastornos de personalidad en estado latente. Los narcóticos tienen el efecto de producir fijación pupilar, reducción visual, así como baja actividad física, aletargamiento, apatía y constipación. En grandes dosis inducen al sueño pero con un creciente riesgo de náuseas, vómito y depresión respiratoria, que son los mayores efectos tóxicos de los opiados. Excepto en casos de intoxicación aguda, no hay pérdida de coordinación motora, ni aparecen problemas al hablar (farfulleo), como sucede con los depresores. Suponiendo que la reacción pueda ser placentera, se puede considerar que su intensidad aumenta en proporción a la dosis administrada. Sin embargo, con el reiterado uso de la droga, se obtiene una mayor tolerancia, por lo cual el adicto debe administrarse dosis mayores progresivamente para lograr el efecto deseado, reforzando así el comportamiento compulsivo conocido como drogadicción.

La dependencia física se refiere a una alteración de las funciones normales del organismo que requiere de la continua presencia de la droga para evitar el síndrome de privación o abstinencia que es característico de cada tipo de adicto a las drogas. La intensidad de los síntomas físicos experimentados durante el período de privación, se relaciona directamente con el volumen de narcótico consumido cada día. La privación de la droga provoca una creciente excitación de las funciones corporales que se vean reducidas durante la práctica del hábito. Con la supresión del narcótico, las primeras señales de privación se presentan poco tiempo antes de la siguiente toma habitual. Son notorias las quejas, ruegos y exigencias del adicto, las que aumentan paulatinamente hasta que llegan a su máxima expresión entre las 36 y 72 horas tras la última dosis, a partir de ese momento empiezan a ceder. Síntomas tales como ojos llorosos, flujo nasal, bostezos y sudoración, aparecen entre 8 y 12 horas después de la última toma. Es entonces cuando el adicto puede caer en un sueño inquieto. Conforme progresa el síndrome de abstinencia, aparecen señales de inquietud, irritabilidad, pérdida de apetito, insomnio, "piel de gallina", temblores, y por último, bostezos, e intensos estornudos. Estos síntomas alcanzan su máxima expresión entre las 48 y 72 horas. El paciente queda debilitado y deprimido, con náuseas y vómitos. Son

comunes los retortijones y la diarrea. Se eleva la presión arterial y el ritmo cardiaco. Se alternan sensaciones de frío y calor con sudoración excesiva. Se presentan dolores en las coyunturas y los músculos de la espalda y extremidades, así como espasmos musculares y movimientos de pateo. En este momento es cuando un individuo puede intentar el suicidio. Sin tratamiento, el síndrome continúa su curso normal y eventualmente desaparece entre 7 y 10 días después. Aunque el tiempo que debe transcurrir para establecer el equilibrio psíquico y las funciones fisiológicas, es impredecible. Durante varias semanas, luego del inicio de la supresión, el adicto continuará pensando y hablando de su relación con las drogas y estará sumamente susceptible a volver a usarlas.

Los síntomas de privación pueden ser evitados si se lleva a cabo una reducción gradual del narcótico en un período de una a tres semanas. La desintoxicación del adicto puede lograrse sustituyendo la droga ilegal por metadona oral y reduciendo la dosis gradualmente. Dado que la primera preocupación de un adicto es la obtención y uso diario de la droga, es frecuente el descuido de su persona, lo que produce en él cuadros de mala nutrición, infecciones, enfermedades no atendidas o heridas. Entre los riesgos de la drogadicción están las reacciones tóxicas por contaminantes tales como la quinidina, azúcares, talco, etc. Otro riesgo se produce al inyectarse la droga con agujas hipodérmicas no esterilizadas y malas técnicas de inyección que se traducen en abscesos, envenenamiento de la sangre y hepatitis.

Puesto que no hay un sistema simple para conocer la pureza de la droga adquirida en la calle, su potencia es desconocida, lo que provoca que sean frecuentes las sobredosis. Una ligera sobredosis puede generar torpeza o sueño. Dosis mayores pueden inducir el estado de coma con respiración lenta y superficial, la piel se pone pegajosa y fría, el cuerpo inerte y la quijada floja; existe el peligro de que la lengua se retraiga hacia el fondo de la boca y bloquee el paso del aire. Si el estado del paciente es grave, pueden presentarse convulsiones, seguidas de un paro respiratorio y la muerte. En los hospitales existen antídotos específicos para tratar la intoxicación por narcóticos.

CLASE 06

4.3 Derivados del opio

Hasta los primeros años del siglo XX no había restricciones legales para la importación o uso del Opio. En aquellos días muchas medicinas con patente, contenían opio sin que debiesen exponer ninguna advertencia impresa en las etiquetas. Hoy día existen leyes estatales, federales e internacionales que regulan la producción y distribución de sustancias narcóticas, por lo que hay poco abuso del Opio en los EUA. Es posible extraer por lo menos 25 diferentes alcaloides del opio. Éstos se clasifican en dos categorías generales, y cada una de ellas produce efectos totalmente distintos. La primera, conocida como alcaloides fenantreno está representada por la morfina y la codeína, que son usadas como analgésicos y antitusígenos; la segunda, conocida como alcaloides isoquinolínicos, representados por la papaverina (relajador intestinal) y la noscapina (antitusígeno), no tienen efectos significativos

sobre el sistema nervioso central, y por tanto no caen dentro de la reglamentación que prohíbe el uso de narcóticos.

Aun cuando una pequeña cantidad de Opio es usada para fabricar preparados antidiarreicos tales como el paregórico, casi todo el Opio importado a Estados Unidos es descompuesto en sus alcaloides básicos, principalmente morfina y codeína.

- La morfina

En 1806, el joven farmacéutico Wilhel Serturner redujo el opio a una solución en ácido mecónico que neutralizó con amoniaco. Al alcaloide obtenido lo llamó Principium somniferum opii, por sus virtudes narcóticas, y posteriormente Morphium, en honor a Morfeo, el dios griego del sueño. La morfina fue aislada por primera vez a principios de siglo XIX. Descubriendo en ella un poderoso analgésico y calmante. Su uso se extendió a partir de 1850 y llegó a estar de moda en la segunda mitad del siglo XIX. Actualmente, la morfina es objeto de una producción tanto legal como ilícita, y su uso terapéutico sigue vigente, aunque muy controlado y regulado por prescripción médica con receta retenida.

La morfina se puede encontrar en polvo de color blanco, crema o marrón, en forma de tabletas o en líquido (ampollas o inyectables). Según la forma en que se presente, puede ser ingerida, tomada o inyectada. Sus efectos se presentan entre los 3 y 5 minutos después de su aplicación y duran de 4 a 5 horas.

La morfina es una droga que crea tolerancia rápidamente, por lo que la somnolencia, el alivio del dolor y la disminución de la ansiedad hacen que el adicto se vea obligado a usar elevadas dosis para obtener los mismos resultados. En caso de una intoxicación severa, es importante solicitar ayuda médica y no dejar que la persona se duerma, pues la depresión respiratoria puede aumentar y, con ello, el peligro de muerte por asfixia. La morfina es el principal componente del opio, es una de las drogas conocidas más eficaces para aliviar el dolor. Es comercializada en forma de cristales blancos, tabletas hipodérmicas y preparados inyectables. Su uso lícito se restringe básicamente a hospitales. La morfina es inodora, de sabor amargo y tiende a oscurecerse con el tiempo.

- Heroína

Tras ser sintetizada la morfina en 1874, la heroína no tuvo mayor uso médico sino hasta principios de siglo. La compañía Bayer de Alemania fue quien inició su producción comercial, como analgésico, el año de 1898 y aún cuando tuvo una amplia aceptación, los médicos permanecieron ignorantes durante muchos años sobre su gran potencial de adicción. La heroína en forma pura es un polvo con sabor amargo; la droga ilegal puede variar de color, desde el blanco hasta el café oscuro, debido a las impurezas que quedan en el proceso de fabricación, o por la presencia de aditivos tales como colorantes artificiales, cocoa, o azúcar morena. Rara vez es posible adquirir heroína pura en la calle. Una "bolsa" (palabra que describe una dosis de heroína) puede pesar alrededor de 100 mg, conteniendo por regla general sólo un 5% de su peso en droga pura. Para aumentar el volumen del

producto que se vende al drogadicto, se agregan disolventes en proporciones que fluctúan desde 9 a 1, hasta 99 a 1. Estos disolventes comúnmente son azúcar, almidón, leche en polvo o quinina.

- Codeína

La preocupación tanto del sistema de salud de Chile, como del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), debido al fuerte incremento en el uso de esta droga durante el año 2000, de acuerdo a un estudio sobre drogas de uso farmacológico, llevaron a regular su uso, estableciendo que sólo se puede entregar bajo prescripción médica y receta retenida

La codeína fue descubierta en 1832 por el químico francés Pierre-Jean Robiquet, quien logró sintetizarla a partir de la manipulación del opio. La codeína debe su nombre a la raíz griega que significa "cabeza de amapola". Es un opiáceo proveniente de dicha planta.

Está presente en una serie de medicamentos para la tos (antitusivos). Suele estar mezclado con clorfenamina maleato o pseudoefedrina clorhidrato, ambos compuestos para tratar los síntomas de resfrío, como la congestión nasal.

Puede presentarse en forma de cristales inodoros e incoloros, o bien, como un polvo cristalino blanco. Se puede usar como vía de administración la oral y la inyectable.

Según el Formulario Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud de Chile, la codeína permanece en la sangre entre tres y cuatro horas como analgésico, anula el dolor, detiene la tos y controla la diarrea. Para el dolor moderado se encuentra en pastillas, la cuales se deben combinar con Aspirina o Tylenol. Para aliviar la tos se presenta en jarabe, aunque también se fabrica como inyección.

En dosis elevadas puede producir sensación de mareo o inestabilidad. Puede, también, provocar nauseas, vómitos y estreñimiento (endurecimiento de las heces y dificultad para defecar).

Este alcaloide se encuentra en el opio crudo en concentraciones que varían de 0,7 a 2,5%. Aún cuando se presenta en forma natural, la mayor parte de la codeína se produce a partir de la morfina. Comparada con ésta, la codeína es menos analgésica o sedante y provoca una depresión respiratoria menor.

- Tebaína

Es un componente menor del opio, además es el principal alcaloide encontrado en otra especie de amapola, la Papaver bracteatum, que ha sido cultivada experimentalmente en los Estados Unidos, así como en otras partes del mundo. Aunque su composición química es similar a la codeína y a la morfina, sus efectos son estimulantes más que depresores. La tebaína no tiene usos medicinales en Chile, pero se utiliza como base para obtener una

variedad importante de compuestos, entre los que se cuentan la codeína, hidrocodona, oxicodona, oximorfona, naibufina, naloxona y los compuestos Bentley.

- Hidromorfona

Comúnmente vendida con el nombre de Dilaudid, la hidromorfona es el segundo narcótico analgésico semisintético conocido. Es generalmente presentado en forma de tabletas o inyecciones y su acción es más corta y más sedante que la de la morfina, pero su potencia es de dos a ocho veces mayor. Es, por tanto, una droga a la que fácilmente se puede generar adicción. Tiene una gran demanda por parte de los adictos, los que generalmente la obtienen con recetas falsas o mediante el robo. Las tabletas, más fuertes que la presentación inyectable, pueden ser disueltas e inyectadas.

- Oxicodona

Este producto se sintetiza de la tebaína. Es parecido a la codeína pero más potente y con mayor capacidad de formar hábito. Tiene efectividad por vía oral y se expende, combinada con aspirina, bajo el nombre de Percodan, para alivio del dolor. Los adictos ingieren el Percodan oralmente o disuelven las tabletas en agua, filtran las materias insolubles y se administran la parte activa por vía intravenosa.

- Etorfina y Diprenorfina

Estas sustancias se fabrican a partir de la tebaína y forman parte de los compuestos Bentley. La etorfina es mil veces más potente en sus efectos analgésicos, sedantes y depresores respiratorios, que la morfina. Por su gran potencia, representa un serio peligro para uso humano, por la facilidad de ser sobredosificada. El clorhidrato de etorfina es usado por los veterinarios para inmovilizar a grandes animales salvajes. El clorhidrato de diprenorfina actúa como antagónico a los efectos de la etorfina. Tanto la fabricación como la distribución de estos productos están rígidamente controladas.

4.4 Narcóticos Sintéticos

En contraste con los productos farmacéuticos derivados directa o indirectamente de los narcóticos naturales, los sintéticos se producen completamente en el laboratorio. Una búsqueda permanente para encontrar un producto que tenga las propiedades analgésicas de la morfina, pero sin sus riesgos de dependencia y tolerancia, aún no ha tenido éxito. Los dos productos con mayor accesibilidad a la fecha son la meperidina y la metadona.

- Meperidina (petidina)

La meperidina, el primer narcótico sintético, es químicamente diferente a la morfina, pero coincide en su efecto analgésico. Es probablemente la droga más usada para aliviar dolores, tanto los moderados como los severos. Accesible en forma pura o en combinación

con otros productos medicinales, es administrada por vía oral o inyectada, siendo esta última la más usual. Su uso crónico llega a desarrollar tolerancia y dependencia, y en dosis masivas puede causar convulsiones y la muerte.

- Metadona y Drogas Afines

Parte de la cultural general, de las drogas, es conocer y comprender el porque la ciencia médica ha tenido que utilizar algún tipo de sustitutos para tratar la deshabituación a una determinada droga, así como también cuales son los efectos y consecuencias, tomando en consideración que en el caso específico de esta sustancia, si bien no es usual, se pudiese encontrar en algún minuto a alguna persona que está siendo tratada con este sustituto para disminuir los niveles de opioides. La metadona fue utilizada por los alemanes durante la Segunda Guerra Mundial debido a que carecían de opio y necesitaban analgésicos potentes para tratar a los soldados heridos. Esta droga fue introducida en Estados Unidos, en 1947, como un analgésico, y recibió, entre otros, nombres como Metadona, Amidona y Dolofina. Desde la década de los ‘60 ha sido utilizada para tratar personas con adicción a opiáceos.

Es un analgésico potente, similar a la morfina, pero sin un efecto sedante tan fuerte. Es una sustancia química sintética que actúa en el sistema opioide (uno de los varios subsistemas que integran el sistema nervioso central; el que controla el estado de actividad de ciertos mecanismos de comunicación entre las neuronas del cerebro). Se utiliza en programas especiales para tratar la dependencia a la heroína ya que neutraliza la euforia que provoca esta droga y evita la aparición de su síndrome de abstinencia. Se toma por vía oral.

Se puede encontrar en forma de Tabletas o ampollas, las que contienen un líquido transparente. También se puede encontrar como jarabe de tintes café, naranjo o verde. La principal vía de administración es la oral. Se puede aplicar en forma intramuscular o subcutánea (inyectable).

La metadona se usa médicamente para aliviar el dolor moderado o severo del post operatorio, infarto al miocardio, fracturas, enfermedades terminales y edema pulmonar agudo. Sus efectos son similares a los de la heroína, más suaves, pero más prolongados. El alivio del dolor y el estado de bienestar que produce puede durar hasta 24 horas. No se recomienda usarla por largos períodos, porque puede producir dependencia y aumento de la tolerancia al medicamento. Está contraindicado para la analgesia obstétrica, por lo prolongado de su efecto, ya que aumenta el riesgo de depresión respiratoria neonatal.

Su uso indebido puede causar náuseas y vómitos, dolores de espalda y de estómago, además de pérdida del deseo sexual. En casos de sobredosis, puede provocar pérdida de la conciencia y depresión respiratoria. No es conveniente mezclar la metadona con alcohol u otros medicamentos. Si una persona que ha consumido metadona pierde el conocimiento, se debe buscar ayuda médica y llamar inmediatamente a la ambulancia. Si vomita mientras está inconsciente, es necesario controlar que siga respirando.

Los síntomas de abstinencia de la metadona, aunque se presentan más lentamente y son menos graves, tienden a durar más tiempo. Irónicamente, la metadona, diseñada para controlar la drogadicción, ha resultado ser en algunas áreas metropolitanas una causante importante de muertes por sobredosis.

4.5 Narcóticos Antagónicos

Los deliberados esfuerzos para encontrar un analgésico efectivo que no produzca dependencia, llevaron al desarrollo de compuestos que se conocen como narcóticos antagónicos. Estas drogas, como su nombre lo indica, bloquean o revierten los efectos de los narcóticos. La naloxona (Narcan) al no mostrar efectos similares a los de la morfina, fue retirada de la lista de los medicamentos considerados drogas ilícitas y calificada como antídoto específico en casos de intoxicación narcótica en 1971. La nalorfina (Nalline) fue usada en el campo de la medicina clínica desde 1951, y es calificada como un narcótico luchador -antagónico. En una persona sin presencia de drogas en su organismo produce efectos similares a los de la morfina, mientras que en un individuo bajo la influencia de narcóticos neutraliza los efectos. Otro luchador - antagónico es la pentazocina (Talwin), que en 1967 fue dada a conocer como analgésico.

En la calle, la pentazocina con frecuencia es combinada con otra droga, la tripelenamina. Esta combinación es conocida como "T's and B's" o "T's and Blues", siendo la "T" la Talwina, y la "B" el color azul de la tableta PBZ (tripelenamina). En 1983 se hizo un esfuerzo más para reducir el hábito de esta droga con la adición de la naloxona a las tabletas de pentazocina. El nuevo producto, Talwin Nx, contiene una cantidad suficiente de antagónico como para contrarrestar los efectos morfínicos de la pentazocina, en caso de que las tabletas sean disueltas e inyectadas.

CLASE 07

5. FARMACOS – DEPRESORES

El hidrato de cloral, la más antigua de las drogas hipnóticas (autoinductora), fue sintetizada en 1862, posteriormente fue sustituido por el alcohol, el opio y preparados a base de cannabis para lograr efectos sedantes y somníferos. Su popularidad disminuyó a partir de la presencia de los barbitúricos (drogas sedantes e hipnóticas en forma de medicamento).

Tiene un olor penetrante, ligeramente acre, y un sabor amargo quemante. Sus efectos sedantes y el desarrollo de tolerancia y dependencia son comparables a los del alcohol, y los síntomas de abstención se parecen al delirium tremens. El hidrato de cloral es un líquido comercializado en forma de jarabe o cápsulas suaves y gelatinosas. Se han dado casos de envenenamiento al mezclar la droga con bebidas alcohólicas. No es una droga de adquisición callejera y sus principales usuarios son las personas mayores.

Su consumo es vía oral, ya que se presenta generalmente en forma de comprimidos o grageas.

Las sustancias clasificadas como depresoras tienen un potencial de adicción y dependencia tanto física como sicológica. Usadas por prescripción médica, pueden ser útiles en el alivio de ansiedad, irritabilidad y tensión, así como en el tratamiento sintomático del insomnio. Sin embargo, en cantidades excesivas, producen un estado de intoxicación extremadamente parecido al que provoca el alcohol.

Así como sucede con el alcohol, estos efectos pueden variar no sólo de persona a persona, sino de tiempo en tiempo en un mismo individuo. Dosis bajas producen un efecto sedante; pero en dosis mayores, aún cuando alivian la tensión o el stress, y pueden proporcionar una sensación de bienestar; también pueden producir depresión anímica y apatía. En contraste con los efectos de los narcóticos, las dosis intoxicantes invariablemente producen errores de juicio y pérdida de coordinación motora. Como consecuencia de los riesgos de la pérdida de orientación, que se traducen en una alta incidencia de accidentes de tránsito.

La tolerancia a los efectos tóxicos se desarrolla rápidamente llevando a una constante disminución de los márgenes de seguridad entre intoxicación y dosis letal. La persona que no está consciente de los peligros de la creciente dependencia puede llegar a aumentar la dosis diaria de 10 a 20 veces del límite terapéutico recomendado. Los fármacos depresores pueden ser adquiridos en forma legal en las farmacias cuando son prescritos por el médico, aunque también pueden ser obtenidos mediante el robo, receta falsificada o adquiridos en el mercado ilegal. Los miembros de la subcultura de las drogas con frecuencia recurren a los depresores en forma de automedicación para calmar los nervios, la ansiedad o para controlar los últimos "destellos" resultantes del uso de alucinógenos, y también para facilitar la abstinencia de la heroína. Se debe poner énfasis en el peligro del uso de depresores combinados con alcohol u otras drogas.

El problema de la adicción a los depresores permanece sin detección hasta que el usuario comienza a dar señales de confusión continua o una notoria inhabilidad funcional. Estos productos también funcionan como vehículos de suicidio, situación más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Los depresivos varían en relación a su potencia en caso de sobredosis. Un envenenamiento moderado se asemeja a un estado de intoxicación alcohólica. Pero la sintomatología en un caso severo incluye el estado de coma, piel fría y húmeda, pulso rápido y débil, y respiración que va desde un estado lento y profundo a uno agitado pero superficial. En caso de no contrarrestar médicamente la respiración reducida y la baja presión sanguínea, sobreviene la muerte.

La suspensión abrupta o la reducción en el uso de altas dosis de depresores, se manifiesta en un síndrome de abstinencia característico, que debe ser diagnosticado médicamente como emergencia, ya que es más grave que el de cualquier otra droga. El

primer síntoma de la desintoxicación puede ser una aparente mejoría del paciente. Sin embargo, dentro de las 24 horas siguientes se manifiestan síntomas de abstinencia menores, entre ellos ansiedad y agitación, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, aumento del ritmo cardiaco y sudoración excesiva, temblores y retortijones. Generalmente los síntomas llegan a su mayor intensidad a los dos o tres días de abstinencia de los barbitúricos de corta acción o del meprobamato; pueden también prolongarse hasta el séptimo u octavo día de abstinencia en casos de drogas como barbitúricos de acción prolongada o la benzodiazepina. Es durante el momento cumbre, cuando se presentan con mayor intensidad los síntomas. El paciente presenta convulsiones iguales a las del grand mal epiléptico. Más de la mitad de aquellos que experimentan convulsiones pasan a un estado de delirio que degenera en un cuadro sicótico igual al delíríum tremens que se asocia con el síndrome de la privación del alcohol. Es por esto que la desintoxicación y el tratamiento deben ser estrechamente vigilados por médicos. Aunque las técnicas de tratamiento pueden variar entre sí, comparten un objetivo común: lograr la estabilización de un estado de dependencia para abatir los síntomas de privación y continuar con una reducción gradual que previene recaídas. Entre los depresores que originan situaciones como las antes descritas, podemos mencionar al hidrato de cloral, una amplia gama de barbitúricos, la glutetimida, la metacualona, el meprobamato y las benzodiazepinas.

5.1 Tipos de fármacos

Los diversos tipos de fármacos se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Depresores

Desde los más remotos tiempos el depresivo más común ha sido el alcohol. El alcohol ha sido usado como relajante, para calmar los nervios y ayudar a la gente a olvidar sus problemas. Probablemente esto explica por qué ha sido la droga más comúnmente abusada.

Los depresivos son drogas que deprimen el sistema nervioso central. Tomado como medicina recetada, los depresivos ayudan a liberar la ansiedad, la tensión, el insomnio, espasmos musculares y la irritabilidad. Sin embargo, como otras drogas, también son adictivas.

