

VIOLENCIA JUVENIL Y CONSUMO DE DROGAS:

Modelos Teóricos (Algunas Inquietudes preliminares)”

Ponencia presentada en el I Congreso Virtual de la FAD sobre Violencia y Consumo de Drogas.

Dra. Rosa del Olmo¹

1. INTRODUCCIÓN

Agradezco la invitación de la FAD para compartir con mis colegas españoles algunas inquietudes relacionadas con el tema "Violencia Juvenil y Consumo de Drogas". Desde una perspectiva teórica, me preocupan de manera particular dos aspectos. Por una parte, la conexión que se establece con el propio título de este I Congreso Virtual entre violencia y consumo de drogas que me lleva a detenerme a considerar que significan los términos **violencia** y **drogas**. Y en segundo lugar, restringir la discusión al **consumo juvenil** lo cual no permite incorporar otras instancias de la relación violencia- drogas que van más allá del consumo mismo y que con frecuencia nada tienen que ver con este y donde también hay participación juvenil. Comprendo que al analizar el problema desde España, esta inquietud sea prioritaria por cuanto el problema del consumo de drogas, y especialmente de la heroína y el haschis, entre los jóvenes es significativo. Desde América Latina la discusión debería incorporar otras instancias.

2. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?

Al examinar el término violencia observamos que han sido diversos los discursos

que se han construido en torno a sus múltiples aristas dando lugar a cambiantes tipologías en concordancia con los cambios espaciales y temporales. De ahí que lo señalado hace más de veinte años, por el criminólogo norteamericano Jerome Skolnick sea pertinente aquí:

"La violencia es un término ambiguo cuyo significado es establecido a través de procesos políticos. Los tipos de hechos que se clasifican varían de acuerdo a quien suministre la definición y quienes tienen mayores recursos para difundir y hacer que se aplique su decisión" (del Olmo, 1975:296).

En otras palabras, el término violencia en sí mismo es un concepto político, lo cual explica las dificultades al intentar definirlo con precisión. A su vez, en la práctica el fenómeno de la violencia cruza múltiples campos interdisciplinarios y áreas de investigación, razón por la cual los estudios de violencia tienden a ser fragmentados y apolíticos, lo que ha impedido el desarrollo de una teoría general de violencia. En este sentido, se puede observar como el término violencia se emplea para referirse a un conjunto de hechos y situaciones tan heterogéneos que parecieran no tener conexión entre sí. Predomina la tendencia a formular tantas definiciones de violencia como sus posibles manifestaciones con lo cual todo es producto de la violencia y nada lo es, nadie tiene la culpa y todos la tienen. Consciente de esta complejidad, es preferible analíticamente plantear la existencia de violencias y no hablar de "la violencia".

Aquí, debido a la naturaleza del tema, se optará por identificarla con la delincuencia y la criminalidad, es decir, la llamada criminalidad violenta que incorpora todas aquellas actuaciones de individuos o gru-

¹ Abogada

Ex-Presidenta de la Fundación Félix Rivas
Caracas, Venezuela

pos que ocasionan la muerte de otros o lesionan su integridad física. Es decir, homicidios, lesiones personales, atracos, robos, violación, maltrato familiar y muertes y lesiones en el tránsito terrestre (Camacho y Guzmán, 1990:26).

3. ¿QUÉ SON LAS DROGAS?

Al intentar considerar las drogas, y ubicándome en mi escenario geográfico, la situación se complica mucho más porque no hay duda que desde la década de los ochenta son escasos los habitantes del continente americano que no hayan tenido algún vínculo con la palabra droga. Su presencia se hace sentir en el campesino que la cultiva como único medio de subsistencia, de igual modo que en el banquero que aumenta su capital a costa de ella; en el adolescente de nuestras ciudades que la consume para imitar a su cantante favorito, de igual modo que en el niño de barrio que la busca para matar el hambre; en la madre que se aterroriza ante la posible dependencia de su hijo, de igual modo que en el ama de casa que se la pide al médico para sentirse menos inferior socialmente; en el negro del ghetto que se la inyecta para olvidarse de la discriminación; de igual modo que en el joven funcionario que la inhala para soportar la competencia en el trabajo; en el policía que la combate, de igual modo que en el político que la inhala. Hombres y mujeres, ricos y pobres, viejos y jóvenes, negros, indios y blancos, todos la conocen. Unos la cultivan, otros la producen, otros la negocian, otros trabajan para ella sin saberlo, otros la consumen, otros la condenan y los demás la temen. Su presencia se hace sentir de una u otra forma porque es el negocio-económico más espléndido de la actualidad.