- Barbitúricos

Hay más de 2,500 diferentes tipos de barbitúricos. Los barbitúricos tratan la ansiedad, agitación y el insomnio. Antes de la cirugía son usados para adormecer al paciente. Algunos barbitúricos son usados para controlar condiciones médicas como alta presión arterial, epilepsia y úlceras. Sin embargo también algunos de los barbitúricos son vendidos en el mercado ilegal de drogas. Sus nombres en la calle son “bajadores” o “goofballs”.

Los efectos de los barbitúricos en el organismo son: pérdida de la inhibición, euforia y cambios de comportamiento parecidos a los provocados por la intoxicación por alcohol. En algunos individuos los efectos colaterales son: náuseas, nerviosismo, impulsividad y diarrea.

Las personas bajo el efecto de barbitúricos presentan dificultades para pensar, para tomar decisiones, inestabilidad emocional y falta de coordinación, desorientación y hablar muy enredado.

- Tranquilizantes

El Valium, Librium y Miltown son tranquilizantes. Calman a la gente con paranoia o desórdenes nerviosos. Ninguna otra sustancia, excepto el alcohol, ha tenido tanto efecto como droga adictiva en el público. Hasta los años 1940's el alcohol era el primer relajante. Sin embargo en 1951 el Miltown fue usado como relajante muscular, luego de eso comenzó a ser usado como liberador de tensiones, para terminar siendo usado como depresor del sistema nervioso. En 1960 se lanzó al mercado un nuevo tranquilizante la benzodiasepina, la que se vende bajo los nombres de Valium o Librium. El Valium pronto vino a ser el primer tranquilizante de selección. Estas drogas son recetadas, prácticamente, para todos los casos con diagnóstico de problema emocional.

- Cloralhidrato

El cloralhidrato, también conocido como "gotas noqueadoras", tiene el renombre de ser la sustancia que se pone en la bebida de una persona para dejarlo en estado inconsciente. A la combinación de cloral hidrato con alcohol se le llama "Mickey Finn". Este nombre recuerda a alguien de triste fama en los Estados Unidos, corresponde a un barman irlandés que trabajaba en Norteamérica en tiempos en que los gangsters hacían negocios en dicho país. Este barman tenía una curiosa manera de aumentar sus ingresos. Trabajaba asociado a los maleantes, poniendo fuera de circulación a sus rivales mediante el simple acto de añadir a sus tragos de éstos coralhidrato, el que dependiendo a la intensidad de la dosis, provocaba en los adversarios un sueño que podía ser temporal o permanente. Con el correr del tiempo el nombre del creador de esta forma de delito comenzó a darse por analogía a cualquier bebida preparada con fines ilícitos.

El efecto de la mezcla tarda aproximadamente 30 minutos en hacer efecto. El cloralhidrato tiene como efecto adverso el ser un irritante del estómago, especialmente si se toma en forma reiterada.

- Placidil

Placidil es una droga sedativa - hipnótica de corta acción. La cual causa efectos colaterales como, por ejemplo, la cara luce chueca, visión borrosa, náuseas, pesadez, problemas gástricos e irritación de la piel. Usado en combinación con alcohol, el Placidil puede llegar a provocar la muerte.

- Quaalude

Quaalude o metacualone es una droga hipnótica-sedativa como los barbitúricos. Quaalude fue introducido primero en 1950 como una droga contra la malaria. Sin embargo se debió

comenzar a controlar estrictamente su venta y distribución debido a que se comenzó a abusar de ella de una forma desproporcionada. Como motivo de la publicidad adversa, el metacualone no se ha vuelto a fabricar más en los Estados Unidos desde 1985, a pesar de esto grandes cantidades son importadas ilegalmente, en forma cotidiana. Las sobredosis causan delirio, intranquilidad, convulsiones y ataques.

Figura Nº 4: Diversas presentaciones de fármacos

CLASE 08

6. CANNABIS SATIVA (Marihuana)

Para comenzar a apreciar la importancia que tiene esta droga, se debe considerar que la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo y tráfico en Chile.

La marihuana que conocieron los hippies y que se fumó masivamente a fines de la década de los años 60, dista mucho de la Cannabis, que se distribuye y consume en los principales mercados del mundo en la actualidad. La diferencia principal consiste en el incremento del porcentaje de compuesto psicoactivo, denominado tetrahidrocannabinol (THC). Los porcentajes según CONACE, de THC, en la década de los 70 no superaban el 2%, hoy en día varía entre un 5 y un 20 %. Diversos estudios científicos han demostrado que el consumo crónico de marihuana produce daños al ser humano, entre los que se encuentran las alteraciones en los sistemas respiratorios (síndromes obstructivos, restrictivos y cáncer pulmonar), cardiovascular (taquicardia y variaciones de la presión arterial), inmunológico (disminución de las defensas) y alteraciones en el área de la fertilidad.

Históricamente, en el seno de la comunidad científica la temática más controvertida ha sido el posible deterioro cerebral permanente, asociado al consumo crónico de marihuana, persistiendo aún diferencias de opinión en varios grupos de investigación mundial. En este sentido, el fenómeno más reconocido es el síndrome amotivacional, que se produce por una disfunción frontal reversible que da cuenta de un retraimiento y la falta de propositividad vital del consumidor crónico de marihuana. De la misma forma, en Chile se ha detectado un incremento en la peligrosidad de la marihuana que se consume, esto se debe a que cada vez es más frecuente el uso de marihuana prensada, en cuyo proceso se adhieren solventes (mayor daño) y se mezcla con pasta base (mayor dependencia y daño). El mezclarla con pasta base de cocaína tiene como finalidad el conseguir prolongar el efecto estimulante de la de la droga que deriva de la cocaína y disminuir los efectos del síndrome de privación que genera esta droga.

La marihuana, cuya nombre científico es Cannabis Sativa, es una especie que adquiere características vegetales específicas que dependen de la zona geográfica y climática en que se cultive. De las variedades cultivadas en los países de Sud-América, las más conocidas son la Chilombiana y la Paraguaya.

La marihuana paraguaya es la de mayor ingreso y tráfico en Chile, de todas las variedades ésta es la que contiene una mayor concentración de THC, por tanto es la que genera más alteración a nivel mental, ya que actúa fuerte y directamente sobre los receptores específicos ubicados en los ganglios básales, hipocampo y corteza cerebral. Otra de las funciones es estimular la síntesis de la dopamina y noradrenalina, disminuyendo la síntesis y la liberación de acetilcolina.

La marihuana, además de sus propiedades psicoactivas, puede utilizarse como fibra para hacer cuerdas y sogas, alimento para el ganado, para extraer aceite, semillas para pájaros, papel y medicamentos.

Crece bien en toda variedad de terrenos, climas y temperaturas, aunque se desarrollan preferentemente en zonas ecuatoriales, tanto por las altas temperaturas, la humedad y la estación de crecimiento más larga. La Cannabis es una planta muy resistente, que puede soportar heladas moderadas y días sin agua. El único continente en el que no crece la Cannabis es la Antártica.

Las plantas de la Cannabis son masculinas o femeninas, pero un pequeño número de plantas tienen flores masculinas y femeninas a la vez. La planta femenina produce las semillas después de la polinización, dichas semillas permanecen vivas hasta que maduran.

La composición genética de la planta determinará características como el tamaño, la potencia de la droga y la longevidad. Además de su fitogenética, el factor más importante del crecimiento es la cantidad de luz del sol existente, siendo menos importantes los insumos del suelo, la humedad y el fertilizante. Existe una gran variedad en cuanto a la altura, el color y el número de hojas de la planta. El aspecto velloso de la Cannabis se debe a la presencia de pelos sistólicos, que se encuentran en todas las partes de la planta, pero que son más abundantes en las flores y hojas de las partes superiores.

El período vegetativo de una planta puede durar entre 7 y 26 semanas y su porte dependerá del clima en que se desarrolle. La planta y la hoja es normalmente de un color verde oscuro y las hojas más grandes se encuentran en la parte superior de la planta. La configuración de la hoja suele ser normalmente palmeada y contiene un número impar de estípulas de 3 a 17, siendo el número normal de 5 a 7. Se dan también, rara vez, configuraciones de hojas únicas y pinadas, aunque esta situación ocurre con regularidad en la Cannabis que se cultiva en el Sudeste Asiático. Otra de las características es que posee una nervadura central en cada hoja cubriendo toda su longitud y el reborde de la hoja es dentado.

6.1 Variedades y procesamiento.

Existen desacuerdos entre algunos botánicos en cuanto al número de especies de Cannabis que existen. Algunos afirman que hay tres especies: Sativa, Indica y Ruderalis. Otros creen que se trata de una sola especie con tres variedades. No obstante, tratándose de Marihuana, se tiende a reconocer mayoritariamente la denominación Cannabis Sativa, no importando a que tipo o variedad pertenece. Para quien sí son importantes las variedades o tipos de plantas es para el cultivador, por cuanto pueden variar en altura, tamaño y configuración de las hojas, productividad, períodos de maduración y potencia.

El procesamiento de la Cannabis comienza con la extracción de las hojas y partes de la planta de la cual se pueden extraer tres productos: la “resina” que recibe el nombre de

Hachís, Charas, Chira, según el lugar; las “hojas y flores”, que forman lo que se llama Marihuana, Kif, Grifa, Ganja, y un “aceite” de color oscuro.

Se considera que el Hachís es un complejo de resina que producen las partes floridas tanto de machos como de hembras de las plantas de Marihuana. Esta resina es la que contiene los alcaloides alucinatorios, como el THC. A veces se aplica el término científico “Cannabis” a la planta y, además, a sus derivados. La producción de resina varía según las características de cada planta. El contenido de THC de la resina también varía de una planta a otra. Algunas autoridades consideran que la producción de THC depende de las características genéticas. Por ejemplo, algunas plantas poseen los genes dominantes que controlan la biosíntesis del alcaloide, mientras que otras plantas contienen genes recesivos o que han experimentado mutación y de ahí proviene el que su producción de resina sea más baja.

En la variedad de Marihuana “Colombiana” tiene un contenido de 3 a 4% de THC. La marihuana conocida como “Redhair” (“pelorojo” o “colorina”) y la “Camboyana” poseen un rango variable de entre un 5% y un 12%. La variedad canadiense denominada ”Sinsemilla” (cultivada dentro de recintos cerrados) tenía en 1986 un promedio de THC de 5,8%, con un rango de variación de entre un 1 a un 14%. En 1987 este contenido llegó a un 22%, siendo el más elevado del mundo en ese momento. Las autoridades de Portland, Oregon, en Estados Unidos, reportaron una incautación de marihuana con un contenido de 31% de THC. En 1993 se hizo habitual encontrar en productos cultivados por hidroponia, niveles de THC de dos dígitos, siendo la más potente y popular entre los adictos.

La Marihuana pertenece a la clase de plantas conocida como “bisexual”, es decir, la función “estaminada” o macho y la función “pistilada” o hembra, la desempeñan plantas diferentes. Estas no pueden distinguirse con certeza hasta que aparecen las flores. Una vez terminada la polinización, la planta macho, tras cumplir su función, se marchita lentamente y muere.

La Cannabis, como toda planta, requiere de ciertos elementos, tales como: luz, calor, nutrientes, Dióxido de Carbono y humedad. Quien cultiva la planta en lugares cerrados (técnica denominada “Indoor”) podrá controlar todos estos factores, manipular el crecimiento y determinar el grado de resultado del producto.

La calidad de la planta está limitada por el patrón genético de ella, pero éste puede ser perfeccionado mediante la selección de crianza antes mencionado.

6.2 Descriptores para examinar muestras

Para determinar si una muestra corresponde o no a Marihuana, debe presentar las características siguientes:

- Hojas

- Color verde, marrón o salpicadas de marrón.
- Característicamente venosas y aserradas.
- Filamentos sistólicos en el lado superior.
- Filamentos más largos y puntas más pronunciadas en el lado inferior.
- Efervescencia al diluir el material en Acido Hidroclórico.

Figura Nº 5: Diversas presentaciones de fármacos

- Vaina

- Color verde, marrón o salpicadas de marrón.

- Configuración característica.

- Filamentos sistólicos y glandulares en la superficie exterior.

- Fruto

- Color amarillo verdoso a marrón, más o menos moteado.

- Forma ovoide.

- Protuberancia alrededor de la circunferencia mayor.

- Marcas “entrelazadas” características.

- Interior parecido a la carne de coco.

6.3 Formas de administración o consumo

Las partes superiores floridas, las hojas y los tallos pequeños son recogidos, puestos a secar y se los fuma en una pipa o en forma de cigarrillo, constituyendo este último el método utilizado con mayor frecuencia. En Estados Unidos, Canadá y México, se unen las partes superiores y hojas secas y trituradas, formando cigarrillos que luego fuman. En India y Asia Central, se extrae la resina bruta de las partes superiores de la planta y se le da la forma de una varilla o se mezcla con varias especias dándosele el nombre de Chasros o Dawamesk, que se fuma o se ingieren. Además las hojas se convierten en polvo y se mezclan con especias, miel o agua y el preparado, llamado Bhang, se come o se bebe. En el norte de África, las partes superiores de la planta, secas y trituradas, se mezclan con tabaco y se fuma en pipas. El fumador de Túnez lo llama “Takrouri” y el de Marruecos “Kif”. En la zona oriental del Mediterráneo y el los alrededores del Golfo Arábigo, la resina bruta extraída de la parte superior florida de la planta se convierte en polvo para fumas (llamado Chira) o se extrae y amasa en forma de palillos que se comen (Hachís). En la misma zona, la parte superior florida de la planta se moja en manteca y agua, se mezcla con almendras y miel, y se come en forma de pastelillos. Los turcos le dan a la mezcla el nombre de “Madjun”, “Magoun” o “Esrar”. En el sur de África, el método preferido parece ser el de fumar “Djamba” o “Dagga”, una mezcla de hojas trituradas y de las partes superiores floridas de las plantas.

En Chile, el consumo es en forma de cigarrillos hechos con las hojas de la planta, a los que se les denomina “Pitos”. Algunas veces son mezclados con Pasta Base de Cocaína, recibiendo la denominación de “marciano”.

CLASE 09

6.4 Efectos y consecuencias físicas y sicológicas.

A pesar de la imagen de los setenta, que veía a la Marihuana como un producto orgánico natural, la planta Cannabis Sativa es una fábrica química sumamente compleja. La droga cruda de la marihuana, que es extraída de las hojas secas y las flores de la planta, contiene 426 químicos, los cuales se convierten en 2000 al ser fumados. Más de 70 de esos 426 químicos son llamados “Cannabinoides” y no se encuentran en ninguna otra planta.

Todos los cannabinoides investigados a la fecha son biológicamente “activos”, es decir cada uno alterará en alguna medida la función normal de un organismo viviente. Estas alteraciones no serán visibles ya que ocurren a nivel celular, pero han podido ser documentadas luego de concluir investigaciones de laboratorio. Uno de estos Cannabinoides es el Delta-9-Tetrahidrocanabinol (THC). Este es el activador psíquico o el cannabinoide que altera la mente y provoca el estado de intoxicación. Como THC se denominan muchos químicos de la clase Tetrahidrocanabinol contenidos en la marihuana.

Los THC son los químicos que han sido investigados al máximo puesto que son la mayor amenaza para el fumador de marihuana. La potencia de la marihuana es determinada por la cantidad de THC que contenga. Mientras más alta sea la cantidad, más fuerte será la intoxicación y lo dañino de ésta.

El estado que se obtiene con la marihuana o el Hachís depende de la dosis consumida, de cuál sea la situación anímica del consumidor y de las circunstancias en que éste se encuentre. Al hablar de los dos últimos aspectos se está haciendo referencia al estado de tristeza o alegría, ansiedad o intranquilidad, que se van a potenciar por la droga, y al lugar físico o ambiente en que se halle el consumidor. A través de los siglos la marihuana se prescribió como tratamiento para innumerables enfermedades: tétanos**,** gota, reumatismo, convulsiones, locura, bronquitis, dolor de cabeza, insomnio, parto, etc. Las tres indicaciones más importantes eran: tratamiento del asma, dolores menstruales y glaucoma o hipertensión ocular.

En el siglo pasado vendían en las farmacias muchos preparados a base de Cannabis. Actualmente se realizan investigaciones para su uso clínico científico. Los efectos orgánicos son más variados. Con frecuencia se usó como tranquilizante y ayuda para soportar los dolores. Suele traer un estado de bienestar, hilaridad, desinhibición y disminución del autocontrol. Comúnmente se cuenta entre sus propiedades el que aumenta la sociabilidad; en esto es semejante al alcohol. A dosis adecuadas causa alucinaciones, trae «visiones», percepción más intensa de los colores, sonidos y formas, presenta dificultad para valorar el transcurrir del tiempo, la respuesta a estímulos externos suele ser menor, además con frecuencia hay somnolencia, a veces surgen reacciones de ansiedad y pánico. En el campo intelectual, se dice que incrementa la imaginación y la percepción, pero baja la

concentración, la capacidad de atención disminuye, el rendimiento intelectual e incluso artístico suele ser menor, no permite realizar trabajos complicados.

La Marihuana cambia la química del cerebro. Puede afectar el pensamiento, la capacidad de aprendizaje y la memoria. También provoca el pánico, la ansiedad, regresiones y psicosis, dependiendo de la potencia de la droga y de la susceptibilidad del usuario. El uso durante largos períodos puede causar daño a los tejidos.

El humo produce todos los efectos dañinos del tabaco. Un 50% más de los químicos cancerosos, como el Benzopyreno y el Benzathraceno, son encontrados en el humo de la marihuana. Reduce la capacidad de los pulmones para defenderse contra infecciones. Otros efectos asociados son las bronquitis, faringitis y sinusitis. La marihuana causa más obstrucción que el humo del tabaco en las vías respiratorias mayores y en el tracto respiratorio superior.

Dentro de sus consecuencias se encuentra también el que Incrementa las palpitaciones del corazón en más de un 50%. Fumar la marihuana puede ser especialmente peligroso para las personas con problemas cardíacos.

También se ha demostrado que el consumo de Cannabis disminuye el nivel de Testosterona (la principal hormona masculina). Su uso prolongado puede causar deficiencias en el desarrollo de la pubertad en adolescentes; ocasionar una disminución en el número y la movilidad de los espermatozoides e incrementar anormalidades en ellos. Los cambios en las señales del cerebro pueden inducir ovulaciones deterioradas y disminución de la fertilidad en las mujeres. Los químicos pueden ser tóxicos para el feto en desarrollo. Estos niños presentan bajo peso al nacer. Las anormalidades en su desarrollo son cinco veces mayores que en el feto afectado por el alcohol. Los químicos de la marihuana son transmitidos por la madre al bebé a través de la leche, cuando es amamantado. Se incrementan las posibilidades de abortos, niños nacidos muertos o muertes postnatales.

Respecto a las consecuencias en las habilidades motoras se puede decir que afecta considerablemente los riesgos en todas aquellas actividades que para ser llevadas a cabo dependen de las habilidades de coordinación física y mental. Retrasa la respuesta de la persona a estímulos visuales y auditivos. También puede ser afectada la habilidad para ejecutar labores en secuencia y la percepción de la profundidad o distancia. Los usuarios tienden a caminar, hablar y sentarse de una manera peculiar o desacostumbrada. La marihuana reduce la habilidad motora necesaria para conducir sin peligro.

Realice ejercicios Nº 11 al 17

7. LSD (DIETILAMIDA DEL ACIDO LISERGICO)

Cuando comienza a madurar la espiga del centeno, se observa a veces un grano oscuro en forma de diminuto dedo que asoma y crece más que el resto de la espiga: es el cornezuelo del centeno. En la Alta Edad Media hubo envenenamientos masivos por el esta semilla. Quienes lo ingerían morían de gangrena y convulsiones. San Antonio era el santo encargado de liberar del «fuego sagrado» a los pobres pecadores castigados con aquel mal. Siglos más tarde se comenzó a emplear para mejorar las contracciones del parto.

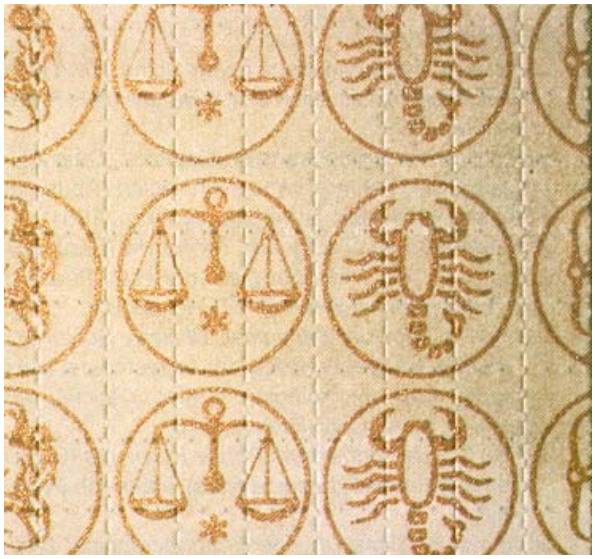
En 1938, Albert Hoffman, un investigador de laboratorio, trabajando con los componentes del cornezuelo obtuvo la Dietilamida del Acido Lisérgico (LSD: Lyserg Saure Diethylamid). Nadie se fijó en este producto que permaneció olvidado durante cinco años. Al cabo de ellos, Hoffman deseó trabajar la sustancia, sin tener idea de sus propiedades. Un 16 de abril de 1943, mientras experimentaba absorbió accidentalmente una pequeña cantidad de droga y comenzó a sentir los efectos del «viaje» (delirio, imágenes fantásticas, excitación, entre otros síntomas). Al día siguiente, intrigado, experimentó en sí mismo y tomó 250 microgramos (la cuarta parte de un miligramo). Lo que le sucedió fue asombroso y extraordinario, su experimentación dio a luz una nueva droga alucinógena. La más potente de todos los tiempos.

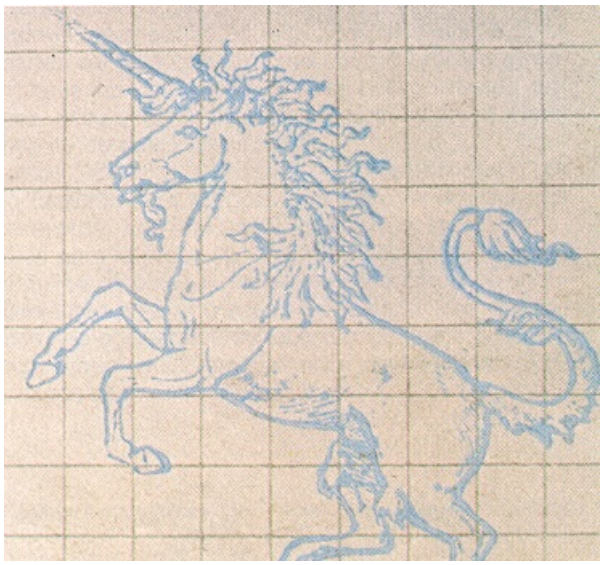
Lo que dio empuje y universalidad al LSD fue su utilización fuera de los ambientes médicos. Un hombre, Timothy Leary, permanecerá ligado a la difusión del LSD. Leary comenzó experimentando la droga en pequeños grupos científicos, artísticos o terapéuticos. Poco después fue retirado del cuerpo docente de Harvard y se dedicó a extender la nueva sustancia. Miles de jóvenes lo consumieron, primero en Harvard y luego en otras universidades, hasta que finalmente se expandió a todo tipo de ambientes. El ex-profesor de Harvard se hizo "apóstol de las drogas" (en realidad, de los alucinógenos, ya que repudiaba los opiáceos). La radio, televisión, escritores y amigos millonarios del científico extendieron el culto al «ácido». En 1965, viajó a India y se convirtió al hinduismo. Sus exhortaciones a los jóvenes para que abandonasen todo (la sociedad, el estudio, el dinero, el trabajo) y se dedicaran a su vida interior significó una revolución. Las autoridades y las gentes bien pensantes no podían admitirlo; le persiguieron y por fin lo encarcelaron con acusaciones nunca bien probadas y ridículas. Se escapó de la cárcel y vivió otras peripecias, pero esto ya no importaba. Hubo otros personajes que comenzaron a consumir también este alucinógeno principalmente artistas e integrantes de grupos de Rock.

El LSD se convirtió en una sustancia trascendental capaz de elevar al hombre hasta lo más alto. La droga hizo nacer la cultura psicodélica. “Psicodélico” es todo aquello que expande la mente, propiedad que debían compartir los alucinógenos. El ácido influyó sobre todo en la pintura, la música, la decoración, los vestidos. Todos eran colores, formas geométricas u onduladas, fluorescencias, caleidoscópicas. El fenómeno afectó a una buena parte de la población, pero en unos años todo se desvaneció. Actualmente, el LSD es muy poco utilizado, quienes prueban esta droga lo hacen por sentir la experiencia alucinante, pero generalmente no mantienen su vicio, o lo hacen mezclado con otras sustancias.

Se presenta impregnado en papeles absorbentes, comestibles, pastillas o cualquier sustancia capaz de absorber líquidos. Este alucinógeno es una sustancia inodora, incolora e insípida, y puede introducirse en el organismo por el simple hecho de poseer contacto con alguna zona del cuerpo capaz de producir el efecto de ósmosis, es decir el paso de líquidos a través de membranas porosas. Comúnmente el consumo se realiza a través de estampillas impregnadas con la sustancia, las cuales son colocadas bajo la lengua.

Figura Nº 6: Estampillas de LSD





CLASE 10

7.1 Efectos y consecuencias físicas y sicológicas

El LSD es la droga más poderosa conocida hasta ahora. Se consume en dosis de menos de un cuarto de miligramo. Los efectos psíquicos conocidos se deben a la estimulación del cerebro; sin embargo, la mayor parte de la sustancia se deposita en el hígado, y de la pequeña cantidad ingerida sólo una mínima parte llega al cerebro. La dosis letal, es decir, la que produce la muerte en el hombre, es más de 200 veces mayor que la eficaz para causar alucinaciones. Según dice un investigador de la temática de apellido Hoffman, no se conocen muertes como consecuencia directa de la droga. Cuando se toma, los efectos comienzan a los 30 minutos aproximadamente y duran entre 6 y 8 horas. Estos efectos parecen estar relacionados con la serotinina cerebral, de la que el LSD es un antagonista, pero se desconoce el mecanismo íntimo de su actuación.

Los efectos físicos son poco o nada importantes. A veces se produce temblor, taquicardia, sudoración, palidez, dilatación de las pupilas, etc.

Los efectos psicológicos más importantes son los relacionados con la percepción: se perciben más intensamente los sonidos (el pasar la página de un libro puede parecer un cañonazo), los colores (en una tela de un solo color, se ven numerosas tonalidades maravillosas y brillantes); las formas adquieren nueva organización, pueden cambiar constantemente, están dotadas de vida, respirando. Cualquier objeto puede salirse de su lugar y entablar una relación con el alucinado.

El estado de ánimo varía, el individuo puede pasar de la paz celestial a la ansiedad más terrible, suelen presentarse también la euforia y la alegría, aunque abundan principalmente las vivencias placenteras y beatíficas. El tiempo se distorsiona, lo que se traduce en que las horas pueden pasar con gran rapidez o eternizarse. En el caso del espacio, este tampoco tiene límites, un objeto situado a metros de distancia es posible sentirlo pegado a la persona; los brazos y las manos pueden ser capaces ilusoriamente de alcanzarlo todo. El Yo y el cuerpo pierden sus límites y su consistencia, la mano puede ser sentida o no como propia, el sujeto se despersonaliza. Lo real y lo imaginario se funden, las alucinaciones, la fantasía y lo existente fuera del sujeto llegan a confundirse, pasando a ser parte de una misma realidad que existe sólo en la mente del consumidor; lo recto quizá se vuelva ondulado; lo simple, complejo, etc.

7.2 Adicción y tolerancia

El LSD es una sustancia que no produce adicción, Después de un “viaje" hay que esperar un tiempo (hasta 2-3 días) para que sea posible otro de cierta intensidad, es como si el cerebro gastara su energía y necesitara recargarse de nuevo. (La causa de este fenómeno llamado tolerancia tiene que ver con la liberación de aminas cerebrales, pero es en gran parte desconocido). Se ha dicho que el LSD es un afrodisíaco, que estimula e incita a la

relación sexual. Como ya se ha mencionado, los efectos dependen del estado anímico del sujeto, por lo que igual puede favorecer una relación sexual como dificultarla. Se ha comentado también que esta droga podía inducir al suicidio en determinados individuos. Después de revisar miles de experiencias se ha llegado a la conclusión de que no hay relación suicidio-LSD, ya que esto podría deberse a que los consumidores de LSD que se han suicidado han sido sujetos, todos ellos jóvenes, que no alcanzaban la madurez suficiente para tratar con la droga, por lo que el factor que los llevó al desenlace fatal no serían los efectos de la droga en sí, sino que las condiciones específicas de su falta de desarrollo. En adultos pueden darse, sin embargo, ciertas reacciones de ansiedad, cuadros confusionales, reacciones de pánico o cuadros psicóticos. Todo esto tiene que ver más con el individuo que experimenta, que con la misma droga.

8. EXTASIS

El éxtasis es un derivado de una Metanfetamina sintetizado en 1910 por dos científicos de apellido Mannish y Jacobsen. De acuerdo a otros historiadores esta droga de síntesis fue producida recién en 1914 por laboratorios Merck en Alemania, como anorexígeno, aunque nunca se probó clínicamente para este posible uso. Actualmente, esta droga presenta dos usos que privilegian algunos de los efectos de la sustancia, el primero se trata de su uso como estimulante, en contextos grupales asociados a la música y el baile; el segundo se refiere a su efecto psicodélico suave, que funciona como inductor de experiencias emocionales, en contexto de intimidad.

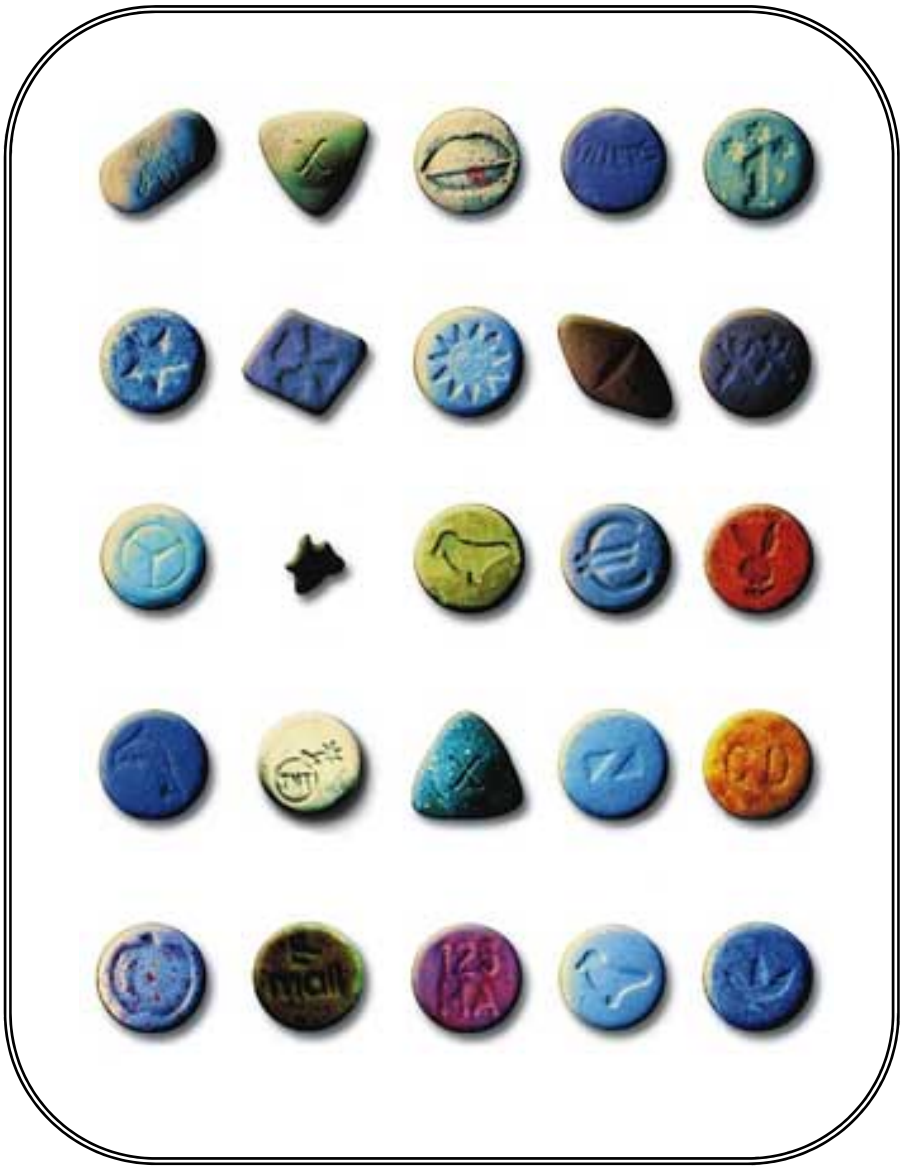
El éxtasis, como se acaba de exponer, es una droga de síntesis en cuya composición química se encuentran 3,4 miligramos de MetilenDioxiMetAnfetamina (MDMA), que es una droga que produce dependencia, tanto física como psíquica, la cual es capaz de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública. Se presenta en el mercado con diferentes nombres comerciales, tales como: MDMA, XTC, EVA, ADAN, entre otros. Se puede aspirar, fumar o inyectar, aunque principalmente se usa en tabletas por vía oral. En sus inicios cada tipo de éxtasis (composición y dosis) se encontraba representado por un comprimido que se identificaba por un tamaño, color y logo característico, algo que actualmente se ha perdido.

Sus efectos aparecen entre los 30 y los 45 minutos después de haber sido consumido, y se debe esperar hasta los 60 o 90 minutos para sentir sus efectos máximos, dichos efectos se prolongan durante 4 a 6 hrs. Esta droga produce tolerancia a los efectos placenteros, por lo tanto, se deberá usar más dosis o en forma más seguida para lograr alcanzar los efectos que se manifestaron al inicio del consumo, aunque se ha determinado que cuando se usa en forma ocasional, también denominado “dosis de recreación”, que corresponde sólo al consumo de fines de semana, no debiese producir dependencia física.

Los principales efectos del éxtasis son: a nivel físico provoca dilatación de las pupilas, los bronquios, y contrae los músculos. Respecto a los efectos psicológicos, se presentan alucinógenas suaves, aumenta percepción de los sentidos, lo cual se asocia a una

hipersensibilidad emocional. También provoca euforia, mayor energía, aumento en la sensación de cercanía y de la sensualidad de los sentidos.

Figura Nº 7: muestras de Éxtasis



8.1 Características del consumo

El consumo de éxtasis habitualmente se realiza asociado a estados recreacionales, es decir en forma experimental u ocasional, Rara vez de observa un consumo regular que origine abuso y/o dependencia. Internacionalmente se ha relacionado el consumo de éxtasis a fiestas multitudinarias, con música tecno o electrónica, denominadas “Raves”, en las cuales

se originaria una cultura asociada al consumo, destacando entre las indumentarias, accesorios y conductas el uso de chupete para recrear un ambiente lúdico y para tratar el trismus, que es la contracción sostenida e involuntaria de algún músculo, principalmente ligado la mandíbula; palos fluorescentes para estimular las alteraciones de la percepción; mascaras quirúrgicas con mentol, para despertar al bailar agotadoramente durante toda la noche; juguetes para motivar y representar lo lúdico del consumo, contacto físico, cariños y masajes, reflejando la cercanía afectiva que provoca la sustancia y para disminuir la contractura muscular, áreas de masaje, salas de enfriamiento y venta de agua para evitar complicaciones, entre otras. A pesar de estas asociaciones, se sabe que el éxtasis al igual que cualquier otra droga puede tener muchos contextos de uso, por lo cual todos los signos antes descritos no debieran significar una asociación peligrosa, en la cual se traslade responsabilidad a la música o al baile, comenzando de esta manera una persecución hacia las personas que frecuentan dichos eventos o portan algunos de los objetos descritos.

CLASE 11

8.2 Efectos Colaterales

El éxtasis es una sustancia a la que en el último tiempo se le han descrito muchos posibles efectos colaterales y/o daños por su uso, destacando los siguientes:

- Síndrome Serotoninérgico: este síndrome es una complicación compartida también por el uso de antidepresivos serotoninérgicos y se caracteriza por un aumento de la serotonina (es un neurotransmisor que funciona entregando información entre las neuronas). El aumento de la serotonina en el organismo presenta los siguientes síntomas:

- Estado Mental alterado: Confusión, agitación, hipomanía (presenta los mismo síntomas que la manía pero a niveles diminuidos).

- Alteración de la actividad muscular y del tono: descoordinación, temblores, rigidez.

- Inestabilidad en el Sistema Nervioso Autónomo: transpiración, taquicardia, Hipertensión o Hipotensión arterial.

- Hiperpirexia: que es el estado de fiebre cuando supera los 40 grados de temperatura corporal.

- Síndrome Diarréico: se considera cuando la persona ha presentado al menos tres evacuaciones blandas o líquidas en menos de 24 horas.

- Aumento de Temperatura: la Hiperpirexia puede traer las siguientes complicaciones:

- Convulsiones.

- Coagulación intravascular diseminada.
- Desintegración del tejido muscular.
- Deterioro función Renal.
- Deterioro de función Hepática.
- Muerte

- Edema Cerebral: bajos niveles de Sodio por ingesta excesiva de agua y secreción inapropiada de ADH (hormona antidiurética) pueden producir una serie de molestias, como:

- Dolor de cabeza.
- Nauseas.
- Vómitos.
- Debilidad
- Confusión
- Alucinaciones
- Disminución de nivel de conciencia y convulsiones.
- Puede llegar incluso a un desarrollar un edema cerebral y paro respiratorio, ocasionando la muerte.

- Neurotoxicidad: el uso regular de éxtasis puede afectar los segmentos del axón (sector de la neurona a través de la cuál viaja el impulso nervioso con la información) de neuronas serotoninérgicas, provocando alteraciones en las uniones y comunicaciones neuronales. La mayoría de estos estudios que se realizan en modelos animales, han demostrado ciertos deterioros del funcionamiento neuronal, aunque no un daño cerebral por muerte neuronal, con un consumo como el que habitualmente se realiza con el éxtasis. Sin lugar a dudas, el estudio de la neurotoxicidad que provoca el éxtasis todavía no ha sido desarrollado completamente, todavía queda mucho que investigar, por lo que no se puede entregar conclusiones terminantes respecto al tema.

Realice ejercicios Nº 18 al 24

CLASE 12

9. EL MDA

También denominada "Droga del amor" o “Eva”, esta droga fue utilizada por primera vez en 1930. Presenta propiedades similares a las anfetaminas, entre las que se cuentan el que su acción activa es inhibidora de la monoamino-oxidasa (MAO) que es la enzima que metaboliza la serotonina, al ser la serotonina un depresor, si inhibición provoca un aumento en la actividad. En 1962 dos científicos que estudiaban los efectos de el MDA, Coke y Feilows, advirtieron sobre los peligros de esta droga, ya que si bien por su estructura química constituía un anoréxico (supresor del apetito), los pacientes tratados con ella presentaban trastornos mentales superiores a los provocados por la mescalina: intensa midriasis (dilatación de la pupila), despersonalización, síntomas psiconeuróticos similares a los trances hipnóticos, percepción tridimensional de la música, etc. Con dosis de entre 60 y 120 mg. produce una sensación de distancia, modificaciones en el humor y discretos cambios en la percepción visual, que aparecen entre los 40 y 60 minutos luego de ingerir la dosis y duran unas 8 horas.

Entre las alucinaciones visuales predominan las de la gama azul-verde. Los adictos experimentan un irreprimible deseo de hablar, de relacionarse, pero no presentan ningún tipo de deseo sexual. Además manifiestan vértigo, náuseas y vómitos, abundante sudoración, taquicardia, temblores y descoordinación motora, además del fenómeno “flash back” que consiste en la reproducción por sorpresa de los fenómenos, sin que medie una nueva ingesta de droga, en un tiempo distinto al del momento del uso de ella.

10. SOLVENTES O DELIRANTES - INHALANTES

Quizás sea difícil darse cuenta, pero en cada hogar existen drogas, las cuales pertenecen al tipo más común de consumo. Los inhalantes son productos caseros comunes, entre los que se encuentran los solventes, aerosoles, anestésicos y una gran variedad de otros químicos líquidos, además de pegamentos como el neopren y elastosello. Los inhalantes son productos que se venden habitualmente y sin restricciones en la mayoría de las tiendas; debido a su facilidad para adquirirlos los consumidores, entre los que generalmente se encuentran los jóvenes y niños de bajos recursos, se ven motivados a obtenerlos y abusar de ellos.

10.1 Formas de administración o consumo

Son varios los tipos de químicos de los que se puede abusar inhalándolos, aunque todos presentan efectos bastante similares. Casi todos los inhalantes son depresivos, generan una disminución en la capacidad motriz, volviendo lentas las funciones del cuerpo.

Con pequeñas cantidades las personas se sienten un poco estimuladas o excitadas. Con cantidades mayores se intoxican, lo que las pone menos inhibidas y comienzan a perder el control; la intoxicación por inhalantes manifiesta efectos muy parecidos a los de embriagarse con bebidas alcohólicas. Cuando se desarrolla tolerancia a este tipo de droga, el usuario debe comenzar a aspirar con más frecuencia, situación que aumenta el impacto de los químicos.

Los síntomas iniciales de la intoxicación incluyen náuseas, estornudos, tos, sangrados nasales, sentirse y verse cansado, mal aliento, falta de coordinación y pérdida de apetito. Además el aspirar aerosoles y solventes baja el ritmo cardíaco, la capacidad respiratoria y la capacidad de juicio.

Aspirar vapores de químicos concentrados puede derivar en la inconciencia de una persona, causarle fallas al corazón e incluso provocarle la muerte. El aspirar inhalantes es una de las drogas que puede llevar más rápidamente a la muerte por sobredosis, ya que basta aspirarlos la primera vez para que genere la muerte. Es importante destacar que los inhalantes causan la muerte por sofocación, lo que se produce cuando el que llega a los pulmones es reemplazado por el vapor de los inhalantes. Otra forma en que causan la muerte es deprimiendo el sistema nervioso hasta cesar la respiración.

10.2 Efectos y consecuencias físicas

El uso prolongado de inhalantes causa pérdida de peso, fatiga, desequilibrio de electrolitos y fatiga muscular. Otras consecuencias del abuso reiterado son que puede causar daño permanente al sistema nervioso, al hígado, al cerebro, a los riñones, a la sangre y a la médula ósea.

Algunos de los síntomas y señales que se evidencian en un consumidor de inhalantes son:

- Estornudos
- Tos
- Dolores de cabeza
- Manchas en el cuerpo o la ropa
- Olor a químicos
- Ojos dilatados
- Torpeza y desorientación
- Puntos rojos al lado de boca y nariz
- Sangrado de nariz
- Náuseas
- Pérdida de peso y apetito
- Fatiga
- Ansiedad, excitabilidad
- Irritabilidad
- Pérdida de memoria a corto plazo

- Inestabilidad emocional
- Hablar confuso
- Torpeza en el andar
- Pérdida de coordinación
- Temblores

10.3 Inhalantes comunes utilizados en medicina

- AMIL/NITRATO: es un líquido claro, amarillento, vendido en un bulbo sellado, cubierto con tela. La ruptura del bulbo de amil/nitrato causa un sonido explosivo característico; de donde le viene el nombre de "tronador". El amil/nitrato tiene usos médicos, se utiliza en pacientes cardíacos, ya que dilata los vasos sanguíneos acelerando el ritmo del corazón lo que ayuda al médico a diagnosticar problemas en las vía coronarias.

- BUTIL / NITRATO: es otro tipo de químico, se vende bajo varios nombres, entre los más comunes se encuentran "rush" (golpe) o "locker room" (pieza cerrada). Baja la presión arterial, aumenta el ritmo del corazón y causa mareos y dolor de cabeza. La subida puede durar de algunos segundos hasta bastantes minutos. El Amil/Nitrato y Butil/Nitrato sólo son vendidos bajo prescripción médica.

- OXIDO NITROSO (gas de la risa): es un gas anestésico suave usado por dentistas para relajar a los pacientes. La industria láctea usa el óxido nitroso como mezcla y espumante, sirve además para detener el crecimiento de las bacterias lácticas, es muy conveniente de usar ya que no deja olor ni sabor en los alimentos. La industria de las competencias automovilísticas lo usa en algunos motores.

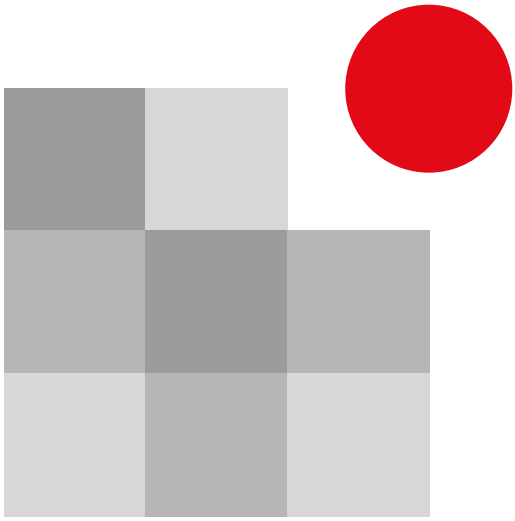
  Cuando el óxido nitroso es inhalado los efectos inmediatos son:

- Voz de un tono alto o aguda
- Desorientación
- Vista fija
- Alucinaciones pulsantes
- Alto nivel de tolerancia al dolor

  Los efectos fisiológicos duran cerca de un minuto, Tiempo durante el cual el óxido nitroso penetra las membranas grasosas del cuerpo. Su uso excesivo o prolongado daña la médula ósea y el sistema nervioso central. Su uso excesivo causa entumecimiento de la nariz, labios y cuerdas vocales.

Realice ejercicios Nº 25 al 30

RAMO: FUNDAMENTOS DE LA DROGODEPENDENCIA



IPLACEX
instituto profesional

UNIDAD III: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CONTROL DE DROGAS.