Precisamente por esta situación tan compleja y con tantas implicaciones, estamos

ante un tema confuso por la proliferación de literatura y la escasa investigación científica, mitificado por estar sobresaturado de cargas emocionales y espinoso porque el mito y sus tabúes impiden abordar una serie de aspectos. A su vez, su estudio genera contradicciones convergentes de acuerdo a cómo se enfoque. Si se enfatiza la determinación individual, los actores son lo único importante. Si se parte de la determinación estructural, los procesos son prioritarios permitiendo establecer relaciones entre fenómenos que a primera vista parecieran no tener conexión alguna.

A la hora de precisar lo que vamos a entender por el término "droga" también surgen problemas. ¿Incluimos sólo aquellas sustancias capaces de alterar el sistema nervioso central y de generar dependencia, definidas penalmente como prohibidas o ampliamos su caracterización tomando en consideración el posible daño a la salud?

De todas las clasificaciones que existe, y que son muchas, me inclino por la categorización que de las mismas hiciera el psiquiatra español F. Alonso Fernández (1988:95). Así podemos referirnos a: 1. Drogas institucionalizadas o legales, las cuales disfrutan de un amplio margen de libertad para su producción, tráfico y consumo (por ejemplo, alcohol, nicotina, cafeína, etc.); 2. Drogas farmacéuticas, las cuales disponen de indicaciones médicas para su administración (por ejemplo, barbitúricos, tranquilizantes, anfetaminas, benzodiazepinas, etc.); 3. Drogas industriales, comercializadas con finalidades no comestibles o bebibles (por ejemplo, pegas, solventes, aerosoles y otras sustancias inhalables) y 4. Drogas clandestinas, cuya producción, tráfico y consumo se encuentran legalmente proscritos (por ejemplo, cocaína, marihuana y heroína).

Por otra parte, los obstáculos epistemológicos son demasiado complejos porque en este campo confluyen tantas instancias que penetran todos los campos de las ciencias sociales. Es posible realizar la reflexión económica, socio-política, geopolítica, psicológica, cultural y por supuesto criminológica. En última instancia limitarse a una de ellas impide comprender el fenómeno en su totalidad porque todas las instancias son interdependientes.

Por último, todas las drogas pueden ser calificadas como problemáticas en términos de salud, con lo cual ninguna debería ser excluida.

4. LA CONEXIÓN CRIMINALIDAD VIOLENTA/DROGAS

La conexión criminalidad violenta/drogas tiene una compleja historia que se remonta a las primeras décadas de este siglo, cuando se empiezan a criminalizar las drogas con las primeras leyes penales sancionadas en Estados Unidos. No es este el momento para profundizar sobre los conflictos políticos y sociales que originaron esta situación.

En un comienzo la preocupación no giraba en torno a la conexión criminalidad violenta/drogas, sino sobre la relación delincuencia-consumo de drogas.

En este sentido, desde 1920 hasta 1970 se llevaron a cabo cientos de estudios para establecer la relación entre la delincuencia y el consumo de drogas con un interesante debate entre los partidarios del "modelo médico de la adicción" y el "modelo delictivo". Sin embargo, tal como lo plantean los investigadores norteamericanos Inciardi y McElrath, "Las teorías, hipótesis, conclusiones y otros resultados fueron de muy escaso valor por una serie de sesgos y deficiencias en la misma naturaleza de sus diseños. Dadas las múl-

tiples dificultades metodológicas fue imposible sacar conclusiones confiables sobre la naturaleza de la relación drogas-delincuencia y su magnitud, forma, alcance o dirección". Además y, quizás lo más importante, añaden los autores, "es que no tomaron en cuenta que hay muchos tipos de drogas y de usuarios; que la naturaleza y los patrones del consumo cambiaban constantemente; que la pureza y la disponibilidad de las drogas era dinámica y no estática y que, tanto la criminalidad relacionada con las drogas como los criminales consumidores sufrían una continua metamorfosis" (1995-223-224).

La falla fundamental de estos primeros estudios fue querer sacar conclusiones sobre la relación entre las drogas y la delincuencia, enfocando casi exclusivamente la relación sobre el consumo de heroína y el robo. En otras palabras, planteaban la existencia de una relación consumo de heroína-necesidad económica-conducta delictiva (Otero López, 1996:6).