CLASE 1

1. PREVENCIÓN

En este apartado se verán las acciones y consideraciones que se deben tener presentes al momento de enfrentar esta problemática de salud, cuya dimensión es de carácter mundial. Es importante tener en cuenta que el consumo y adicción a las drogas traspasa de manera transversal a todas las formas de organización, sin distinguir sexo, edad, condición social, cultural, económica y religiosa, por lo tanto se puede decir que afecta a la sociedad en general. Considerando que la mejor forma de enfrentar los hechos que un flagelo puede ocasionar, es procurar que éstos no ocurran, la prevención adquiere un rol relevante al momento de organizar las políticas que regulan las temáticas relacionadas con las drogas.

En Chile, los distintos servicios que de alguna u otra forma se relacionan con la asistencia para superar el problema que genera la droga incorporan en sus estrategias de acción, métodos y formulas de prevención al consumo o tráfico de drogas, utilizando mecanismos que permitan educar, instruir, inculcar y sensibilizar a las personas sobre los efectos y alcances que el abuso del consumo de drogas les puede provocar.

La prevención para efectos de este curso será definida como: “el conjunto de acciones, mecanismos y medios, que serán destinados a lograr educar y sensibilizar a la población, permitiendo anticiparse a situaciones de diverso tipo, que puedan causar efectos negativos y daños tanto a nivel individual como social”. La idea de anticiparse, es prevenir situaciones que pueden causar daño a nivel personal y social, es una práctica recurrente cuando se desea abordar la solución de varios problemas. No obstante, su eventual sencillez y su familiaridad no son sinónimo de que su conceptualización sea simple.

La prevención y su conceptualización resultan tan complejas como el mismo fenómeno del consumo y abuso de drogas. Los programas de prevención, con el fin de lograr su objetivo, incluyen los más diversos tipos de acciones, metodologías, visiones y aproximaciones teóricas, las que van desde acciones aisladas, sin mayor organización, hasta complejos programas.

A fin de abordar adecuadamente el proceso de prevención, se han estructurado ámbitos y niveles, que se procederá a definir. Dichos ámbitos y niveles están orientados a satisfacer las necesidades específicas de cada individuo.

Los tipos de prevención, según su nivel de intervención y características específicas son:

- *Prevención Primaria*

Es aquella que se orienta a las personas que no presentan el problema del consumo, por lo que busca evitar el uso y retardar el inicio del primer contacto con la droga. Para ello

se ejecutan acciones que generen condiciones tendientes al desarrollo de habilidades personales y sociales, fomentando la toma de decisiones responsables y potenciando las competencias de resistencia ante la presión grupal negativa. Entre sus estrategias destacan la promoción de los factores de riesgo y de protección de carácter general.

Por ejemplo

El gobierno de Chile, por medio del CONACE, ha implementado diversos programas de prevención del consumo de drogas, entre los que cuentan:

- En busca del tesoro: estrategia orientada a los alumnos de educación preescolar.
- Marori y Tutibú: para alumnos de primero a cuarto básico.
- Quiero ser: programa orientado a alumnos de quinto a octavo básico.
- Yo decido: recursos para la prevención en alumnos de enseñanza media.
- Prevenir en familia: programa que refuerza los factores protectores y conductas saludables dentro del hogar.
- Otros: estrategias de prevención en el trabajo y a nivel comunitario.

- *Prevención Secundaria*

Es el conjunto de acciones destinadas a detectar el problema de consumo en su fase inicial, educando a quienes ya se han iniciado en éste, con el fin de impedir la evolución del hábito, disminuyendo su permanencia en la conducta de consumo y los efectos negativos que éste pueda provocar a su organismo. Es importante considerar que esta etapa es crucial para recuperar al afectado, considerando que aún no presentan un consumo abusivo o dependiente, por lo que no se ha generado un daño a su salud física y psicosocial, lo que facilita el cese de la conducta nociva.

- *Prevención Terciaria*

Es aquella que procura reducir las secuelas provocadas por el consumo y abuso de drogas, en ellas se atiende a quienes presentan problemas de abuso o dependencia, permitiendo reducir sus posibles daños. En este tipo de intervención se incluye la rehabilitación y reinserción social, con lo que se consigue la abstinencia y el control de los hábitos que favorecen el consumo, para propiciar condiciones que favorezcan la reinserción.

1.1. Carácter Multidisciplinario de la Prevención

Es importante destacar que la acción preventiva no se extingue en el individuo; no es solamente psicológica o médica, pues involucra todos los ámbitos, todos los elementos que pueden afectar el desarrollo saludable de la persona. Los investigadores, profesionales y técnicos que abordan el tema, indican que lo ideal es favorecer una aproximación interdisciplinaria al problema, considerando al ser humano como un individuo integral, cuyo comportamiento es resultado de una interacción de factores que le afectan. El fenómeno del consumo y adicción a las drogas, tiene como característica el que se trata de un problema que nace como fruto de la conducta humana, por lo tanto, un aporte importante al conocimiento y tratamiento de la problemática debe surgir de disciplinas como la psicología, la antropología y la sociología.

Se entenderá por tanto que la prevención debe integrar los aportes de diferentes especialidades. Ello supone abordarla desde una perspectiva global, integradora, multidisciplinaria e interdisciplinaria. Se deberá incluir entre las estrategias las vivencias, lo cotidiano de cada persona como ser social, sus intereses y motivaciones, atendiendo a las características específicas del entorno en que la persona se desenvuelve. En cuanto al quehacer de la actividad preventiva, se puede decir que necesariamente se trata de una acción que debe integrar y coordinar los aportes de diferentes instituciones y organismos; es decir, una acción intersectorial.

Un programa preventivo debe articularse tomando en cuenta el nivel o ámbito en el cual se va a desarrollar. Desde este punto de vista y de acuerdo al modelo utilizado para describir el fenómeno, se distinguirán los niveles o ámbitos en que se puede desarrollar la acción de prevención. Dichos niveles son: personal, familiar, escolar, laboral, comunitario y Social.

Los niveles siempre deben tomarse en cuenta al momento de planificar las actividades que se pretendan llevar a cabo, para dimensionar el impacto que se pretenda generar con éstas. Por lo tanto, es importante destacar que las propuestas de actividades deben ser asumidas de modo flexible, dejando abierta la posibilidad de que sean modificadas o adaptadas, respondiendo de esta manera a los requerimientos que plantea cada realidad específica, para lo cual la actividad planificada deberá incorporar elementos nuevos y distintos.

Los factores que se plantean en este tipo de estrategia hacen evidente la perspectiva que se propone para abordar el trabajo de prevención. Al respecto, se puede apreciar que un elemento central lo constituye la necesidad de actuar en cada nivel o ámbito, poniendo especial atención a aquellos factores y/o variables que constituyen las causas del fenómeno en ese nivel específico.

Ello implica, por lo tanto, el desarrollo de dos tipos de acciones de prevención: *prevención específica*, que actúa directamente sobre los factores que se relacionan tanto con la droga como con su consumo; y *prevención inespecífica*, probablemente más efectiva, que

incluye aquellas acciones destinadas a influir sobre los factores y a modificar aspectos que facilitan la conducta de consumo, pero que no la determinan.

Por ejemplo

Si se están abordando los factores individuales como estrategia de prevención, se considerarán de prevención específica todos aquellos que se relacionen con las actitudes, creencia y conocimiento respecto a las drogas; mientras que serán de prevención inespecífica aquellos que se refieran a la autoestima y las habilidades sociales.

La prevención, entendida como una acción permanente, tiende en definitiva, a una transformación radical, a un cambio en los estilos de vida, incorporando formas de hacer y de pensar, actitudes, valoraciones, significados, etc. al comportamiento cotidiano de la persona. Se orienta, en último término, a producir un cambio en la vida, a hacer más humano cada ámbito en el cual se desenvuelven las personas, a integrar de manera armónica al individuo a la sociedad, a favorecer su realización personal y a optimizar su estado de salud mental.

CLASE 2

1.2. Principios, Estrategias, Metodologías

A continuación se desarrollarán algunos elementos metodológicos y principios generales que se presentan como relevantes respecto a la activad de prevención. Es importante aclarar que de ninguna manera ésta pretende ser una sistematización exhaustiva del tema, al contrario, debe ser considerada una propuesta flexible y provisoria, susceptible de ser modificada y enriquecida con nuevos aportes, procurando así orientar la discusión hacia la determinación de los aspectos prácticos de la actividad preventiva, en especial la que se orienta a grupos locales y comunitarios.

Uno de los principios fundamentales de la prevención es intentar operar tempranamente sobre las causas, para esto se proponen campañas, entre las que se distinguen aquellas presentadas contra las enfermedades infecciosas, la medicina dental preventiva, la disminución en los índices abortivos, la prevención de los accidentes de tránsito, etc. Entonces, se trata, de un conjunto de acciones tendientes a anticiparse y a evitar la aparición o propagación de una determinada enfermedad o problemática social, y su desarrollo sobre cierta parte de la población. De allí, la importancia de la ampliación del conocimiento y estudio científico respecto al problema, lo que permitirá actuar en forma efectiva, teniendo como sustento este conocimiento, evitando el uso de esquemas simplistas de trabajo, que pueden llevar a que la estrategia fracase.

Al abordar la prevención en drogas, es importante considerar que éste es un fenómeno que se presenta como la manifestación y el resultado de la interacción entre múltiples factores. Al reflexionar sobre este problema se debe partir de la base que el problema no es la droga, ya que de no existir ésta, la acción de los factores que la sustentan se manifestaría de otras formas. Con esto se puede entender que el problema tiene causas y manifestaciones en distintos planos, por lo tanto, no se puede abordar el tratamiento de un adicto en forma aislada de la situación familiar o del entorno interpersonal, grupal o cultural, en el cual se desenvuelve.

Se puede desprender de esta idea que la tarea de la prevención es sumamente compleja, las modalidades de uso cambian de una sociedad a otra, además el abuso es un problema multidimencional, por lo que resulta imposible diseñar una estrategia de prevención que sea aplicable a todos los casos, pues existen tantas variables como pacientes o consumidores. Si bien entre los consumidores se presentan un factor que los vincula, que corresponde a su enfermedad, las motivaciones, causas y contextos son totalmente diferentes entre ellos.

Toda acción preventiva, por diminuta que parezca, debe sustentarse necesariamente en un programa de trabajo, para lo cual se deben realizar considerando objetivos concretos, claros y que, en lo posible, puedan ser medidos y evaluados. Se deben considerar las características del grupo sobre el cual se va a dirigir la estrategia, poniendo especial atención a la forma en que se presenta el problema y los factores que lo influyen en que éste se presente.

Como todo programa de trabajo, la acción emprendida se debe basar en una serie planificada de actividades; dicha planificación debe considerar aspectos como: los recursos humanos, recursos logísticos, económicos, materiales que deben movilizarse, el tiempo, lugar, etc.

Para un mejor aprovechamiento de los recursos, logrando así una mayor efectividad, la prevención debe apoyarse en acciones coordinadas, principalmente, a través de la creación de redes sociales de apoyo. Este proceso en el último tiempo ha tomado una importancia vital, pues se ha comprobado que para lograr una prevención efectiva el apoyo a la población debe ser constante y multidisciplinado. Son muchas las instituciones que han captado la profunda relevancia que tiene el trabajo en conjunto, sólo por citar algún ejemplo, se puede exponer el caso del trabajo realizado por el CONACE junto a la Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile.

Considerando que el fenómeno de las drogas y su prevención es una actividad compleja, ésta debiese tender a desarrollarse en forma permanente, más que como acción aislada, debe incorporarse como una acción regular de un grupo o comunidad. Se ha comprobado por experiencia que aquellas actividades que se sustentan en un contacto esporádico entre los especialistas o expertos y la comunidad, no son efectivas.

En la actividad preventiva, uno de los aspectos importantes a considerar es la entrega de información, por ende es común que distintos organismos ligados al tratamiento, rehabilitación y/o prevención del consumo de drogas, hagan públicas sus prestaciones, a través de entrega de trípticos, volantes u otros medios de publicidad, tales como la radio, la televisión, marchas públicas, exposición de material en plazas ciudadanas, etc.

Un error común en muchas iniciativas de prevención es considerar que el fenómeno del consumo de drogas es producto de la desinformación, especialmente en la juventud, respecto a las consecuencias negativas que genera el consumo de drogas, lo cual no es totalmente cierto. Aún cuando la mayor parte de la población manifiesta no tener un conocimiento preciso respecto al daño que provocan las drogas en el organismo, indican que tienen una noción de que ellas producen efectos negativos importantes.

Se debe reconocer que una información objetiva y bien orientada es muy importante, pero la prevención no debe basarse sólo en la difusión de información respecto a las drogas, sus características, sus efectos y modalidades de uso; al contrario, se ha demostrado que, frecuentemente, este tipo de información no hace más que despertar, especialmente a los jóvenes, la curiosidad y el deseo de experimentar. Por esta razón, se puede observar que muchas actividades preventivas bien intencionadas, especialmente aquellas que se desarrollaron como primeras experiencias, terminaron convirtiendo en clases que dieron a conocer a los sujetos la manera de usar adecuadamente distintos tipos de drogas.

Por este tipo de experiencias es que se ha llegado a la conclusión de que no es adecuado proponer como estrategia de prevención actividades tendientes a atemorizar a la población respecto al uso de drogas, actividades a las cuales se les adjudicó el nombre de campaña del terror", en las que se difundía solamente aquella información relacionada con los efectos negativos de éstas. Sin embargo, tampoco se debe pasar al otro extremo, que significaría perderse de vista la satisfacción de las necesidades de información que demanda la población objetivo de la acción preventiva. Se puede afirmar entonces que una buena estrategia es entregar la información sobre las características y efectos de las drogas, si fuese necesario, pero poniendo especial énfasis en aquellos aspectos que se relacionan con las causas y factores que inciden en el fenómeno de iniciar y mantener la conducta adictiva.

Otro aspecto que debe considerarse, especialmente en actividades preventivas en las que el monitor encargado de la campaña tiene contacto directo con los grupos específicos a los que va dirigida, es la necesidad de superar la metodología de la charlas expositivas las cuales no hacen más que reproducir un esquema escolar vertical de enseñanza, que no estimula la participación de la población, en las cuales se convierte a las personas en entes pasivos, a los cuales se les involucra en un proceso de enseñanza que les parece ajeno, lo que provoca la sensación de que se les estuviese imponiendo desde fuera. En relación a esto, existe una gran cantidad de técnicas que enfatizan una modalidad de aprendizaje vivencial, basada en una relación pedagógica más acogedora y democrática, en la que existe una participación efectiva y se emplea el juicio crítico, para que las personas y los grupos se conviertan en agentes activos de sus propios procesos de cambio.

Se ha observado que un programa de prevención, especialmente relacionado con la comunidad, tiene mayores posibilidades de ser efectivo si se apoya en la participación activa de los distintos agentes que la conforman, pretendiendo que sean estos mismos quienes gesten las actividades y organicen su desarrollo, para lograrlo será necesario considerar como punto fundamental la toma de conciencia. Se ha determinado que si las personas que participan de la comunidad se involucran en el conocimiento de los factores que contribuyen al nacimiento y desarrollo del fenómeno del consumo indebido de drogas y sus consecuencias, se tiende a que éstos generen los medios para la preservación y crecimiento en un ambiente saludable.

Es muy importante considerar las pautas culturales que predominan en cada grupo social antes de aplicar cualquier estrategia preventiva, esta recomendación es igualmente válida tanto para los planes que se aplique en las grandes sociedades como para comunidades pequeñas y grupos sociales simples. Sin embargo, no se debe desconocer que este elemento resulta problemático en sociedades más complejas, donde la determinación de la conducta individual está determinada por definiciones provenientes de grupos sociales diversos, los cuales frecuentemente establecen normas y expectativas de conducta contradictorias. Desde otra perspectiva, el individuo se ve sometido a diversas fuentes de influencia en función de los roles sociales que deba asumir.

En Chile, actualmente se realizan diversos programas de prevención a través de distintos servicios gubernamentales y privados, estos programas se han especializado en diferentes ámbitos, tecnificando sus mecanismos y estrategias de acción, con lo que han logrado ser más eficaces, garantizando una orientación precisa y clara de acuerdo a las necesidades que presenta en forma específica la sociedad a la que atiende. Algunas de las áreas a las que se ha orientado la prevención son:

- *Escolar y/o educacional*: se considera que es una de las áreas más importantes, ya que la educación es una actividad naturalmente preventiva, ya que se desarrolla por medio de la entrega de valores y actitudes que permiten a los niños y jóvenes desarrollarse en forma integral para responder ante la amenaza del consumo de drogas. La estrategia de prevención escolar tiene como objetivo el evitar que los niños y jóvenes de todo Chile se involucren en el consumo de sustancias adictivas, para ello desarrolla un proceso gradual, en forma sistemática y continua.

- *Prevención en el ámbito laboral*: las personas que trabajan, generalmente, se ven expuestos a presiones propias de la naturaleza de éstos. Muchas veces las drogas se presentan como una buena válvula de escape ante estas presiones, si a eso se suma que todo trabajador dispone de ingresos, el riesgo de consumo es mayor. En este ámbito, es importante también el preparar los ambientes laborales para que permitan la reincorporación de los adictos que lograron superar la enfermedad que los aquejaba. Por todo esto se han creado programas específicos que apuntan a evitar que los trabajadores de Chile, incurran en conductas adictivas.

- *Prevención familiar*: la familia es la célula fundamental de la sociedad, es en ella donde los niños reciben la primera formación, se forma la personalidad, se entregan valores y se desarrollan actitudes, creencias, estilos de vida y comportamientos que influirán directamente en el desarrollo de los miembros de la sociedad. Es por esto que intervenir otorgando directrices claras a quienes están a cargo de estas funciones, generalmente los padres, se vuelve fundamental para garantizar un futuro sustentable y libre del flagelo de la droga.

- *Prevención comunitaria*: superar el problema de la droga es una tarea muy compleja, ya que se ha comprobado que no depende de un factor en particular. La labor de prevenir el consumo debe ser asumida por toda la sociedad. Para los vecinos y los gobiernos locales (municipio, gobernación, servicios de salud, establecimientos educacionales, juntas de vecinos, entre otras), compartir esta responsabilidad supone adquirir habilidades y promover estrategias específicas para abordar el tema. Por lo tanto, se consideran vitales las organizaciones tanto sociales como vecinales y los aportes que ellas puedan otorgar. El orientar la prevención hacia el trabajo comunitario, garantiza gran parte del éxito de ésta, ya que las dirigen son quienes mejor conocen la realidad de su entorno y en quienes el resto de los vecinos más confían. El organizar a la comunidad y tener a los dirigentes de parte de las instituciones, no sólo asegurará recibir información de primera fuente, sino también el que los planes que surgieron a partir de dicha información serán aplicados en forma correcta.

- *Prevención en niños y jóvenes en situación de calle*: son programas que tienen por objetivo entregar asistencia para lograr que estos niños y jóvenes se reintegren al sistema educativo y a la sociedad en general, abandonando la irregular situación que les afecta. Para que este trabajo sea efectivo se debe coordinar el esfuerzo de varias instituciones, con el fin de que se entreguen las condiciones que hagan posible que vuelvan a estudiar, garantizar la alimentación, el techo, la comida, etc.

CLASE 3

2. TRATAMIENTO

Las materias que se abordarán tienen como finalidad establecer un conocimiento conceptual, común, respecto a las principales aristas del problema de las drogas y las eventuales formas de tratamiento terapéutico que hoy son reconocidas como las más eficientes y eficaces. Hoy en día se entiende que destinar y orientar la atención en éste aspecto, es generar una adecuada forma de enfrentar la problemática, cuando la prevención no logró otorgar los resultados esperados y se ha adoptado una conducta adictiva. Para que un tratamiento sea realmente efectivo es imprescindible aunar criterios y estrategias para garantizar que las decisiones se adopten en una misma línea, procurando una atención de calidad que proporciones resultados duraderos.

Las formas de tratamiento deben ser flexibles y dinámicas, pudiendo adaptar sus estrategias de acuerdo al contexto en que se deban aplicar, ya que se debe tener en cuenta que este flagelo afecta en forma transversal a todos los integrantes de la sociedad. De acuerdo con lo anteriormente expuesto es importante considerar lo siguiente:

- Los afectados drogodependientes, requieren diversas necesidades de tratamiento, dichos tratamientos deberán considerar los aspectos personales, sociales y económicos del paciente.

- Los problemas de abuso en el consumo de drogas, eventualmente se pueden abordar y tratar de buena forma, si los afectados cuentan con la posibilidad de concurrir a los servicios destinados al tratamiento y rehabilitación. Dichos servicios deberán contar con las prestaciones básicas y garantizar la satisfacción de las necesidades de calidad, las que deben responder a estándares que consideren el entorno, intensidad, métodos y duración del programa.

- El recurso económico es fundamental para el tratamiento y rehabilitación, debiéndose destinar el apoyo financiero a los servicios o instituciones que demuestren ser realmente eficaces.

- Se debe considerar que ningún tratamiento es absolutamente eficaz por sí mismo, pues el usuario puede requerir otras formas y clases de tratamiento. Además, siempre la eficacia siempre dependerá de la voluntad del paciente y el entorno que le rodea.

- Las personas deben acceder o ser derivadas a las formas y métodos de tratamiento que más les acomode, para ello los servicios deben considerar aspectos concretos, surgidos de una evaluación previa, como sexo, edad, salud y comportamiento de riesgo.

- Para que las dinámicas de tratamiento sean efectivas, se deberá procurar que exista una adecuada coordinación entre los servicios otorgados por el gobierno, por medio de los programas de salud y aquellos propuestos por instituciones privadas.

- Los servicios de tratamiento y rehabilitación, han de orientar sus esfuerzos a reducir la negativa visión ciudadana o la baja autoestima de las personas relacionadas al consumo de drogas, favoreciendo y apoyando su inserción social.

2.1. Tratamiento como Concepto

Son diversas las definiciones que se otorgan al concepto de tratamiento en el área de la drogodependencia, pero básicamente todas apuntan a describirlo como una serie de intervenciones, metódicas, sistemáticas y estructuradas, destinadas a abordar los problemas de salud originados por el consumo, abuso y/o dependencia a las drogas, procurando con dichas acciones estimular en el adicto su normal desarrollo personal y una adecuada inserción social.

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, señala que por tratamiento de la drogodependencia se entiende como:

> *Proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, continua a través de una sucesión de intervenciones concretas y finaliza cuando alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.*

En síntesis, el tratamiento pretende disminuir el abuso de sustancias nocivas, así como también reducir los resultados negativos de la droga sobre la persona, tanto en su ámbito social, como en el personal y familiar.

El método de las intervenciones es flexible, ya que depende de factores tales como la tendencia religiosa, política, cultural, económica, entre otros. También es flexible en sus prácticas, pudiendo adoptar la forma de intervenciones terapéuticas, servicios médicos psicosociales, prácticas curativas tradicionales y otros servicios de rehabilitación.

El tratamiento junto con procurar alcanzar la desvinculación del consumo, pretende además potenciar al usuario, garantizando su armonioso desarrollo personal, como también la aceptación y valorización social.

Resulta evidente que el asociarse y unir fuerzas entre los terapeutas permite abordar de mejor manera la problemática planteada por la adicción, por ello la constitución de equipos de trabajo multidisciplinados, junto a la participación activa de la familia y el entorno del adicto, contribuyen a garantizar mejores alcances o alternativas de tratamiento para aquellos que las requieren.

Los tratamientos, se perfilan en varios segmentos, en los cuales se considera a la persona, a su familia, su entorno vecinal y social. Es importante aclarar que el tratamiento se aplica primero a la persona para continuar hasta alcanzar a su entorno más distante. Para asegurar el éxito de un tratamiento es importante poner atención a aspectos básicos, entre los que se encuentran el fomentar el apoyo, la articulación y participación de personas, familias, comunidades y entidades proveedoras de servicios, las que deben proponer estrategias y entornos adecuados.

El tratamiento debe fundamentarse en aspectos o enfoques teóricos que orienten las decisiones que se tomen durante su aplicación. El enfoque más utilizado en la actualidad es el biosicosocial, ya que en este enfoque se considera el aporte que otorgan diversos profesionales, los cuales generan propuestas de tratamiento desde su área de conocimiento, con lo que se reconoce la importancia de abordar la adicción en forma multidisciplinaria. Algunas de las características de dicho enfoque son:

- Aspecto biológico: se relaciona con la intervención que realiza el equipo de facultativos médicos desde una visión sanitaria. Para llevar adelante su labor en el tratamiento de un drogodependiente ejecuta y desarrolla procedimientos, métodos y técnicas, tales como terapias biológicas, suministro de fármacos, tratamiento de patologías. El tratamiento biológico pretende influir sobre los hábitos, la salud e higiene del paciente, como una manera de responder a las deficiencias que generaron y sostuvieron la adicción. Otra forma de intervenir desde el aspecto biológico es por medio de la desintoxicación.

- Aspecto Psicológico: la responsabilidad de este tipo de intervención recae en el Psiquiatra o en el Psicólogo, así como también en profesionales con conocimiento psicoterapéuticos. La metodología empleada en este tipo de intervenciones consiste en técnicas y procedimientos orientados a intervenir en la psiquis y los pensamientos de los adictos, procurar la rehabilitación y el desarrollo de conductas y esquemas de percepción saludable, tanto de sí mismos como del entorno que los rodea.

- Aspecto Social: es aquella intervención que recae el los profesionales sociales, entre los que se encuentran los educadores, terapeutas, orientadores, entre otros relacionados al área. Las acciones en este ámbito se realizan con el asesoramiento de profesionales con dominio y conocimiento en la materia, quienes deben utilizar las técnicas apropiadas que procuren la reinserción en los ámbitos sociales, laborales, educacionales y familiares. De esta forma, se pretende lograr un cambió de conducta, interviniendo en las actitudes del afectado y su entorno, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y lograr una vinculación con redes de apoyo social que lo ayuden a sentirse acogido, reduciendo las posibilidades de reincidir en la conducta adictiva.

Para abordar correctamente una estrategia de tratamiento, procurando que ésta sea eficaz, se debe atender a las siguientes consideraciones:

- Se debe garantizar la participación responsable de los organismos involucrados en las disciplinas relacionadas con la salud y la rehabilitación, como también de las entidades de gobierno que regulan los programas que abordan el tema.

- El compromiso y participación voluntaria del dependiente.

- La intervención informada y asistida de las personas que conforman el ambiente cercano del paciente.

- Se debe realizar una revisión periódica de los estudios y análisis contemporáneos de la situación, elaborados por entidades competentes, para utilizarlos de base al momento de proyectar la planificación que aborde el tratamiento.

- Procurar contar con los recursos que permitan satisfacer las necesidades que surjan del tratamiento.

- Se debe evaluar el tratamiento con la finalidad de comprobar científica y técnicamente tanto la factibilidad como la eficacia de éste.

- La implementación del programa se debe realizar en forma gradual y progresiva.

- Se debe promover la colaboración, integración y coordinación de todos lo agentes involucrados en el tratamiento de rehabilitación.

- En el caso que corresponda, el paciente deberá participar activamente al interior de la comunidad de rehabilitación.

- Se debe garantizar que todos los pacientes tengan las mismas oportunidades en relación al acceso y disponibilidad de las prestaciones.

- Controlar periódicamente el desarrollo y la ejecución del programa.

Es importante considerar los estudios de institutos internacionales ligados a la problemática, los cuales han señalado que para un correcto tratamiento y rehabilitación, se deben tener en cuenta los siguientes principios orientadores:

- No existe un único tratamiento, ya que las características de la persona y el contexto hacen que sea imposible plantear un modelo estándar.

- Los servicios y tratamientos de rehabilitación deben estar disponibles y ser de fácil acceso, para que la población que requiera de ellos pueda hacer uso de su asistencia.

- Se debe considerar que un tratamiento eficaz, es aquel que satisface todas las necesidades del individuo y no se limita únicamente a que abandone las drogas. La persona debe ser considerada como un conjunto de factores específicos, por lo cual la respuesta a su problema debe ser integral.

- Las prestaciones deben ser evaluadas constantemente, pues deben responder a las distintas modificaciones de las personas o su entorno.

- Debe existir apoyo individual y grupal, sumado a la utilización de técnicas conductuales, ya que la presencia de estos aspectos son de vital importancia para un adecuado tratamiento de rehabilitación.

- El uso de medicamentos es necesario, pero no exclusivo. El tratamiento farmacológico se debe combinar con psicoterapia.

- La desintoxicación se da sólo en la etapa inicial de un tratamiento de dependencia de sustancias ilícitas, pero si no se acompaña de otras estrategias no es efectiva como tratamiento por sí sola.

- El tratamiento puede ser más efectivo en casos de ingreso voluntario, que cuando se fuerza al paciente para recibirlo.

- El adicto que se somete a tratamiento debe advertir al equipo tratante, cuando sea el caso, que es portador de enfermedades infecciosas (como SIDA o tuberculosis) con el fin de reducir el riesgo de contagio en otros individuos.

- Los procesos de rehabilitación deben considerar las recaídas que pueden presentarse como parte del síndromes de abstinencia, por ello se debe fomentar la integración del paciente a grupos de apoyo que lo acompañen y asistan en la tarea de mantener su cuerpo libre de drogas.

Luego de esquematizar los requerimientos para un tratamiento eficiente, los cuales deben ser considerados por los programas de intervención terapéutica para tratar a aquellas personas con un real problema de consumo y abuso de drogas, es importante recordar que éste se debe proponer teniendo en cuanta una visión amplia, que permita incorporar todas las dimensiones y alcances de la problemática, tanto en el entendimiento del fenómeno como en la estructura del diseño de intervención, para lo cual se reconocen las siguientes características:

- Se deben considerar los aspectos propios de la sustancia ilícita, tales como sus propiedades químicas, dosis, frecuencia del consumo y las múltiples formas de administración. De igual forma se debe atender a las características del individuo, entre las que se pueden nombrar la edad edad, el sexo, su historia personal, rasgos de la personalidad, herencia e influencia del entorno, para finalmente poner énfasis en los aspectos de su entorno, tales como el ambiente social, educacional, familiar, laboral, etc.

- Siempre será importante evaluar las diferencias personales en forma constante durante el tratamiento, las cuales se sustentan en distintos aspectos de cada sujeto de acuerdo a un momento determinado, pues se producen cambios de conducta temporales, los que pueden estar influidos por situaciones internas o externas al individuo.

- El dinamismo del consumo de drogas, donde se debe analizar la condición desde un plano personal a uno familiar y social.

Es muy importante considerar a cada individuo como una realidad específica ya que cuando la intervención reúne e integra todos los ámbitos de desarrollo del sujeto, se facilita el entendimiento y búsqueda de los factores que de algún modo influyeron en la postura trasgresora que manifiesta la persona al desarrollar una adicción.

El objeto de la intervención terapéutica enfocada a partir del modelo biopsicosocial, corresponde simplemente a la intención de analizar y actuar sobre todos los aspectos que conforman el ser del individuo, permitiendo con esto mejorar su calidad de vida en relación a la situación que provoca el problema producto del consumo y abuso de drogas. Como resultado de la intervención psicopedagógica se debiese obtener la posibilidad de reinsertar

socialmente a la persona que recibió el tratamiento, lo cual incluye el ámbito laboral, educacional y ciudadano, a partir de la generación de condiciones que favorezcan su normal desarrollo de vida, para ello se debe dar importancia a todos los componentes asociados a la situación de consumo y adicción, entre los que es posible identificar: la droga, el sujeto y el contexto; sin olvidar que la intervención o el proceso terapéutico debe obedecer a las necesidades de cada individuo.

CLASE 4

2.2. Modelos de Tratamiento

Conforme a lo anterior se ampliarán los antecedentes respecto a los métodos de tratamiento:

- Servicios de Acceso Directo: son aquellas prestaciones que no cuentan con un tratamiento formal, pues se desarrollan a partir de mediadores que intervienen en un primer contacto entre las personas que manifiestan el problema de adicción a las drogas y quienes se preocupan de dicho problema (entre quienes se encuentran los padres, madres, hermanos, cónyuges, amigos, etc.).

  A estos servicios en el último tiempo se le han denominado intervenciones o programas de calle, lo cual evidencia que están gestándose en el centro de la comunidad. Generalmente los servicios que se dedican a este tipo de tratamiento se encuentran a cargo y administrados por organismos no gubernamentales (que no pertenecen a las políticas del estado). Sus integrantes, muchas veces, son individuos que han padecido y sobrepuesto al problema de la adicción, por lo que se les conoce bajo el nombre de "Pares". Las acciones de los servicios de acceso directo incluyen a lo menos las siguientes características:

- Se encuentra presente el principio de inmediatez, a objeto de lograr que los solicitantes tengan tanto información como orientación directa y oportuna, sin la necesidad de horas o consultas con especialistas.

- Cuentan con acciones de acercamiento e instrucción a la comunidad, traducidos en actividades de prevención.

- Entregan prestaciones de asesoramiento general, con una concertación previa.

- Ponen a disposición líneas telefónicas de ayuda, lo ideal es que sean de comunicación gratuita, éstas deben garantizar la entrega de orientación bajo reserva y anonimato.

- Entregan Información para la derivar los casos a las instituciones especializadas y emprenden acciones que tienden a la asistencia para la superación de la adicción.

- Son representadas en forma de agrupaciones de autoayuda y de apoyo a la familia.

- Continúan el asesoramiento aún después de que el adicto ha finalizado el tratamiento, desarrollando un apoyo que recibe el nombre de prestaciones postratamiento y apoyo a la comunidad en general.

- Tratamientos Estructurados: corresponde a aquella modalidad de tratamiento que se sustenta en una valorización diagnóstica de la problemática, junto a la confección de estrategias de atención objetivas, pre-establecidas según los requerimientos de los individuos y su contexto, con una estructura y duración determinada.

  Estos programas se diferencian conforme a su intensidad de contención y su formación estructural. Desde ahí que se puedan encontrar los de tipo residencial y ambulatorio, diferenciándose en su grado de contención. El criterio indica que se debe considerar que para un problema complejo, se requiere generalmente una mayor estructura. Por ende, los casos que requieren de mayor contención se sustentan en programas terapéuticos residenciales, los cuales centran su dinámica en una estructura muy definida y un intenso calendario que incluye sesiones educativas, terapéuticas, de formación personal y grupal, las cuales se orientan a alcanzar la rehabilitación.

A continuación se detallan las distintas formas de intervención estructurada, de acuerdo a las diversas etapas por las que pasa el proceso de tratamiento de la adicción:

- *Intervención en etapa de crisis*: está representada por una intoxicación aguda que es un estado transitorio, post consumo de sustancias psicoactivas, que produce una alteración en el estado de conciencia, cognitivo, afectivo y conductual, como también en las distintas respuestas psicofisiológicas. La gravedad de la intoxicación, dependerá de la o las dosis suministradas, como también de la calidad de la sustancia, y la reacción del huésped, es decir en el individuo, pues no todas las personas reaccionan de la misma forma a una determinada cantidad y calidad de droga, incluso en ocasiones se presentan reacciones desproporcionadas.

  No se debe olvidar que la intensidad de la intoxicación va disminuyendo al pasar el tiempo y la recuperación es completa. Además, al existir un cuadro de intoxicación compleja o aguda, ésta debe ser atendida por los servicios de urgencias y contar necesariamente con la supervisión de un médico, quien debe estar capacitado y entrenado, al igual que los demás facultativos y profesionales que realizan la prestación, para responder a las demandas que genera el trabajo con pacientes adictos.

- *Etapa de estabilización en una intoxicación*: es la etapa inicial del tratamiento. En este contexto hay que señalar que la desintoxicación se realiza en una clínica u Hospital, en el caso de los programas de tratamiento de residencia, éste proceso o tratamiento de desintoxicación, es suministrado bajo la supervisión de un médico en el hogar del paciente.

Las personas que presentan problemas con ciertas drogas, seguramente presentarán y sufrirán complicaciones evidenciando el síndrome de abstinencia, por lo que requerirán de un proceso de privación o desintoxicación bajo el control médico. Cabe destacar que el síndrome de abstinencia, se inicia al suspender el consumo de la droga, además los síntomas y la intensidad de éstos dependerán de las características específicas de la droga que se consuma.

Los síntomas comunes y más frecuentes que manifiesta el paciente en esta etapa son la necesidad de adquirir y consumir la droga, excesiva inquietud, ansiedad, irritabilidad, insomnio, desconcentración. El síndrome de abstinencia para los consumidores de cocaína y anfetaminas, requieren de la supervisión de un médico, pues en muchos casos se debe suministrar medicamentos, los que permiten tolerar mejor esta angustiosa etapa y así prevenir algunas complicaciones mayores, entre ellas los trastornos del sueño, aceleraciones psicomotoras, cuadros sicóticos, entre otros.

La finalidad de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia del individuo en la forma más adecuada, cómoda, segura y prolongada. Hay que tener en cuenta que la desintoxicación por sí sola no constituye un tratamiento de rehabilitación y no basta para que los individuos alcancen una abstinencia que se prolongue en el tiempo.

- *La desintoxicación bajo un régimen ambulatorio*: corresponde a todos los servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio, en los cuales los pacientes permanecen dentro de la comunidad de rehabilitación. Son indicados cuando los individuos afectados por la adicción a las drogas, logran abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad o entorno seguro. Este tipo de tratamiento se puede iniciar al interior del propio centro donde se ejecuta el programa o puede realizarse en el domicilio del paciente, conforme a las características del programa al cual está siendo sometido. Se debe considerar en este tipo de tratamientos, un período de estabilización, tiempo en el cual, se le suministran fármacos y/o medicamentos de apoyo. Luego de esta tapa, se reduce gradualmente la dosis de medicamento, también se puede influenciar a la persona para que acepte el asesoramiento de profesionales, tratamiento médico, asistencia de los familiares y otros servicios de apoyo.

  Es conveniente destacar que conforme a la realidad de Chile, es posible que un alto porcentaje de los casos se beneficien de procesos de desintoxicación ambulatorios.

- *Desintoxicación en breve plazo bajo un régimen de internación o residencial*: corresponden a un mecanismo utilizado para el tratamiento de la intoxicación severa, junto al síndrome de abstinencia y sus complicaciones. Las personas que la padecen y que no pueden abstenerse al consumo en la comunidad, requieren ser supervisados y controlados por especialistas. Para lo cual, los objetivos de esta etapa, son acoger, evaluar, diagnosticar cual es la situación del consumo, alteraciones psiquiátricas y físicas, estados emocionales. Además se deben aplicar estrategias sustentadas en la motivación para fomentar y aumentar la existente, permitiendo mantener y continuar el tratamiento y/o la derivación asistida a otro lugar de la red asistencial. Este internamiento

breve, es aprovechado para dar inicio a un proceso de tratamiento aún más largo y de mejor alcance.

La sintomatología aguda del paciente puede ser tratada con rapidez y en forma eficaz, lo que permite que pronto éste recupere su estado conciente y pueda ser evaluado sobre otros aspectos tales como su motivación, estado anímico, procesos y niveles de cambios por lo que atraviesa.

En algunos casos, la intoxicación aguda producto de que el paciente sea internado, actúa como elemento instigador, favoreciendo en algún porcentaje la motivación al cambio, esto será avalado, si el terapeuta aplica estrategias motivadoras que generen las condiciones para que el paciente mantenga el tratamiento. Dependiendo de la evaluación básica, se puede adoptar el tratamiento ambulatorio, el cual debe incluir un acuerdo o contrato terapéutico que asegure el sometimiento del paciente, estipulando además que si el tratamiento no funciona, el paciente consentirá otra modalidad terapéutica de carácter más intensivo.

El reto del establecimiento asistencial, es lograr una adecuada relación entre el paciente y el terapeuta, por cuanto esto permitirá que el paciente adopte el tratamiento en las mejores condiciones posibles. No se debe desconocer que la rigurosidad del terapeuta para establecer normas rígidas o modalidades de tratamiento intensivo (como internar al paciente), representará uno de los factores que determinen la aceptación o el abandono del tratamiento por parte del paciente.

En un número importante de estos programas, se pasa de la etapa de desintoxicación a otra etapa más breve de prevención estructurada de recaídas, que cuenta con asesoramiento y educación para lograr derivar al individuo a otro servicio. Cabe destacar que algunas de las personas tratadas con frecuencia presentan otros problemas tanto físicos como psicológicos, por lo que los programas de internación de corto plazo pueden generar la oportunidad para descubrir o tratar esos problemas.

CLASE 5

3. REHABILITACIÓN

Conforme a la orientación del curso, se entenderá por rehabilitación el conjunto de mecanismos y métodos al servicio de los individuos que se encuentran afectos al consumo y abuso de drogas, cuya finalidad es contar con las herramientas que favorezcan o faciliten el cambio de su conducta y comportamiento, tanto físico como psíquico, permitiendo minimizar y detener su deseo incontrolable de consumir sustancias ilícitas. La rehabilitación incorpora intervenciones psicosociales y sanitarias, que pueden incluir la farmacoterapia. Existen diversos tipos de rehabilitación, las cuales se aplican de acuerdo a las necesidades y características específicas de cada paciente, a continuación se procederá a detallar algunos de los tipos que adopta esta estrategia de asistencia al adicto.

3.1. Rehabilitación en Intervenciones Comunitarias y Ambulatorias

Corresponde a programas que permiten un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar de acuerdo a los requerimientos que plantea la situación específica de cada participante, en el cual se debe adaptar la forma o método de gestión de casos. El método estará basado en la determinación inicial y continua producto de una evaluación diagnóstica, que será realizada por una persona especializada, quien deberá distinguir los problemas, recursos, apoyos sociales y factores de tensión existente. Con ese análisis, se puede establecer un conjunto de metas que el afectado debe alcanzar, las cuales pueden ser medibles y cuantificables en un tiempo determinado, tras verificaciones y exámenes durante el curso del tratamiento. La gestión de casos abarca también funciones de enlace y derivaciones a otros servicios auxiliares de apoyo que requiere el paciente, así como también a otros programas especializados. Es importante destacar que en este tipo de intervenciones no se contempla el internar a los pacientes, sino que éstos sólo deben asistir a reuniones en una frecuencia preestablecida.

Por ejemplo

Una experiencia donde se trabaja con este tipo de intervención es la que se realiza en el programa de Alcohólicos Anónimos, en donde las personas se reúnen en comunidades terapéuticas para compartir sus experiencias y asistir a aquellos que manifiestan un problema con el consumo de bebidas alcohólicas. La experiencia se complementa con apoyo psicológico, orientación, asistencia espiritual, etc.

En algunos países los profesionales y/o consejeros utilizan técnicas cognitivas conductuales y motivacionales, referidas a métodos, que permiten cambios en los comportamientos de los pacientes. En estas técnicas el ser humano no se visualiza sólo como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, permitiendo así la enseñanza a través de la recepción y almacenamiento de información. Las técnicas cognitivas pretenden desarrollar en los pacientes, mecanismos de defensa procurando fortalecer su autoestima y posición vivencial, logrando enfrentar y solucionar sus problemáticas a través de un tratamiento de intervención breve (de una a tres sesiones) y un programa estructurado de varios meses de duración.

En Chile, al igual que en otros países, hay programas ambulatorios estructurados, con prestaciones terapéuticas individuales, grupales y familiares. Estos programas se aplican con intervenciones que van de las menos frecuentes (dos sesiones por semanas) a intervenciones más complejas e intensivas las que pueden inclusive llegar efectuarse todos los días de la semana.

Realice ejercicios Nº 1 al 11

Estas intervenciones tienen como finalidad u objetivo principal el que los individuos reconozcan su conducta con respecto al consumo de sustancias ilícitas, pretendiendo así minimizar la conducta adictiva que genera consecuencias nefastas para el paciente.

En forma paralela se efectúan intervenciones individuales cuyo objetivo es la educación relacionada con el VIH, las relaciones interpersonales, aspectos de formación profesional, temas de reinserción laboral, entre otros.

Tanto los establecimientos privados como los públicos, deben contar con sistemas de tratamiento y rehabilitación debidamente estructurados y claros, con objetivos, metas, planes predeterminados y exámenes constantes, diferenciándose de las instituciones que prestan servicios de orientación, quienes ofrecen un apoyo no programado, aunque inmediato, que incluye además el asesoramiento en el contexto que se desarrolla el individuo.

3.2. Rehabilitación Residencial

Como primer elemento se debe indicar que en Chile, existen programas de corto y largo plazo, los primeros incluyen un plan de desintoxicación en su primera fase y oscilan entre los 30 y los 90 días. Mientras que los programas de largo plazo, duran entre 6 meses y un año.

Los programas de rehabilitación residencial, tienen características comunes, entre las que destaca la vida comunitaria con otros individuos dependientes en recuperación, el tratamiento de los casos en forma individual y grupal para prevenir recaídas, el desarrollo de habilidades sociales para el enfrentamiento de la vida diaria, el asesoramiento y formación en experiencia laboral, el apoyo en la reinserción y en el tratamiento posterior o seguimiento.

Esta forma de rehabilitación usa una metodología igualitaria a la de los grupos de ayuda mutua, quienes disponen de hogares intermedios o de transición, y que corresponden a espacios de uso colectivo semi-independientes, que por lo general se instalan fisicamente cerca del especio en donde se realiza la rehabilitación residencial principal; teniendo éstos como objetivo principal ofrecer a los residentes una posibilidad de preparación que les permita regresar a la comunidad. Es importante indicar que en Chile la presencia de éste tipo de dispositivos intermedios, tales como los hogares de transición, son muy escasos y constituyen un desafío que actualmente se está enfrentando para solucionar el problema en forma futura.

3.3. Rehabilitación con Apoyo Farmacológico

Otra de las formas de tratamiento y rehabilitación, tanto de tipo ambulatoria como residencial de los individuos que presentan un consumo problemático de drogas, está constituido por el tratamiento farmacológico. En los últimos diez años se han realizado numerosos esfuerzos, cuya finalidad es obtener drogas antagonistas, las que actúan como

inhibidoras o eliminar la dependencia física y psíquica de la sustancia ilícita abusada; en definitiva estos medicamentos tienen como objetivo principal solucionar y mitigar el problema de la adicción. Se debe indicar que los resultados en la materia han sido deficientes, ante lo cual los estudios se han orientado a la búsqueda de fármacos que permitan bloquear el efecto placentero que produce el consumo de drogas.