A lo que sí contribuyeron todos estos resultados contradictorios fue a reforzar el discurso sensacionalista y demonizador de los medios para crear pánico en la opinión pública y, de esta manera, legitimar y consolidar a los organismos encargados de la represión de drogas. Así se fueron creando una serie de estereotipos, como por ejemplo el de "el adicto como leproso social, inmoral y vicioso, quien no puede escapar de su responsabilidad por sus acciones por lo cual debía sufrir un castigo rápido e imparcial", tal como lo difundía el Bureau de Narcóticos del gobierno norteamericano, o el de que "la marihuana era la droga asesina que inspiraba crímenes de violencia, actos de exceso sexual, impotencia, demencia y degeneración moral" (Reasons, 1975:21). Y en los años cincuenta, cuando se caracterizaba a las drogas "como agentes de subversión y

corrupción y a quienes estaban asociados con ellas como políticamente sospechosos" (Reasons, 1975:23).

Por lo tanto, en un comienzo, tal como lo plantea el especialista español Otero López, "la generalización de los hallazgos de un tipo muy concreto de trabajos, con un tipo muy específico de población, generó la creencia de que existe una fuerte vinculación entre el consumo de drogas y los delitos contra la propiedad, aceptado por la opinión pública y determinante en el diseño de las políticas públicas de prevención e intervención de la época" (1996:7).

Predominaba un discurso calificado como "científico" que consideraba el consumo de drogas como generador de delito, lo cual sirvió para defender las políticas públicas y el uso de fuerza física contra las amenazantes minorías (Cohen, 1990:3)

Es sólo a partir de los años setenta, que la investigación comenzó a generar una mejor comprensión de la conexión criminalidad violenta/drogas, a partir de la creación en los Estados Unidos de una serie de institutos de investigación, entre ellos el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), a nivel oficial, entre cuyos objetivos estaba estudiar la vinculación entre la criminalidad y el consumo de drogas.

El tema llegó a constituirse en prioritario para una serie de investigadores sociales más allá de Estados Unidos con la finalidad de aclarar la forma en que se relacionan entre sí estos dos fenómenos. Es importante recordar aquí, que aparte de la preocupación científica, los mitos populares ejercían una indudable influencia no sólo en la formulación de políticas públicas, sino también en las propias empresas de investigación. De esta manera surgieron tres hipótesis. La primera sostenía que

"la droga causa delincuencia"; la segunda que "la delincuencia causa consumo" y la tercera que "no existe relación causal entre ambas conductas sino que son resultado de otros factores comunes".

A pesar de estas nuevas inquietudes, los numerosos estudios realizados todavía son poco consistentes y difícilmente generalizables, como conocimiento acumulativo, dada la diversidad de muestras y definiciones operativas. Una revisión de los trabajos existentes hasta 1980, realizada por un grupo de investigadores norteamericanos llegó a la siguiente conclusión:

"La literatura existente es tanta y los métodos utilizados para abordar el problema de la relación droga-delincuencia son tan variados que es difícil identificar lo que se conoce" (Otero López, 1996:8).

En lo único en que existe acuerdo es en que la relación existe, pero la naturaleza de la vinculación permanece inespecífica y en controversia. No se ha logrado responder ¿qué causa qué? (Otero López, 1996:164).

Tal como lo plantea el especialista español Otero López, citando una serie de estudios, esta relación varía en función de una serie de factores como por ejemplo de la edad, el sexo; de la muestra utilizada; de qué tipo de droga y qué frecuencia de consumo se considere; de cómo se define la delincuencia, de qué técnicas de recolección de datos se utilicen (1996:10-11).

Simultáneamente a estos estudios, se comenzaba a ampliar el panorama: De este modo, en 1972 Naciones Unidas publica un informe preparado por el Secretario General, denominado "Uso Indebido de drogas y delincuencia", donde se plantea la necesidad de distinguir entre 1. Los de-

litos cometidos bajo la influencia de drogas o "relación directa" y 2. Los delitos cometidos para obtener drogas o "relación indirecta". Además el documento cuestiona algunos mitos cuando señala que los términos "delincuencia" y "uso indebido de drogas" no son realidades absolutas, para discutir a continuación, dentro de la "relación directa", la diferencia según cada tipo de droga, donde destaca la estrecha relación entre el alcohol y la criminalidad violenta (1972:18-19). A su vez, cuando se refiere a la "relación indirecta", establece la importancia del incremento de la criminalidad al hecho de que las drogas, por regla general, deben comprarse ilícitamente, lo cual lleva a contactos con el medio criminal y a la perpetuación de actos delictivos (ONU, 1972:18-19).