3.4. Objetivos del Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social

Tras comentar los aspectos más importantes del tratamiento y rehabilitación, se entiende que el tratamiento en drogodependencia tiene como principal objetivo permitir la recuperación del afectado tanto a nivel personal como social, posibilitando revertir su conducta adictiva, con lo que desarrollará condiciones que lo mantendrán en una situación de vida incompatible con el abuso de drogas. Para lograrlo, se debe atravesar por tres etapas, las que comienzan cuando el paciente toma contacto con el dispositivo que entrega el servicio y termina cuando el individuo se encuentra en condiciones de volver a integrarse a la sociedad.

La etapa primera de los programas, tiene como objetivo la abstinencia, para lo cual se realiza la desintoxicación, que como ya se ha comentado debe desarrollarse considerando su complejidad, las condiciones físicas, psicológicas y sociales del afectado, más sus propias motivaciones.

Esta etapa puede ejecutarse en distintos lugares como hospitales o establecimientos con un plan ambulatorio o con un programa residencial.

Posteriormente se inicia la segunda etapa del proceso de tratamiento y rehabilitación, en ésta los profesionales y personal capacitado, realizan una evaluación visualizando todas las áreas que pudieran estar en riesgo, producto del abuso y consumo de drogas, para luego decidir los objetivos terapéuticos a seguir y cumplir, los cuales están encausados a que el individuo pueda enfrentar y continuar adecuadamente un estilo de vida sano, alejado del consumo de drogas. Para lograr estos objetivos, los profesionales pueden considerar programas específicos y adaptables a cada persona, tales como apoyo psicoterapéutico, programas de entrenamiento en competencias sociales, prevención de recaídas, entrenamiento para enfrentar situaciones de estrés y ansiedad, entre otros. Todas estas estrategias se deben considerar como parte de un programa integrador, que busca abordar todos los factores del problema del consumo y abuso de drogas.

En este proceso de rehabilitación, un grupo multidisciplinado de profesionales trabaja y ejecuta sus tareas en forma coordinada, permitiendo asegurar y potenciar los cambios conductuales de los pacientes, los cuales responden a los objetivos que se trazaron al iniciar la segunda etapa del programa terapéutico en desarrollo.

Finalmente se encuentra la tercera parte del tratamiento, denominada fase de reinserción social, la que tiene por objetivo dotar al paciente de habilidades y destrezas que

favorezcan su integración en la sociedad, para desarrollar una vida acorde a los requerimientos de ésta. Se ha expuesto la reinserción como una etapa que está presente en un momento determinado del proceso, pero se debe aclarar que la reinserción debe estar presente durante todo el proceso de tratamiento y rehabilitación.

Este proceso, pretende que el sujeto se integre en su entorno social, ocupacional, comunitario, etc. constituyendo un objetivo a largo plazo, pues trata de ajustar sus aspectos físicos y psíquicos, para lograr un adecuado y normal desarrollo en su medio social. Se trata en entrenar al individuo bajo un tratamiento, para que éste se integre socialmente y en condiciones similares al resto de las personas.

Lo anterior varía de acuerdo a las características de cada persona, las del tipo de sustancia consumida, el tiempo de suministro entre otras, entre otros factores. Por ello, teniendo en cuenta las distintas formas de tratamiento, tendrá que evaluarse cómo y en qué condiciones está cada persona en un determinado momento del tratamiento, para determinar si está preparada para iniciar la reinserción y llevar una vida conforme a las condiciones que impone la sociedad.

A continuación se presenta un cuadro que resume las características y los tipos de programa de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación. Se debe tener en cuenta que éstos varían de acuerdo al grado de complejidad del usuario. La finalidad de los programas es esquematizar correctamente el plan a utilizar, tras el primer diagnóstico, tomando en consideración su duración y el servicio o centro que lo realiza.

Figura Nº1: Cuadro Resumen

Plan de tratamiento	Breve descripción	Duración	Tipo de centro
Primera respuesta	Evaluar, diagnosticar compromiso biopsicosocial y resolver o derivar a planes de mayor complejidad.	1 mes	Consultorios Hospitales COSAM. ONG.
Ambulatorios Básico	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biopsicosocial moderado es de mediana contención.	6 meses	Consultorios Hospitales COSAM ONG Com. terapéuticas
Ambulatorio Intensivo	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biopsicosocial moderado a severo, es de alta contención.	8 meses	Consultorios Hospitales COSAM Com. terapéuticas
Residencial	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biopsicosocial severo, es de alta contención.	10 meses	Comunidades terapéuticas Clínicas privadas

CLASE 6

4. CONTROL ANTINARCOTICOS

Después de haber revisado diversos factores que influyen en la dinámica de las drogas, es importante analizar la labor de control que realizan los organismos policiales de Chile. Si se considera que el tráfico ilícito de drogas en un problema que afecta a todos los segmentos de la sociedad, se puede dimensionar que corresponde a una situación difícil de abordar, debido a la movilidad de los responsables, a la evolución de sus técnicas de tráfico, a que cualquier persona puede convertirse en un traficante o microtraficante de drogas, lo cual quiere decir que el tráfico no respeta fronteras, posturas políticas, leyes o tendencias religiosas y/o condiciones culturales.

Debemos considerar que el tráfico ilícito de drogas es una actividad compleja que altera y atenta contra la seguridad interior de un estado, de ahí la importancia de las políticas públicas impulsadas por el gobierno, quien centra los esfuerzos en generar y estructurar estrategias de acción con el claro propósito de crear mecanismos de defensa frente a esta amenaza.

La Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile trabajan en la temática de las drogas bajo la dirección del Ministerio del Interior. Utilizan sus conocimientos, experticia y medios para enfrentar los distintos mecanismos y recursos que utilizan las organizaciones criminales para hacer llegar al territorio chileno cargamentos con sustancias ilícitas.

La Policía de Investigaciones, durante el año 2006, incautó el 73% del total de las drogas decomisadas en Chile, constituyéndose en un servicio eficiente y eficaz para contrarrestar las actividades ligadas al narcotráfico, mientras que Carabineros aportó en variadas labores logísticas y de protección. Para lograr dicha cifra, esta institución debió utilizar todos sus conocimientos científicos y técnicos para ponerlos al servicio de la tarea. Otra labor importante la constituye el haber aplicado los procedimientos criminalísticos que permitieron aportar los medios probatorios a los organismos jurisdiccionales encargados de enjuiciar a los criminales que cometen estos ilícitos.

En virtud de lo anterior, si bien se considera que el trabajo investigativo es crucial para reducir la oferta de drogas, también se presta especial atención a la labor de prevención, promoviendo así la reducción de la demanda de drogas, tarea para la cual se centra el esfuerzo en atender a los sectores más vulnerables, a fin de garantizar que la población no inicie la conducta de consumo.

El desarrollo de la conducta de consumo y adicción es muy preocupante, ya que no sólo provoca efectos devastadores en la salud de las personas (siendo especialmente grave la situación que afecta principalmente a los segmentos más jóvenes de la comunidad ya que son los más vulnerables e indefensos frente a esta amenaza), sino que también genera secuelas que se traducen en violencia, corrupción y delincuencia, afectando principalmente

al núcleo familiar. De esta manera el consumo de drogas se transforma en una de las principales amenazas contra la seguridad ciudadana.

Chile viene impulsando desde hace algunos años una estrategia de abordaje al problema de las drogas, que se traduce principalmente en la formación de organismos estatales de control y prevención, para lo cual se han implementado sistemas de coordinación, ejecución de programas, difusión de información y sensibilización, estrategias que se han dirigido a la ciudadanía.

También, se ha diseñado una Estrategia Nacional sobre Drogas para operar en el período comprendido entre los años 2003 al 2008. En dicha estrategia están incorporadas todas las instituciones responsables, sean públicas o privadas, dedicadas a enfrentar el problema de la droga en Chile. En estas políticas se han identificado aspectos de la problemática caracterizados por la distribución de drogas en pequeña escala, acto denominado micrográfico, el cual se considera la fase del narcotráfico que más percibe la sociedad, ya que éste está asociado a otros delitos que afectan la integridad física de las personas y la propiedad, con lo que generan altos niveles de inseguridad ciudadana a nivel poblacional. Por lo tanto, se puede decir que la necesidad de enfrentar este problema se sustenta básicamente en: disminuir la sensación de riesgo, mantener inalterable el orden interior del estado, proteger la salud de los ciudadanos e impedir el deterioro personal y familiar de los habitantes del país.

4.1. Conceptos Relacionados con el Tráfico de Sustancias Ilegales

Al abordar el proceso referido al tráfico de drogas, al tratamiento y operatividad de las organizaciones responsables de la elaboración, refinación, transporte, acopio y venta de sustancia ilícitas a consumidores locales, involucra algunos conceptos que son propios de la materia que se está tratando, lo que deberán ser aclarados, a fin de lograr una comprensión amplia del tema.

Uno de estos conceptos es "*organización criminal*", el cual se entiende como:

> Una asociación de delincuentes con una estructura definida, que permite dirigir al grupo, cuya finalidad es la obtención de ganancias a través de actividades ligadas a hechos ilícitos, empleando para sus fines la violencia, la intimidación y la corrupción.

Los principios que sustentan la operatividad de una organización criminal, son:

- La actuación de más de dos individuos: es fundamental para que una organización criminal pueda operar abarcando un amplio espacio de competencia (el que incluso traspasa fronteras) estar integrada por variados intervinientes, por que de esta forma opera y proyecta la corporatividad de la organización.

- Asignación de funciones específicas a cada uno de los individuos: al ser un grupo con una estructura definida, escoge, recluta, prepara y/o condiciona a sus integrantes para que realicen profesionalmente sus funciones, dado que se requiere experticia, sin dar posibilidad al error. Las funciones son variadas, algunas de ellas son: mercenarios, hostigadores, vigilantes, trasportadores, sobornadores, etc.

- La operatividad en forma periódica por un largo tiempo: en éste principio descansa la continuidad de la agrupación durante un prologando período temporal. La agrupación no es sólo una sociedad que se conformó en forma reciente al accionar ilícito o que se asocio en forma circunstancial con la finalidad de perpetrar una conducta ilegal, sino más bien, es fruto de un proceso evolutivo periódico y constante que se ha extendido durante un tiempo prolongado, que permite a sus integrantes definir su operatividad y estructura.

- Presencia de disciplina: como se ha señalado, las organizaciones gozan de una fuerte disciplina, de esta manera el control es absoluto y constante, con lo que se procura no dar lugar a equívocos, pues un error pone el riesgo a toda la organización. Quien vence la no respete alguna norma interna, pagará caro su indisciplina. Un ejemplo claro de esta situación es el que se expone en el film “El Padrino”, en dicha película es posible apreciar la realidad de las bandas organizadas en el contexto de la droga, en donde quien altera la confianza y por no acatar la normas de la banda pone en riesgo a la colectividad, es eliminado por el propio líder.

- Participación de personas infractoras penales graves: es necesario contar con individuos que conozcan la realidad penal y manifiesten experticia en el delito, tanto para cometer otros hechos como para minimizar los riesgos de detección.

- Operatividad Internacional: los delitos que comúnmente materializan las organizaciones criminales, procurando alcanzar grandes utilidades, son delitos que traspasan fronteras. entre los delitos más comunes se encuentra el tráfico de drogas, de personas, de armas, de órganos, terrorismo, entre otros. Se puede entender entonces que sus operaciones no se limiten a un solo país, sino que se encuentren instalados en distintas partes del mundo, lo cual favorece su operatividad e impunidad.

- Actuación coercitiva: que consiste en forzar la voluntad de alguien, para ello utilizan la violencia, u otros tipos de intimidación, con la finalidad de lograr sus propósitos. Su misión es alcanzar los objetivos que se han planteado a cualquier precio.

- Utilizan fachadas comerciales: de esta forma ingresan y se posesionan en determinados lugares, sin ser advertidos, permitiendo así una vez conocido el medio, iniciar o continuar sus actuaciones ilegales, generalmente, esta etapa, es utilizada para blanquear los dineros adquiridos en hechos ilícitos cometidos con anterioridad.

- Blanqueo de Dinero: este principio esta ligado al anterior, pues necesariamente las organizaciones criminales, deben purificar sus ganancias, de esta forma conforme al enriquecimiento dependiendo de donde se origina, deben buscar la forma de introducir

los capitales en forma legal y así no tener ganancias sospechosas. Lo anterior es conocido como “Lavado de Dinero”.

- Utilizan la influencia sobre la política, información y administración pública, judicial y económica: las organizaciones a fin de garantizar su continuidad y eliminar el riesgo de persecución penal, utilizan medios de influencia, generalmente a través de sobornos y pago de fuertes sumas de dinero (acto conocido como “coima”), a integrantes del poder político, social, comunicacional, económico, judicial y policial. Lo anterior, les permite controlar su entorno y recabar información, interiorizándose de detalles planteados en estrategias propuestas por las instituciones de control que eventualmente ponen en riesgo su operatividad.

- Su participación tiene como meta el obtener dinero fácil: esto constituye la razón de ser de toda organización delictual, cuyos integrantes orientan todos sus esfuerzos y recursos para alcanzar este fin.

Luego de analizar uno por unos los criterios que describen a las organizaciones criminales, se deben considerar las características específicas de las agrupaciones chilenas. Éstas por lo general adoptan la forma de asociaciones familiares, o bandas organizadas, en las que se manifiestan fuertemente los siguientes aspectos: asociación de dos o más personas; con antecedentes policiales (ya han sido detenido por delitos graves), operan en sectores específicos y sus integrantes participan con la finalidad de ganar dinero.

Cuando la organización criminal, además de contar con los principios señalados en el párrafo anterior, suma algunas otras características, comienza a adquirir las características de una gran estructura a la cual se le denomina “*Mafia*”. El objetivo de la mafia, al igual que el de la organización criminal, es la obtención de dinero, aunque esta vez se pretenden sumas en gran escala. Para obtener dichas cantidades sus integrantes realizan un comercio de bienes y/o servicios legales o ilegales, los cuales se enmarcan dentro de un universo ilegal, acto por el cual obtienen grandes utilidades o fortunas en forma rápida y continua, generando un enriquecimiento del cual gozan en impunidad.

Las mafias, al igual que cualquier empresa o institución legal, poseen ciertas características, que las hacen aún más fuertes y poderosas que las organizaciones criminales, entre dichas características es posible distinguir las siguientes:

- Se amparan en prestaciones de servicio: realizan sus acciones utilizando como fachada empresas que ofrecen y generan servicios lícitos, como por ejemplo distribuidoras de alcoholes o tabaco. También existen casos en que derechamente ejecutan actividades ilícitas, como el tráfico de drogas.

- Sus integrantes son intercambiables: a medida que las organizaciones van ampliando sus áreas de ejecución o jurisdicciones, se entrelazan con otras organizaciones a fin de complementar sus alcances, de esta manera, según lo requieran los organismos, sus

integrantes pueden ser intercambiados, a fin de fortalecer las actividades que desean destacar o favorecer.

- Actividades metódicas y sistemáticas: esto quiere decir que las mafias basan sus actividades en protocolos de acción definidos, siguiendo un patrón de ejecución y concreción, el cual se materializa en forma constante y evolutiva. Por tanto, se puede afirmar que cada mafia tiene su propia forma de actuar, la cual se convierte en su sello de acción. Esta característica permite a los organismos especializados saber a quien corresponde un determinado delito si se investigan y estudian sus modos de operar.

- Asignación de funciones: al interior de la mafia, existe una fuerte disciplina, así como también una clara división de las tareas, lo cual permite que todos ejecuten articuladamente sus funciones en beneficio de las operaciones que emprendan.

- Actúan en forma paralela entre lo legal e ilegal: esta forma de operar que adoptan algunas mafias, es un mecanismo válido para conocer su entorno y el contexto en el cual desean operar. A modo de ejemplo, se puede señalar que si una mafia a gran escala, quisiera establecer sus operaciones en Chile, deberá contar con los recursos para iniciar las actividades con una empresa legal, la que tendrá que cumplir con todos los requisitos que económica y jurídicamente se le imponen; luego, aprovechando su incorporación y conocimiento financiero, político, y jurídico, comenzará a gestar sus actividades ilegales, para ingresar drogas o blanquear los dineros producto de la venta de la misma.

- Dictan sus propias reglas: la mafia se caracteriza porque dentro de sus organizaciones, manejan sus propios códigos y lenguajes, de esta forma mantienen una cultura organizacional que deben respetar. El no cumplimiento de las normas impuestas y aceptadas por sus integrantes, trae consigo duras sanciones que generalmente se traducen en la muerte del infractor o de integrantes de su familia.

- Su don es Influenciar: la mafia logra importantes alcances y avances a través de la influencia, esto ya sea pagada o adquirida a través de la violencia o intimidación, su finalidad es controlar el nivel político y económico de su territorio.

CLASE 7

4.2. Tipos de Organizaciones Criminales Transnacionales

Las organizaciones criminales transnacionales, de acuerdo a los estudios y la homologación internacional, elaborada por parte de organismos que analizan el fenómeno delictual a nivel mundial, han llegado a determinar que existen en la actualidad dos grandes formas de clasificar a dichas organizaciones, las cuales se procede a describir:

- Los Holdings: se caracteriza por ser una asociación u organización que abarca diversos campos de acción o actividades ilícitas, tales como la extorsión, los secuestros, tráficos

de todo tipo, lavado de dinero, entre otras. Un ejemplo claro de este tipo de organizaciones corresponde a las mafias italianas.

- Los Carteles: se caracterizan por ser una asociación u agrupación que abarca una sola actividad o un solo campo de acción, a modo de ejemplo se puede considerar las características de los carteles colombianos, quienes controlan la producción de la hoja de cocaína, la transformación a pasta base y luego a cocaína, para encargarse de su traslado y venta, que va desde aquella realizada a gran escala, hasta la que adquiere carácter de detallista.

4.3. Dificultades para Investigar a las Organizaciones Criminales.

La labor de las policías y organizaciones que abordan la temática de la fiscalización y el control de drogas, muchas veces se ve dificultada producto de que las sociedades ilícitas presentan uno o más de los siguientes factores:

- Profesionalismo y segmentación del trabajo: las organizaciones criminales, al ser una colectividad ordenada, descansan en el buen desempeño de sus integrantes, a objeto de no poner en riesgo su funcionabilidad, por ende cada integrante dependiendo de su rol, se encuentra capacitado, educado e instruido para desarrollar de la forma más eficiente posible su labor, reclutando individuos con características específicas en atención a las necesidades de la organización y a las aptitudes o habilidades personales que estos tengan, alcanzado la profesionalización de sus miembros.

- Conexiones entre redes criminales: las organizaciones criminales transnacionales, tienen una enorme capacidad para simular negocios lícitos, materializando verdaderas alianzas o asociaciones multinacionales, con este tipo de acciones logran ampliar su campo de acción y lo que les permite aumentar sus ganancias. Otra de sus estrategias consiste en diversificar sus actividades en busca de una amplia gama de servicios, para actuar de esta manera muchas veces utilizan los mismos medios, rutas o redes, para concretar el desplazamiento de las mercaderías, que los funcionarios de las organizaciones legales a los que han logrado corromper mediante el pago de coimas. Las organizaciones criminales, imitan los procedimientos de las modernas empresas y sociedades, simulando sus modelos y estructuras. De esta forma, se instalan, amparadas en su aval comercial, conocen su entorno y utilizan las rutas o contactos lícitos, para ser utilizados con fines ilícitos. Lo principal es contar con la información inicial de su entorno, luego la confianza y finalmente influenciar para lograr sus objetivos ilegales.

- Principio de permanencia: a diferencia de otras formas de cometer delitos, que son concebidos como hechos puntuales y predeterminados, con un fin inmediato, las organizaciones criminales, mantienen su conducta ilícita a través del tiempo, prolongándose indefinidamente, situación que les permite obtener las utilidades deseadas. Por esta razón es importante tener en cuenta que detrás de delitos complejos, donde existen bienes de gran valor, mercaderías ingresadas en forma clandestina y/o

infractores de distintos países, la investigación no se debe realizar considerando el suceso como un hecho aislado, sino que debe incluirse una visión más amplia, advirtiendo que el haber descubierto el hecho específico corresponde a la acción emprendida por una organización, la cual en algún momento falló.

- Flexibilidad y adaptación: las organizaciones criminales transnacionales, tienen una enorme capacidad para adaptarse e introducirse en cualquier actividad que les permita generar recursos. Un caso muy claro corresponde a la manera en que operan las organizaciones ligadas al narcotráfico, las que han se han transformado de grandes organizaciones para convertirse en micro organizaciones, las que por ser más flexible, les permite adaptarse en forma permanente, minimizando los riesgos de detección y de pesquisa policial.

- Gran poder financiero: las organizaciones criminales transnacionales, gozan a través de sus actividades ilícitas, de grandes utilidades lo que les permite contar con tecnología y gran cantidad de medios, los que se constituyen en elementos que les permite una gran movilidad y constante cambio.

Finalmente, al momento de enfrentar una organización criminal transnacional la investigación, junto con establecer su operatividad y acreditar la identidad de sus participantes, debiese considerar que su desaparición de la sociedad ilícita pasa por la destrucción de su poder financiero, por ello es esencial incautar los activos de la organización, trabajando articulada y asociadamente con los organismos represivos y policiales internacionales.

4.4. Métodos de Ocultamiento

Un tema realmente interesante, es la capacidad con que cuentan las organizaciones para estudiar y llevar a la práctica distintos métodos de ocultamiento de la droga, pues la necesidad de trasladar sus cargamentos ilícitos y cumplir así con la entrega de los productos que ofrecen, los motiva a ser verdaderos genios. Esto se debe a que utilizando todo su intelecto, logran en ocasiones sus objetivos, por ello el trabajo policial y fiscalizador debe ser fuerte y arduo. Sin embargo, pese a los esfuerzos de la policía, la astucia de las organizaciones siempre busca nuevas formas de reducir los riesgos de detección.

Se entenderá que un método de ocultamiento corresponde a:

> Una forma estudiada y diseñada para trasportar alguna sustancia ilícita, que disfraza su real composición y/o estructura, para simular ser otra distinta o simplemente camuflarla para evitar su detección.

A partir de la definición, quienes se dedican a la detección de droga por tráfico, consideran algunos aspectos específicos antes de iniciar una investigación que los lleve a encontrar un cargamento ilícito de drogas. Dichos aspectos se pueden describir de la siguiente manera:

- Qué droga se intenta traficar: al tener conocimiento respecto al tipo de sustancia que se pretende traficar, se facilita la tarea que busca determinar dónde y qué se va a buscar, debido a que la droga puede adoptar diversos estados y formas, entre los que se pueden nombrar a modo de ejemplo que las sustancias ilícitas pueden ser de tipo sólido, vegetal, líquido, en polvo, etc. Además es importante considerar su color, consistencia y aroma, entre otros.

- Cantidad de droga a traficar: el determinar la cantidad a traficar o transportar permite orientar la búsqueda, pues cuando se trata de una organización que ingresa grandes cantidades de drogas, se puede inferir que el sistema de tráfico deberá incluir camiones o vehículos acondicionados para dicha tarea. Si se trata de un tráfico al detalle, a nivel poblacional, se debe buscar cantidades más pequeñas, las que se pueden encontrar en mochilas, bolsos de mano, billeteras, etc. Un caso similar se presenta al momento en que se pretende ingresar droga a los recitos penitenciarios, situación en la que se debe revisar atentamente los alimentos o utensilios que van dirigidos a los internos, ya que estos son utilizados como verdaderas encomiendas provistas de drogas.

- Soportes a utilizar: cuando se hace referencia a los soportes, se habla de los objetos que se utilizan como medio para trasladar la droga, pues existen sofisticados mecanismos. Se debe considerar que todo objeto o material que ocupa un lugar o espacio, puede ser eventualmente utilizado como medio de transporte de droga. Es importante destacar que dentro de las posibilidades se puede encontrar desde vehículos cargados sin ningún método de ocultamiento, a procesos químicos incompletos o droga inserta en productos lícitos, los que posteriormente son refinados cuando llegan a su destino final. Muchas veces los métodos empleados son de tal calidad que burlan todos los controles policiales, aunque éstos cuenten con las pruebas técnicas para su detección.

Realice ejercicios Nº 12 al 20

CLASE 8

4.5. Métodos de Transporte

Por su uso masivo es preciso ahondar en los medios de transporte de tipo vehicular, en los que a un automóvil se le acondicionan distintas partes de su estructura para ser utilizados como cavidades de ocultamiento. Dentro de las partes más comúnmente utilizadas se pueden encontrar las simples: como puertas, asientos, piso, tapiz, motor, entre otras; y

otras formas más complejas: como baterías acondicionadas, neumáticos de repuesto con estructuras metálicas en su entorno que tienen como finalidad protegen la droga, tambores de frenos acondicionados para el transporte, estanques de combustible, paredes de container entre otros.

Otro medio consiste en impregnar las prendas de vestir u objetos de genero, esta técnica es especialmente utilizada para el trafico de cocaína o pasta base. Cuando quien transporta la prenda llega al destino propuesto, se introducen las prendas en agua y luego de un proceso de centrifugado se extraer el líquido con el alcaloide, para proseguir con el proceso de evaporación de agua, situación que permitirá extraer definitivamente el producto deseado.

También es frecuente que la sustancia sea mezclada con otros líquidos. La policía ha logrado captar la presencia de cocaína en vinos y esperma de vela, entre otros productos. En la aduana de Chile se ha detectado su ingreso disuelta en petróleo, el cual pretendía ser sometido a un proceso de separación, con la ayuda de productos químicos esenciales, los que son de fácil adquisición en el país. En Europa se han detectado grandes laboratorios en los que participan destacados profesionales químicos, quienes aplicando sofisticados procedimientos logran efectúan las separaciones moleculares de la sustancia que llegan como un producto distinto. Gracias a dicho procedimiento consiguen estructurar la molécula definitiva de cocaína, para extraerla y refinarla.

Otros métodos es aquel en que las propias personas se transforman en el medio que permite transportar las sustancias, situación en que los involucrados pasan a denominarse “correos humanos”. En los antecedentes que se tienen de este tipo de práctica en Chile se pueden encontrar registros de dos métodos utilizados por los correos humanos para intentar burlar el control antinarcótico, el primero de ellos se trata de personas que ingieren la droga, a quienes se les denomina “*tragadores*”; un segundo tipo corresponde a aquellos que la transportan entre sus vestimentas, cavidades corporales o adosadas a su cuerpo, quienes reciben el nombre de “*burreros*”.

Sobre los tragadores se puede señalar que son, en su mayoría, sujetos de nacionalidad peruana reclutados por las organizaciones delictuales a cambio de una baja cantidad de dinero, la que, sin embargo, resulta muy atractiva debido a su condición socioeconómica marginal. Los narcotraficantes preparan y acondicionan a los tragadores en su país. El procedimiento de preparación comienza cuando el sujeto, bajo una fuerte supervisión, ensaya tragando granos de uva, la cual deposita en su boca y los empuja con sus dedos hacía la garganta, luego utiliza su lengua para terminar de tragar el grano. Una vez que logran acostumbrarse a realizar éste procedimiento, se cambia el grano de uva, por un elemento denominado “ovoide”, o también conocidos como “huevos o dedos”, que consisten en una estructura cilíndrica de unos cuatro centímetros de largo, por un centímetro de diámetro en su parte más ancha, éstos ovoides pueden pesar entre siete y diez gramos aproximadamente, en su interior contienen clorhidrato de cocaína de elevado nivel de pureza, la cual se protege por una primera cubierta de nylon fino, luego se cubre con una cinta de látex y finalmente con globos de colores tipo “bombitas de agua”.

Las cubiertas permiten impedir que los jugos gástricos del estómago corroan las cubiertas, liberando la cocaína. En estos casos, el sujeto viaja con la muerte en su estomago, ya que basta que un par de gramos de este tipo de cocaína (con un grado de pureza que sobrepasa el 90%) que se libere en su interior, para provocar una intoxicación por sobredosis, la que deriva en la muerte del sujeto al cabo de algunas horas o minutos. El efecto y la evolución de la sobredosis dependerán del adecuado tratamiento médico que se le practique al afectado.

Luego de la ingesta de los denominados “ovoides” (que dependiendo de la estructura física del huésped, puede llegar a albergar y transportar entre 70 a 110 unidades en su sistema digestivo) viene un momento de espera, para observar que no surjan complicaciones de rechazo, para lograr dicha finalidad se le suministra un fármaco que permite detener o retardar el normal funcionamiento digestivo. Una vez ingerido el medicamento sólo podrá beber agua, bebidas o jugos, lo que permitirá que el tragador, en el mejor de los casos, permanezca hasta por 40 horas, sin defecar ni eliminar los ovoides, el cual es un tiempo prudente y razonable para viajar sin inconvenientes desde Tacna - Perú a Santiago de Chile, pues este viaje puede demorarse como máximo entre 30 y 32 horas.

En la eventualidad que durante el viaje se produzca la defecación y por ende la eliminación de parte de los ovoides, él tragador esta en la obligación de ingerirlos nuevamente, en caso contrario tendrá que llevarlos en su equipaje, vestimentas o adosado a su cuerpo, lo cual implica un gran riesgo, que él debe asumir, pues la organización al momento de su despacho desde el lugar de origen, sabe cual es la cantidad de ovoides que debe entregar en su destino.

Si el tragador logra llegar a destino y sobrepasa el control se les lleva a casas de seguridad, donde a fin de estimular la defecación se les da abundante comida, la que favorece la eliminación de los ovoides junto con el excremento. Luego los ovoides son lavados para proceder a remover los elementos que recubren la cocaína, logrando extraerla de su interior.

Se debe destacar que el mayor porcentaje o número de ingreso de “tragadores”, se registra en la primera región, específicamente por el paso fronterizo Chacalluta, que separa la ciudad peruana de Tacna con Arica, es por esto que la Policía de Investigaciones de Chile, ha creado una avanzada antinarcóticos en dicho paso, aumentando considerablemente el número de personas detenidas por este concepto. Para lograrlo se ha utilizado la experticia para visualizar algunos perfiles ya reconocidos. A quienes reúnan características de dichos perfiles se les aplica un procedimiento, conforme a las últimas modificaciones del Código Procesal Penal, en las que se incorporó el “Control de Identidad Migratorio”, que permite el registro corporal. En caso de que el sujeto manifieste resistencia a realizarse un examen radiológico voluntario, será trasladado a un recinto hospitalario donde se le aplicará dicho examen aunque no exista una orden previa. El objetivo del examen es lograr dejar en evidencia la presencia de los ovoides en el estómago del sospechoso.

Respecto a al segundo tipo de trasportadores, que corresponde a aquellos sujetos que cargan la droga en su equipaje, prendas de vestir o adosada a su cuerpo, se puede decir que es un método muy usual y más frecuente que el de los tragadores. Quienes lo practican reciben el nombre de burreros, y son personas que se caracterizan especialmente por no tener temor y controlar muy bien sus emociones, además es común que la necesidad económica los lleve a cometer este tipo de acción. Los burreros generalmente no son tragadores porque simplemente no se animan o no logran vencer tanto el temor como el rechazo físico a ingerir los “ovoides”.

En este universo es posible encontrar a quienes traspasan fronteras, quienes operaran especialmente en la zona norte de Chile, aprovechando la gran extensión limítrofe entre Perú y Bolivia. Para lograr que la droga sea internada antes que la detecten atraviesan el límite por pasos intermedios y no controlados. Los burreros son personas que conocen perfectamente la geografía del sector y soportan con facilidad las difíciles condiciones climáticas. Se encargan de transportar desde las zonas de acopio, ubicadas al otro lado de la frontera, kilos de la droga que cargan en sus espaldas utilizando mochilas, las que soportan durante largas caminatas. Generalmente, realizan los viajes de noche, especialmente en aquellas de luna llena, ya que ésta les permite una mejor visión nocturna. Durante el día descansan para evitar ser detectados por los organismos contralores. Los equipos policiales, siguiendo las rutas de los burreros, han encontrado sectores de descanso, los que cuentan con alimento, agua y ropas de recambio.

Antes las organizaciones enviaban a los burreros a dejar la droga en centros de acopio ubicados en las ciudades, con lo que se arriesgaban a perder el cargamento. En la actualidad es frecuente que se deje la sustancia enterrada en el desierto, hasta el momento en que se cancele parte o la totalidad de la transacción, luego de lo cual se procede a entregar la mercancía. Los “burreros” generalmente son de nacionalidad boliviana y en menor escala peruana.

Otros burreros deciden ingresan al país por pasos fronterizos controlados y/o habilitados, en ese caso portan la droga oculta en sus equipajes, utilizando bolsos o maletas con doble fondo, también lo hacen en sus prendas de vestir, en las bastas, puños, forros internos o gorros ocultos, otra forma es simplemente adherirla al cuerpo con cita adhesiva. Todas estas técnicas tienen como fin burlar el control policial.

En el aeropuerto Arturo Merino Benítez, ubicado en Santiago de Chile, se han encontrado chaquetas cuyos forros internos han sido acondicionados textilmente mediante la elaboración de celdillas, donde los burreros alojan dosis de heroína.

Otro tipo de burrero es el que comúnmente opera al interior del país, se dedican a trasladar la droga entre las regiones, y de éstas a las provincias y comunas. Para ello, emplean distintos métodos, los que se deben adaptar a los volúmenes que se pretenda movilizar. Cuando se trata de transportar pequeñas dosis a nivel poblacional, generalmente la droga se oculta en los genitales o el ano de quien la traslada, para no ser descubierto al verse expuesto a un control policial.

CLASE 9

Los encargados del control e identificación del transporte y tráfico de drogas han establecido que existen diversos descriptores que facilitan dicha tarea, entre dichos factores se pueden mencionar:

- El conocimiento previo de la organización: al conocer las formas de operar de las organizaciones criminales transnacionales, se puede contar con información útil respecto a los métodos de ocultamiento que emplean, lo cual hacen posible orientar y encausar la búsqueda. Es importante considerar que mientras más formas de ocultamiento se descubran, se multiplicarán las estrategias que los traficantes ingeniarán para burlar los controles antinarcóticos.

- Conocimiento de los distintos métodos: al momento de iniciar una búsqueda, se debe tener en consideración las formas ya establecidas, por lo que se requiere una constante capacitación e intercambio de experiencias sobre éste ámbito, entre las policías e instituciones de los diversos países, ya que se debe considerar que existen organizaciones que imitan los métodos que han utilizados otras, las que pudieron ser descubiertas por entes contralores en otro países o continentes, desde ahí la importancia de trabajar y tratar este delito en forma globalizada a nivel internacional.

- Detectar perfiles: un elemento válido, lo entrega la experticia policial, la cual permite reconocer a través de conductas y/o demostraciones físicas, según sea el caso, cuando una persona es un transportador de sustancias ilícitas. Junto con la actitud existen otros elementos que dan cuanta de ello, como lo son el equipaje, la cantidad de dinero que porta, los nombres, los números telefónicos de eventuales contactos, entre otros.

A continuación se presentará una serie de imágenes, en las que se puede apreciar distintos lugares y métodos de ocultamiento de droga que han sido detectados por la policía de Chile.

Figura Nº 2: Cocaína Oculta en el Piso Falso de un Container

Figura Nº 3: Ocultamiento de Droga en Partes de un Vehículo

Figura Nº 4: Ocultamiento de Droga por parte de Burreros

Figura Nº 5: Radiografía y Ovoides de un Tragador

4.6. Chile y su Realidad Respecto al Tráfico de Drogas en América

Al observar el fenómeno desde la realidad de Chile, teniendo en cuenta su entorno, se puede dimensionar la complicada situación por la cual atraviesa, respecto a este delito. Esto se debe, principalmente, a su ubicación geográfica, su sólida postura política y económica, además de su seriedad en el control de la seguridad interna. Estos factores influyen en que la policía internacional no fiscalice con tanto rigor a los pasajeros provenientes de este país, por lo cual se lo convierte en un blanco o destino al cual todos los traficantes quieren acceder.

Chile, no es considerado un productor de drogas, ya que las cantidades que genera son pequeñas en comparación a la producción de otros países de América del sur. La principal droga que produce Chile es la Cannabis Sativa. El no ser un productor no es garantía de que el tema de la droga esté resuelto, lamentablemente el país limita directamente con naciones donde se cultiva del arbusto de coca, las que por ende son elaboradores de Cocaína y sus derivados, como son Perú y Bolivia. Los narcotraficantes y productores de dichos países financian sus actividades gracias al ingreso de drogas fuera de sus fronteras, por tanto su objetivo estará centrado en aquella acción, para lo cual sus organizaciones delictuales harán uso de su conocimiento territorial y los métodos de ocultamiento.

En forma indirecta, afecta Colombia, quien es reconocido a nivel mundial como el principal productor de cocaína, en dicho país se encuentra la mayoría de las organizaciones criminales más importantes relacionadas con éste delito, las cuales dominan el proceso de producción y tráfico de la droga. Sin embargo, la situación ha cambiado durante el último tiempo, ya que en la actualidad parte importante del control del cultivo y la producción de la cocaína, ésta en manos de los grupos Para-Militares que participan de la guerrilla, estos grupos aprovechan su dominio y control en zonas de cultivo, para fomentar la producción y elaboración del alcaloide, con lo que financian sus operaciones.

La motivación de algunas organizaciones de destinar envíos de cocaína a Chile es, en gran medida, el utilizar a Chile como ruta de tránsito, pues a nivel mundial, este país es considerado una nación segura, ya que cumple eficientemente con los estándares de seguridad. De esta manera, la organización criminal que logre ingresar y salir del territorio chileno con un cargamento, será menos sospechosa que aquella que viaje directamente de países como Perú, Bolivia y Colombia. Por lo tanto, el territorio chileno se considera una ruta de transito de droga, ya que aquella organización que logre transitar por Chile, tiene una alta probabilidad de concretar su actividad ilícita.

Por ejemplo

No es lo mismo que una encomienda, persona o embarque llegue desde Colombia a Europa, que si lo hace desde Chile, pues la alerta, tratamiento y atención será distinta. Un hecho similar ocurre con Paraguay, país que es considerado uno de los máximos productores de Cannabis Sativa, las organizaciones criminales de dicho país orientan sus actividades ilícitas a abastecer los mercados de Brasil, Argentina y especialmente de Chile. La marihuana proveniente de dicho territorio ha cubierto la demanda de los consumidores de Chile durante la última década, lo que ha masificado su distribución en todo el país, especialmente en el sector de las poblaciones.

Es importante destacar que Chile, en los últimos años, lamentablemente ha dejado de ser considerado un país al que todos tildaban como “pasillo, corredor o plataforma continental” para el tráfico de drogas. Durante mucho tiempo un porcentaje importante de droga que ingresaba al territorio nacional, lograba salir de él, con destino a otros puntos del mundo. Hoy, ocurre la situación contraria, pues un alto porcentaje de la droga que ingresa a Chile, se queda en él, situación que propicia la oferta, satisfaciendo de esta forma la demanda de los consumidores de drogas en el territorio, lo que transforma a esta nación en un país consumidor de sustancia ilegales.

Otro factor que ha motivado a las organizaciones extranjeras, vinculadas con bandas internacionales, para hacer llegar a Chile importantes cantidades de drogas, son las ganancias que este negocio ilícito genera, aprovechando el buen momento económico que vive el país.

Un dato a tener en cuenta es que el valor y las utilidades que genera la droga aumentan en la medida que se alejan de las zonas de elaboración, más aún cuando logran traspasar fronteras internacionales. Es por ello que llegar a vender un producto a un valor que excede ampliamente el costo real de producción, es tentador y llamativo. Las organizaciones criminales, invierten tiempo y recursos, en procurar llegar a Chile, pues saben que eso garantiza que aumentarán considerablemente sus ganancias. Por esta misma razón es que inclusive consideran un margen de pérdida para su producto, ya que saben que la pesquisa policial chilena puede detener la marcha de la mercancía, alejándola de su objetivo final. Los narcotraficantes tienen claro que, como en cualquier otro negocio, la pérdida inicial se compensa con la venta que logren satisfacer la demanda.

CLASE 10

4.7. Realidad del Tráfico de Drogas en Santiago de Chile.

Al analizar el fenómeno que ha experimentado el tráfico ilícito de drogas en Chile, se puede observar que en los últimos años se ha masificado, producto del fuerte aumento en la demanda de drogas. Como se ha señalado Chile no es un país que produzca droga, por lo que necesariamente depende de la oferta y la actividad generada por los traficantes.

Se debe entender que las drogas tienen que seguir un curso natural de desplazamiento, el cual va desde las zonas productoras a su destino final, donde las esperan sus consumidores. Es por esto que si se considera que el mayor volumen de cocaína proviene de Perú, mientras que la Pasta Base se genera mayoritariamente en Bolivia, no será difícil deducir que los traficantes chilenos, previo contacto y vínculos de confianza, proceden a adquirir la droga, generalmente en la I y II Región del país, ya que ellas se encuentran más cerca del límite fronterizo de dichos países. Una vez adquirida la droga los traficantes chilenos separan parte de la sustancia adquirida, la cual será distribuida en estas dos regiones, luego proceden a desplazar los volúmenes restantes a las regiones que se encuentran al sur del país. La Región Metropolitana se vislumbra como el mercado más importante, es por esto que los traficantes hacen llegar a esta parte del país el cargamento de drogas; a su vez, quienes las reciben en la capital toman contacto con aquellos que operan en regiones o provincias, a quienes se les hace entrega de cantidades menores considerando la realidad de su mercado. Cabe destacar que las organizaciones y traficantes se asocian, a fin de facilitar el transporte y la custodia de la sustancia.

En los últimos años, las bandas criminales que operan en Santiago, con la finalidad de aumentar sus utilidades, han masificado sus alcances, tomando el control del ingreso de la droga, para lo cual han aumentando y sostenido los contactos directos con los proveedores extranjeros de las sustancia, con quienes han llegado a establecer relaciones bastante fluidas. Para establecer los contactos, generalmente, se valen de medios tecnológicos, (celulares o Chat), sólo en ocasiones muy especiales (cuando se comienza a establecer el vínculo) la operación se realizará en forma personal. Es importante destacar que en las comunicaciones se utiliza un dialecto preestablecido, con modismos y términos que tienden a

distorsionar el mensaje que se pretende transmitir, con el fin de realizar la operación sin correr el riesgo de ser detectados.

En drogas como la cocaína es posible observar que a medida que la sustancia se aleja de su lugar de elaboración, presenta dos cambios. El primero tiene relación con la calidad y pureza: a medida que la droga pasa de una mano a otra, producto del traspaso entre traficantes, cada uno de ellos pretende obtener más ganancias, para lo cual aumentan el volumen de la que reciben mezclándola con otros componente químicos que simulan su composición (entre ellos lidocaína, glucosa, cal, entre otros), esta práctica se conoce como "cortada".

Por ejemplo

La cocaína que ingresa al norte del país, presenta un promedio de un 93% de pureza, mientras que la incautada en la VII Región no sobrepasa el 25%, esto demuestra claramente que los traficantes al detalle, triplican el volumen de la droga que reciben originalmente.

El otro cambio se relaciona con el aumento en el valor de la sustancia, pues el riesgo de tenencia y traslado, tiene un valor agregado que debe ser cancelado por el consumidor.

Por ejemplo

Un kilo de cocaína en la zona de elaboración de Perú, tiene un costo de 1.300 dólares, mientras que el mismo kilo a la venta en Santiago, alcanza un valor cercano a los 11.000 dólares.

Las bandas criminales que operan fuertemente en el sector sur de Santiago, mantienen casas de seguridad donde acopian las sustancias ilícitas. En estos lugares proceden a mezclar y aumentar la droga adquirida, procurando no alterar su composición física (color, consistencia, textura, etc.). La droga original sale de los países productores en forma prensada; los traficantes chilenos una vez que aumentan el volumen de ésta, proceden a prensarla nuevamente, para hacer creer a sus compradores su adquisición proviene de primera mano y que ha ingresado recientemente a Chile, por lo que es de gran pureza.

Los traficantes de poblaciones marginales, poseen salas de venta (conocidas bajo el nombre de "oficinas"), que operan como puntos de distribución. Se amparan en su entorno vecinal, materializando su trabajo con la protección de los pobladores del sector, una situación similar a la realidad poblacional se está viviendo las comunas más pobladas de otras ciudades del país.

En Chile, aún no se han instalado grandes organizaciones criminales, principalmente debido a la acción de los siguientes factores protectores:

- Chile no es un país productor de drogas.

- Las instituciones de los servicios gubernamentales ejecutan eficientemente su labor, lo cual desalienta la posibilidad de instalarse y posesionarse en el territorio nacional.

Sin embargo, es posible observar vinculaciones esporádicas que gestan los grupos que operan en Chile, tales como bandas criminales o asociaciones familiares. También se han detectado organizaciones menores entre dos o más traficantes, cuyo objetivo es lograr internar, transportar y abastecer a microtraficantes nacionales, para responder así a la gran demanda, representada por los consumidores.

Los traficantes, gozando de sus ganancias, adquieren propiedades y viven cómodamente. Es frecuente que compren parcelas de agrado donde construyen sus casas con las comodidades de un gran empresario, paralelamente mantienen casas de seguridad y "oficinas de venta" en sitios que garantizan el cuidado de la droga y el éxito de la venta.

Hasta hace algunos años Santiago, por ser la capital nacional, era utilizada como ciudad de acopio, pero últimamente las bandas criminales, a fin de reducir el riesgo de pesquisa policial, han decidido alejarse de esta ciudad, buscando para ello, pueblos cercanos e inclusive otras regiones, donde adquieren o arriendan viviendas para ser utilizadas como casas de seguridad.

Las formas de transporte desde el norte del país a la capital son variados. Los más utilizados son los medios terrestres, en los que se utilizan vehículos o camiones. Otro flujo que es constante, aunque desplaza bajos volúmenes de drogas, es el empleo de personas que actuando como "tragadores" o "correos humanos", transitan en locomoción colectiva, portando en su estómago, equipaje, prendas de vestir o adosadas a su cuerpo la sustancia.

En menor escala, las organizaciones criminales han utilizado el transporte aéreo de Chile como medio de transporte para las drogas. Dicho tipo de traslado ha quedado de manifiesto con la detección y detención de diversos individuos de nacionalidad extranjera en el aeropuerto Arturo Merino Benítez, ubicado en Santiago, quienes ingresan a Chile en calidad de tránsito, para efectuar una escala tras las combinaciones entre vuelos; otros se embarcan directamente en este aeropuerto ocultando su origen.