En la década de los ochenta, y particularmente, a raíz de la publicación en 1985 del trabajo del investigador norteamericano Paul J. Goldstein, llamado "La conexión drogas/violencia: un marco conceptual tripartito", se amplió el margen de comprensión frente al problema sirviendo de referencia para una serie de estudios posteriores.

Tal como hemos podido observar, hasta la aparición del mencionado artículo, la mayor parte de la investigación se dirigía a establecer posibles vínculos entre el consumo de drogas y los delitos contra la propiedad, dándole muy poca importancia a su contenido violento. Sería Goldstein, si no el primero, al menos el autor más conocido, quien plantearía otras alternativas, al señalar tres formas de establecer la conexión criminalidad violenta/drogas, a través de tres modelos, presentados como tipos ideales para fines operativos.

En primer lugar, el modelo psicofarmacológico que establece la relación entre el consumo de drogas y la conducta delicti-

va. Incluye aquellos individuos que pueden volverse irritables o irracionales, a raíz de la ingestión de determinadas sustancias, y en consecuencia manifestar conducta violenta, especialmente por el consumo de alcohol, estimulantes, barbitúricos y PCP. Aquí el autor incorpora hechos antes ignorados como la violación, el maltrato familiar y homicidios y lesiones en el tránsito terrestre. Se trata de una criminalidad inducida.

Su frecuencia, sin embargo, no es de la magnitud señalada en el discurso de los medios y tampoco se ha podido demostrar la relación en términos causales directos, sino más bien de correlación ya que ninguna droga posee propiedades criminogénicas universales (Brochu, 1993:313).

En segundo lugar, el modelo económico-compulsivo para incluir aquellos consumidores que participan en criminalidad violenta para costear su consumo y por lo tanto, su motivación principal es conseguir dinero. Las drogas más relevantes son la heroína y la cocaína por su alto costo y los patrones compulsivos de consumo que generan. No obstante, se excluyen aquellos consumidores que tienen los medios económicos. En su mayoría son hechos que sólo se vuelven violentos dependiendo del contexto social en que se realizan (Goldstein, 1995:257). Se trata de una criminalidad funcional.

Es decir, que este modelo, tal como señala el criminólogo canadiense Serge Brochu "se aplica sólo a las personas que tienen escasos recursos para responder a su consumo y a su dependencia en un contexto socio-político que posibilita que esas drogas se negocien a altos precios. Por lo tanto, este modelo no toma en cuenta sino parte de la realidad, pero su generalización simplista ha servido para

implementar la mayoría de las políticas públicas" (1995:163).

Las víctimas de la violencia económico-compulsiva así como de la violencia psicofarmacológica pueden ser cualquier ciudadano (Goldstein, 1995:257).

En tercer lugar, el modelo sistémico para explicar la violencia intrínseca al involucramiento con cualquier sustancia ilegal. Se refiere a los patrones tradicionales de interacción dentro de los sistemas y redes del tráfico y distribución de drogas ilegales (Inciardi, 1990:100).

Estamos ante una criminalidad violenta que tiene una serie de fines entre los cuales Goldstein señala los siguientes casos: "(1) disputas sobre territorio entre distribuidores de drogas rivales; (2) asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución como medio de imponer códigos normativos; (3) robos a distribuidores de drogas y la retaliación violenta del distribuidor o jefes; (4) eliminación de informantes; (5) castigo por vender drogas adulteradas o falsas; (6) castigo por no pagar deudas; (7) disputas sobre drogas o su parafernalia; (8) robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas" (Goldstein, 1995:257).

Un ejemplo que ilustra este modelo fueron los 621 homicidios relacionados con drogas, ocurridos en la ciudad de Miami en 1981, dentro del contexto calificado por una serie de periodistas de la época como "Las guerras de la cocaína". Tal como lo describe Inciardi: "durante años el balance de poder en la jerarquía del tráfico de cocaína era estable. Los colombianos compraban la pasta-base en Bolivia y Perú y la procesaban en polvo de cocaína en su país para embarcarla hacia el norte, dónde los cubano-americanos eran intermediarios y se encargaban de la

distribución local o la enviaban a otros Estados. A finales de los setenta, los colombianos decidieron eliminar a los intermediarios y acaparar la distribución de la cocaína en la Florida. Como resultado se desató la guerra, con el elevado saldo de muertes de parte y parte, pero los colombianos ganaron" (1990:107). Haber controlado gran parte del mercado tuvo mucho que ver con la posterior estigmatización de estos.

Por lo tanto, este modelo es el de mayor violencia. Se trata de una criminalidad conflictiva, generada por la ilegalidad del negocio. Violencia que ha sido considerada como una forma de control social y de regulación económica (Fagan & Chin, 1990:13).

Como se podrá observar por lo expuesto, esta tipología, y en especial el tercer modelo, ha permitido abrir nuevas líneas de reflexión sobre la conexión criminalidad violenta/drogas. Por otra parte, sirvió sin proponérselo ya que se limita a los actores y no a los procesos, para ampliar el análisis hacia la determinación estructural. Anteriormente, todos los estudios, de algún modo, se limitaban a examinar el fenómeno no sólo en términos de la determinación individual sino dentro del binomio consumo de drogas/conducta delictiva.

También es cierto que, a partir de mediados de la década de los ochenta, por una serie de razones imposibles de analizar dentro de los límites de esta ponencia, la realidad de la criminalidad violenta así como del negocio de las drogas sufrió una metamorfosis de tal magnitud que era necesario replantar los paradigmas. De esta manera, en el mundo académico se abrieron caminos, a pesar de la permanencia de los mitos en gran parte del contenido de las políticas públicas.

5. ¿DELINCUENCIA JUVENIL Y DROGAS?

Ante todo lo expuesto, y la complejidad del tema que evidentemente va más allá del llamado "modelo psicofarmacológico" queda abierto el debate para una discusión posterior que aborde las diferentes manifestaciones de violencia criminal o delincuencia juvenil que pueden llevarse a cabo en conexión con las drogas, en muchos casos no tanto producto de las drogas mismas sino de ser ilegales. Habría que intentar responder además si la violencia (léase **delincuencia**) juvenil es anterior o posterior al consumo de drogas, tema muy debatido.

6. EPÍLOGO

Quisiera cerrar esta presentación citando al filósofo francés Giles Lipovetsky, cuando en su libro La Era del Vacío dice al referirse a las violencias modernas lo siguiente:

"Hoy día las violencias que estallan en los ghettos (léase en nuestro caso "barrios") se apartan de cualquier proyecto histórico, fieles al proceso narcisista. Revolución pura del desempleo, del paro, del vacío social. Al licuar la esfera ideológica y la personalidad íntima, la legitimación del placer y la modelación de las instituciones a las aspiraciones individualistas - ha liberado una violencia tanto más dura porque no tiene esperanza, no future, a imagen y semejanza de la nueva criminalidad y de la droga. La evolución de los conflictos sociales violentos es la misma que la de la droga: después del viaje psicodélico de los años 60, símbolo de contracultura y revuelta, la era de la toxicomanía banalizada de la depresión sin sueño, el hundimiento lumpen por los medicamentos, por las lacas, el kerosene, los pegamentos disolventes y barnices para una población cada vez

más joven. Ya sólo queda incendiar las calles, saquear las tiendas". (1986:219).

7. BIBLIOGRAFÍA

BARRE, M.D. (1994) Toxicomanie et delinquance, París: Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Penales.

BLUMSTEIN, A. (1993) "Making Rationality Relevant" Criminology Vol. 31, N° 1.

BROCHU, S. (1993) "Etat des connaissances scientifiques concernant la relation drogue-crime", Revue Internationale de Criminologie et de police technique Vol. XLVI N°.3.

----- y A. GUZMAN (1990) "La violencia y la multiplicidad de las violencias", Cali: Universidad del Valle.

COHEN, P. (1990) Drugs as a Social Construct, Utrecht: Elinkwisk.

COLLINS, J.J. (1990) "Summary Thoughts about Drugs and Violence" en De la Rosa, M. E.Y. Lambert & B. Gropper (Editores) Drugs and Violence; Causes, Correlates and Consequences, NIDA Research Monograph 103, Rockville: National Institute on Drug Abuse.

DEL OLMO, R. (1975) "Limitaciones para la prevención de la violencia" en Los Rostros de la Violencia, Maracaibo: Universidad del Zulia.

DOUGLAS ANGLIN, M. & YIH-ING HSER (1987) "Addicted women and crime", Criminology Vol. 25, N°. 2, mayo.

FAGAN, J. & KO-LIN CHIN (1990) "Violence as Regulation and Social Control in the Distribution of Crack" en Mario de la Rosa y otros (Editores) Drugs and Violence: Causes. Correlates and Consequences, NIDA Research Monograph 103, Rockville: National Institute on Drug Abuse.