Conforme a los análisis de inteligencia, es sabido que las bandas criminales están utilizando la ruta marítima, para el transporte de droga desde el norte al centro del país, buscando como destino la ciudad de Santiago. Esto fue comprobado, por medio de un procedimiento antinarcóticos realizado en la ciudad de Iquique, oportunidad en la que Oficiales de la Brigada Antinarcóticos de esa ciudad, en conjunto a la Armada de Chile, incautaron más de 100 kilos de cocaína en un barco en mar abierto.

Otro elemento de transporte que lentamente ha ido en aumento, es el envió de encomiendas, aprovechando la cobertura nacional de algunas empresa que se dedican al rubro. Para lograr que la operación sea efectiva los sujetos simulan un envió lícito, introduciendo la sustancia muy bien protegida en un paquete, el que remiten con un nombre y dirección inexistentes, logrando que no se establezca el vínculo entre la sustancia y la persona que envía dicho paquete. Toman todos los resguardos a fin de evitar la detención ante un eventual registro o chequeo.

Respecto a la Cannabis Sativa que ingresa a Santiago de Chile, se puede decir que proveniente en un alto porcentaje de Paraguay, los envíos se materializan en camiones acondicionados, los cuales ingresan, en su mayoría, por el paso fronterizo "Los Libertadores" ubicado en los Andes, en menor escala por el paso fronterizo de San Pedro de Atacama y minoritariamente por pasos fronterizos ubicados al sur de Santiago, sectores utilizados principalmente como rutas alternativas.

CLASE 11

4.8. Realidad del Tráfico de Drogas en otras Regiones de Chile.

Hasta hace una década la realidad de muchas regiones del país no consideraba entre sus problemas más graves la relación de sus habitantes con las drogas, pues el consumo y tráfico de drogas no estaba masificado. Estas conductas ilícitas se situaban sólo en algunos segmentos aislados de la población, generalmente entre personas con un gran poder económico o en la población con riesgo social, quienes sin la adecuada preparación ni cuidados necesarios, quedaba indefensa ante el vertiginoso avance de las drogas y las secuelas que éste acarrea.

En la actualidad las drogas no distinguen nivel cultural o social, más bien traspasan en forma transversal todos los segmentos sociales. La principal diferencia se encuentra en la sustancia que se utiliza y, en algunos casos, sus motivaciones.

Las pesquisas policiales regionales comenzaron en forma lenta, junto a la incautación de bajos volúmenes de droga, en los primeros años de la década de 1990. La principal dificultad para llevarlas a cabo fue el entorno social, pues el circulo donde se materializaba el tráfico y consumo de drogas, era extremadamente cerrado y de difícil detección, dado que la ingesta de esta droga, generalmente se realizaba en reuniones sociales privadas. Respecto a otras drogas que circulaban en regiones durante esta época, la más abusada por todos los segmentos, en especial a nivel poblacional y educacional superior era la "marihuana", principalmente por la facilidad que presenta su producción, la cual se adapta a las condiciones climáticas de diversos territorios, por lo que podía ser producida en diversas regiones del país, bajo la forma de cultivos caseros que se realizaban en el área rural.

Otro tipo de sustancia ampliamente utilizada, principalmente en la población marginal eran los denominados hidrocarburos aromáticos, entre los que desatacan los pegamentos.

Corresponden a sustancias volátiles que eran aspiradas por niños de corta edad y de un estrato social bajo.

En la actualidad el consumo se ha masificado de tal manera, que en algunas regiones los índices de tráfico e ingesta de drogas no presentan diferencias considerables respecto a los recogidos en la región metropolitana. Son sólo algunas las regiones que, principalmente por su geografía o tradiciones, se mantienen relativamente distantes del flagelo.

4.9. Evolución en el Cultivo de Marihuana en Chile

A inicios de los años 90, como resultado de una fuerte campaña policial en la década de los 80, se logró erradicar las zonas del cultivo de Cannabis Sativa en el valle del Aconcagua, esta situación no desmotivo la demanda de éste alucinógeno, la necesidad de satisfacer el consumo continuó inalterable, lo que llevó a que el cultivo se desplazara hacía el sur, principalmente a las regiones VII y VIII. En la región del Maule el cultivo se masificó fuertemente en la zona norte de Curicó, especialmente en la localidad de Comalle al poniente y en el sector de La Montaña de Teno por el oriente. En un principio los campesinos, influenciados por traficantes santiaguinos, procedieron, luego de recepcionar las semillas, a elaborar los almácigos de la planta, la cual posteriormente cultivaban en sus propios predios utilizando como medio de camuflaje cultivos lícitos (entre ellos el maíz, las frambuesas, entre otros) o espacios acondicionados al interior de zarzamoras. Esta situación permitía una vinculación directa entre el cultivador y la plantación, pues no había forma de desconocer el cultivo, ya que éste estaba en la propiedad de quien cultivaba, lo que representaba una inmediata responsabilidad penal.

Al pasar los años, los campesinos tomaron el control del proceso, pues de sus cosechas adquirían las semillas que serían utilizadas en la elaboración de futuros almácigos y cultivos, pasando a ser independientes, esto significó que comenzaran a aumentar las superficies de cultivo, para poder lograrlo sin ser descubiertos se asociaron, escogiendo sectores muy alejados, ubicados de preferencia en la precordillera con la finalidad de desvincularse penalmente, cultivando en propiedades ajenas. El cultivo de las plantas de Cannabis Sativa no les demandaba demasiados esfuerzos o cuidados, tomando en consideración que la planta de marihuana requiere sólo tierra, agua y sol para crecer. La principal motivación de estos agricultores era obtener un mayor rendimiento y mejores utilidades. Las asociaciones, permitieron dividir las tareas de cultivo, entre las que se encuentran la custodia, la cosecha, el acopio, el traslado y la comercialización.

La fiscalización policial comenzó a detectar cultivos que sobrepasaban las 5.000 plantas. Considerando que las características del terreno dificultaba el acceso, la labor investigativa necesariamente debía apoyarse en la búsqueda aérea, lo cual facilitó el trabajo de detección, permitiendo a su vez, establecer que las agrupaciones de cultivadores, no centralizaban su esfuerzo en un sólo cultivo, sino que mantenían varios paralelamente. Con esto pretendían que si la pesquisa policial, lograba detectar, levantar e incautar uno, los otros cultivos les permitirían mantener su actividad, asegurando parte de sus ganancias futuras. La

policía se dio cuenta del modo de operar, lo que significó que cuando se encontrase un cultivo, necesariamente se debía realizar una búsqueda en su perímetro para asegurarse de que no existiesen otros, dicha búsqueda muchas veces abarcaba inclusive kilómetros.

Durante esta etapa investigativa, las superficies fueron conocidas con el nombre de "retazos". Los retazos correspondían al resultado del acondicionamiento del suelo donde se cultivarían las plantas, para lo cual, se debía despejar y abrir paso entre la vegetación nativa, en la parte baja de las quebradas, procediendo luego a surcar la tierra, alojando ahí las plantas de marihuana, dichas plantas eran regadas gracias a la obtención de agua de las quebrada cercanas, que se encuentran provistas del líquido gracias a la existencia vertientes naturales. El agua de las quebradas era canalizada utilizando mangueras o mangas plásticas cuyas bocas de salida llegaban a los surcos de la plantación, la presión y el nivel de captación del agua permitía el fácil regadío del cultivo.

Sobre las vías de acceso a los cultivos, se puede señalar que son verdaderos túneles bajo matorrales, arbustos y zarzamoras, lo cual las hace impenetrables y muy difíciles de detectar cuando se realiza únicamente una búsqueda terrestre, de ahí la importancia del apoyo aéreo.

El cultivo de Cannabis Sativa, no está ajeno a la evolución o cambios en sus procedimientos y métodos, al igual que las otras conductas relacionadas con el tráfico de drogas, pues en la medida que los responsables están siendo detectados, modifican su operatividad, reduciendo así los riesgos de detención o pérdidas en el negocio ilícito. Es por esto, ante el conocimiento de la búsqueda aérea, que los agricultores, han cambiado sus métodos de cultivo, lo que se refleja principalmente en la reducción de la superficie del retazo y el aumento de los mismos, con lo que consiguen tener la misma cantidad de plantas, pero distribuidas en distintos lugares. Otro procedimiento consiste en aprovechar su conocimiento en el tratamiento de vegetales; cuando la planta tiene unos 30 centímetros de alto, cortan su tallo central o "ápice", simulando la denominada poda en verde aplicada en lo árboles frutales, esta acción provoca que la planta pierda vigorosidad, con lo cual decae en altura, pero se ensancha, lo que permite que ésta cuente con una mayor cantidad de "sumidades floridas" o "cogollos", que es la parte de la planta donde se concentra la mayor cantidad de THC, que corresponde a la principal sustancia activa alucinógena de la Cannabis Sativa. Es así como las plantas que podían sobrepasar los tres metros de altura, hoy no alcanzan los dos metros, pero con una inmensa cantidad de sumidades, permitiendo una mayor productividad y por ende mejores ganancias.

Otra forma inusual de cultivo que quedó al descubierto hace muy poco en una localidad de la zona central, es la utilización de la copa de los árboles, constituyendo un recurso válido que impide la detección aérea. De esta forma los cultivadores, escogen árboles frondosos, entre ellos boldos o quillayes, procediendo a despejar el interior de su follaje, alojando en sus ramas más fuertes maceteros hechizos de bidones recortados, neumáticos, sacos, trozos de nylon entre otros, los cuales provistos de tierra, albergan las plantas de "marihuana". Este novedoso método de cultivo comprueba el desarrollo de las estrategias que han elaborado los cultivadores, quienes en la actualidad utilizan técnicas que

hasta hace algunos años eran imposibles o impensable de realizar, situación que demuestra el ingenio que surge ante la necesidad de cultivar cannabis sativa de cualquier forma y a cualquier precio, para lograr abastecer de este alucinógeno a quienes demandan la sustancia.

Siguiendo con modalidades de cultivo, se puede destacar el tipo “alameda”, que frecuentemente se encuentra a orillas de canales o acequias. En este tipo de plantaciones los cultivadores limpian y acondicionan la ribera del afluente, para luego desarrollar un surco donde alojan las plantas, las que son regadas en forma manual con la utilización de una pala o baldes, mientras el responsable camina al interior del afluente o “reguero”.

Se han podido encontrar además “plantas guiadas”, permitiendo con ello, evitar que la misma se vea expuesta a terceros, para lo cual a medida que ésta se va desarrollando, se ata a las plantas o ganchos de cultivos lícitos, encontrando así plantas con más de dos metros, pero en forma diagonal, sin sobrepasar la altura del cultivo legal a la cual está atada.

Otra forma de eludir la detección aérea, son los “cultivos transportables”, los que consisten en utilizar bolsas de nylon negras u otros recipientes que cumplen la función de maceteros, en ellos se alojan las plantas, procediendo así a movilizar el cultivo, para exponerlo al sol bajo la supervisión de los cultivadores y luego tomar los maceteros a fin de esconderlos bajo los árboles.

Finalmente, no se debe descuidar el “cultivo casero”, el que en el último tiempo ha crecido enormemente. Éste consiste básicamente en mantener una baja cantidad de plantas en el propio domicilio de quien las cultiva, generalmente quien es el responsable de este tipo de cultivo, es también consumidor de la droga, ya que éste le permite tener a su alcance en forma directa la sustancia, con lo cual reduce tanto los costos como el riesgo que significa la exposición de tenencia de drogas, que se genera al momento de transitar con ella al adquirir la sustancia; además logra aumentar la calidad y pureza de ésta.

Un ejemplo que demuestra las modificaciones tecnológicas e inversión que se utiliza en ésta actividad, tiene relación con la captación de agua, la que en la actualidad se hace a través de un sistema de regadío tecnificado con la metodología del riego por goteo, contando cada planta con una válvula que posibilita su regadío autónomo, evitando así la necesidad de desgaste o la presencia humana.

En los cultivos actuales, es común encontrar rucas donde pernoctan los cuidadores, las cuales están provistas de colchones inflables, cocinillas, sacos de dormir y alimentos. Estas rucas son necesarias dado que cuando la planta alcanza un desarrollo que permite la extracción de las sumidades u hojas, la vigilancia debe ser constante, inclusive con el apoyo de armas de fuego. Además los vigilantes cuentan con plataformas o puestos de vigilancia, lo cual facilita la reacción de protección o la huída en la eventualidad de pesquisa policial, para lo cual cuentan con diversas vías de escape entre la vegetación existente en el lugar.

Se debe destacar que en la medida que la gestión de erradicación logra sus resultados, los cultivadores deben trasladarse y buscar nuevos sectores, pasando así desde el sector precordillerano a la depresión intermedia, en donde se sitúan cerca de ríos o lagunas, para asegurar el suministro de agua, manteniendo como método de camuflaje la propia vegetación; no obstante, al no existir el declive, propio de la quebrada de la precordillera, se ven en la obligación de construir pozos en la misma superficie de cultivo, dejando de lado el surcado de la tierra, para dar paso a la confección de la llamada "tacita" que circunda la planta para permitir así contener el agua del regadío. Es común, en este tipo de cultivo, encontrar una gran cantidad de bidones, botellas o tarros, que son utilizados como medio de transporte de agua.

A modo de ilustración, se presenta una fotografía que muestra un típico cultivo de Cannabis Sativa.

Figura Nº 6: Toma Aérea de un Cultivo en la Precordillera

CLASE 12

4.10. Otros Tipos de Droga que se Consumen en Chile

Debido a que el cultivo y elaboración de drogas en Chile se ha visto fuertemente reducido, como producto de la labor de detección de la policía, los adictos a estas sustancias han debido recurrir a aquellas que se producen fuera de las fronteras del país, entre las que destacan:

- La Cannabis Sativa del tipo prensada: esta droga alucinógena, se le denomina prensada, por su estructura sólida y compacta, que se logra por medio de la utilización de prensas artesanales y el uso de diversos químicos como pegamento. Al prensar la droga se pretende reducir su volumen, logrando así una mejor manipulación al momento de transportarla oculta en espacios acondicionados, un aspecto muy importante si se considera que cerca del 100% de la incautación de ésta droga, proviene de Paraguay, por lo que se le denomina "paraguaya".

  El consumo masivo de esta sustancia en Chile comenzó en el año 1994, de esta fecha datan los primeros registros de incautación. Su nivel de consumo fue explosivo a nivel poblacional, ya que los principales receptores de esta droga resultaron ser jóvenes de poblaciones marginales, quienes se iniciaban en el consumo, habituándose y aceptándola en forma rápida, pues dados sus recursos económicos no tenían un rango de comparación respecto a drogas de "mejor calidad", por lo que recibiendo de buena forma los efectos de la nueva marihuana. Contrariamente los consumidores habituales, ya acostumbrados a las propiedades de la "marihuana chilena", optaron por no cambiar de sustancia, dado que la "Cannabis Sativa paraguaya" presenta una mayor concentración de THC, que junto con producir un efecto más intenso provoca fuertes cefaleas.

  El aumento del mercado trajo consigo un incremento de vendedores, por lo que en la actualidad éstos se han organizado, estableciendo asociaciones que abastecen un determinado territorio, realizando una venta al detalle a través de los denominados "papelillos", que contienen no más de 0,5 gramos. La venta se realiza en domicilios, en la vía pública o en puntos de encuentro que se acuerdan previo contacto telefónico.

  La droga, que llega a Chile prensada, por lo tanto compacta, es triturada y molida, para ello se utilizan elementos tales como martillos, destornilladores, chuchillos, entre otros. Los trozos obtenidos son introducidos a una juguera en la cual se muelen; el resultado de dicho proceso es una sustancia granulada, que se dosifica en los denominados "papelillos".

- Pasta Base de Cocaína: se debe indicar que los efectos de esta sustancia son devastadores, por lo que se convierte en la droga de mayor riesgo entre las que circulan por el territorio nacional. Sus efectos se deben a su alta toxicidad y sus propiedades químicas que la convierten en una sustancia altamente adictiva, lo que provoca una

angustia incontrolable al cesar su constante consumo, es por ello que en el lenguaje vulgar se le denomina la “Angustia”, y a sus consumidores “Angustiados”.

Sobre la Paste base se puede indicar que su aparición se inicia en poblaciones específicas de Santiago, a fines del año 1996, siendo su consumo muy focalizado, gracias a una fuerte labor de control que logra contener su avance; no obstante, la migración de traficantes santiaguinos a regiones sumado a la activación de traficantes locales, provocó una reaparición de esta sustancia, propagándose en poblaciones periféricas de diversas ciudades de Chile, llegando a convertirse en la actualidad en una de las drogas más abusada.

Existen ciertas ciudades en las que el fenómeno no se ha replicado de la misma manera, principalmente por el despliegue de una labor de control exhaustivo, junto a la implementación de programas de educación los que afortunadamente han posibilitado que exista un rechazo entre sus eventuales consumidores. El avance de esta droga constituye un problema serio, debido a las consecuencias de tipo conductual que produce en quienes la consumen.

Su forma de distribución al detalle, es a través de las denominadas “papelinas”, que no alcanzan a pesar 0,1 gramo, el contenido de éstas corresponde a un polvo de color beige, que se vierte en pipas artesanales, mezclándolo con cenizas de cigarro. Esta mezcla se somete a combustión, la cual desprende un humo que contiene las propiedades químicas de la droga, las cuales que producen una sensación extremadamente placentera, pero de corta duración (sólo un par de segundos). El éxito de ventas de esta droga radica en el estado de angustia excesiva que se produce luego de que pasa su efecto, ya que convierte al consumidor en un sujeto insaciable, que piensa únicamente en encontrar la forma de adquirir la sustancia, derivando en un comportamiento agresivo y violento.

- Clorhidrato de Cocaína: esta droga estimulante ha estado presente desde hace muchos años en Chile. Durante mucho tiempo fue de uso exclusivo para quienes podían cancelar su alto valor, no obstante, en los últimos años, su consumo se ha masificado y es común observarlo en todo estrato social. La forma de comercialización al detalle, durante muchos años se realizó en “papelillos”, en la actualidad se envasa en bolsitas (utilizando para estos las típicas bolsitas de nylon transparente que se emplean en la fabricación de helados caseros) en ellas se introduce una porción de cocaína que no sobrepasa los 0,5 gramos de peso bruto. La utilización de estas bolsitas permite que la sustancia no se humedezca y evita la emanación del olor característico de la droga, el cual eventualmente podría ser detectado por canes adiestrados en la incautación de sustancias ilegales.

  En las poblaciones de Santiago es común ver a traficantes que utilizan sus propias viviendas como puntos de distribución de drogas, los cuales paralelamente se dedican a la venta de otros productos lícitos, como por ejemplo helados, maravillas, papas fritas, etc., esto con la finalidad de justificar el constante ingreso a la vivienda en forma breve

de distintas personas, lo que constituye una conducta propia y clara de venta de droga, por tanto sospechosa para la policía.

5. CAMBIOS EN EL MODO DE OPERAR DE LOS NARCOTRAFICANTES

Al revisar cómo ha evolucionado la incursión de las drogas al país, se puede advertir que tanto las formas como los métodos de tráfico han ido variando de acuerdo al incremento de la demanda de éstas.

En forma especial ha aumentado considerablemente el número de sujetos infractores por el delito de narcotráfico, los cuales operan en distintos sectores, permitiendo con ello, una mayor oferta, mejor calidad y diversidad de sustancias. A nivel poblacional, quienes se dedican al tráfico son sujetos que constantemente están ligados a conductas transgresoras o infracciones legales, mientras que aquellos que operan en un nivel socio económico medio-alto, se caracterizan por ser personas carentes de valores éticos; sin embargo, en ambos casos la iniciativa surge a partir de la necesidad de ganar dinero en forma fácil y rápida, adquiriendo, junto con las ganancias, poder lo que les permite ser reconocidos por sus pares como líderes y modelos a seguir, jugando a ser verdaderos “jefes de mafía”.

Existe otro aspecto que hoy ya es común, y se sustenta en la necesidad de no operar en forma independiente, por lo que proceden a asociarse formando una estructura estratificada, la que se caracteriza por delimitar funciones y seguir un método de acción bajo una disciplina interna.

Es así que hasta hace algunos años, los pequeños traficantes poblacionales y regionales asumían todo el manejo de su acción, es decir, viajaban personalmente a Santiago a buscar algunos gramos para satisfacer su realidad de venta, o ha sectores rurales, para adquirir Cannabis Sativa chilena, procediendo luego a su dosificación, con la confección de los distintos contenedores, entre ellos papelillos, papelinas o bolsitas plásticas dependiendo de la sustancia a distribuir, encargándose, incluso de la venta al detalle. En la actualidad este tipo de traficante no ha desaparecido del todo, pero se ha comenzado a observar que al momento de lograr consolidarse, comenzando así la expansión de su mercado ilícito, se ve en la obligación de reclutar a nuevos integrantes comenzando algunos con la vinculación familiar.

La estructuración familiar hoy se reconoce como una forma válida y masiva de operar, siendo denominadas como “organizaciones familiares”, lo anterior, permite una fuerte cohesión, que se traduce en confianza, continuidad y seguridad, además tiene la garantía de que las ganancias favorecen y se quedan en la familia.

Otros casos de asociación corresponden a la “colaboración de otros intervinientes”; para esto utilizan principalmente a su círculo de amistades más cercano, garantizando de esta forma la confianza y lealtad, permitiendo además la segmentación del trabajo, mediante al formación de una agrupación en la cual el traficante adopta el rol de líder. En ellas se

realizan funciones diversas, para atender a las necesidades de la agrupación, entre las cuales se encuentran la seguridad, el transporte, la custodia, la guarda, etc. De esta forma el traficante sólo se dedica a controlar el funcionamiento de la mini organización, recaudando y cautelando las ganancias del negocio. Generalmente este tipo de agrupaciones se da en el entorno poblacional periférico de la ciudad, amparándose en el mismo entorno como método de protección con el fin de minimizar los riesgos ante eventuales acciones policiales de observación u operativas, siendo la población y en especial algunos de sus pobladores quienes actúan como aliados de los traficantes para obstruir la labor policial.

Este tipo de traficantes, abastece principalmente a jóvenes de su propio entorno y/o a micro traficantes de otras poblaciones.

Existen otros traficantes, que operan en forma más independiente, y que no generan reproche social. Ellos funcionan como verdaderos repartidores de pizzas, pues tras un contacto telefónico, acuerdan la entrega de droga en puntos determinados de la ciudad, operación que se realiza sin mayores inconvenientes. Este tipo de traficantes, opera a un nivel más elevado, pues sus clientes son generalmente profesionales.

Finalmente, se debe indicar que existen elementos indirectos asociados al delito de tráfico, los cuales son utilizados para concretar el propio acto, o para preparar y acondicionar la droga para su distribución, entre los elementos más comúnmente incautados se encuentran las armas de fuego, vehículos, celulares, jugueras, coladores, agendas, tijeras, trozos de papel, bolsas de todos tipos y tamaños (en especial bolsitas de helados), cintas adhesivas, monederos, mochilas, pinzas, pipas artesanales, papel de arroz, entre otros.

Realice ejercicios Nº 21 al 30