GOLDSTEIN, P.J. (1995) "The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework" en J.A. Inciardi & K. McElrath (Editores) The American Drug Scene: An Anthology, Los Angeles: Roxbury Publishing Co.

INCIARDI, J.A. (1993) La guerra contra las drogas, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

----- (1995) "Heroin Use and Street Crime" en J.A. Inciardi & K. McElrath (Editores) The American Drug Scene: An Anthology, Los Angeles: Roxbury Publishing Co.

----- & K. MCEL RATH (1995) (Editores) The American Drug Scene: An Anthology, Los Angeles: Roxbury Publishing Co.

KREUSER, A., R. ROMER-KLEES & H. SCHNEIDER (1992) "Drugs and Delinquency: Some Results of a Current Self-Report Study of University Students and of Recent In-Depth Interviews with Drug Addicts" en G. Buhninger & J.J. Platt (Coordinadores) Drug Addiction Treatment Research: German and American Perspectives, Malabar Florida: Krieger Publishing Co.

LIPOVETSKY, G. (1992) La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo, Barcelona: Anagrama.

NURCO, D.C., T. WIKINLOCK & TH. E. HANLON (1995) "The Drugs-Crime Connection" en J.A. Inciardi & K. McElrath (Editores) The American Drug Scene: An Anthology, Los Angeles: Roxbury Publishing Co.

ONU (1972) "Uso Indebido de Drogas y delincuencia", Boletín de Estupefacientes, Vol. XXIV, N°.4, octubre-diciembre.

OTERO LOPEZ, J.M. (1996) Droga y Delincuencia: Concepto, Medida y Estado actual del conocimiento, Madrid: Ediciones Piramide.

REASONS, CH. E. (1975) "The Addict as a Criminal - Perpetuation of a Legend", Crime and Delinquency, Vol. 21 N°1.

REISS, A.J. (1984) "The law of supply and demand in the consumption and trafficking of drugs in the U.S.: problems of prevention, repression and control", Quito: XXXV Curso Internacional de Criminología.

UNSDRI (1984) Combatting drug abuse and related crime, Roma: Fratelli Palombi Editori.

VEGA FUENTE, A. (1990) "Delincuencia y Drogas: reflexiones pedagógicas", Delincuencia/Delynquency, Vol 2.

WEBB, V.J. & M.A. DELONE (1995/96) "Drug Use among a misdemeanorant population: Exploration of a legal syllogism of the Drug War", Crime Law and Social Change, Vol. 24, N°.3.

APORTES CONCEPTUALES DE LA CRUZ BLANCA PANAMEÑA

La Cruz Blanca Panameña es una organización privada, apolítica, no confesional y sin fines de lucro; fundada el 24 de Junio de 1978, por Doña Margarita Arjona de Vallarino. La misión de la Cruz Blanca Panameña es la de contribuir, de manera decisiva, en la prevención del uso indebido de drogas en la sociedad y en la rehabilitación del adicto. Desde 1991, la Cruz Blanca posee carácter consultivo ante la Organización de las Naciones Unidas. La Presidenta Nacional de Cruz Blanca Panameña es Doña Margarita Vallarino de Reátegui.

La Cruz Blanca lleva adelante su misión a través de una serie de programas y servicios de prevención orientados en los tres niveles básicos: prevención primaria, secundaria y terciaria.

El actual Director Ejecutivo es el Lic. Enrique Warner, M.P.H., especialista de vasta trayectoria en el campo de la investigación, prevención y tratamiento de las farmacodependencias quién, además, es uno de los Consultores Temporeros del Instituto Interamericano del Niño (IIN) para sus programas regionales.

La presentación que se expone a continuación es autoría del Dr. Saúl Alvarado de Cruz Blanca Panameña.

Por más información sobre esta institución dirigirse a:

Cruz Blanca Panameña
Dirección Postal: Apdo. 810-119 Zona 10
Panama
Panama
Tel: (507) 270 0231
Fax: (507) 270 0338

1. LA CODEPENDENCIA

Es un hecho que las personas que rodean al adicto se afectan y se adaptan al ciclo adictivo, formando parte de la conducta enferma, aun de manera involuntaria.

Llamamos codependencia a la conducta que desarrolla cualquier familiar o compañero de una persona que muestre síntomas de adicción. La conducta codependiente refuerza la negación del adicto y con esto se facilita el consumo de drogas, convirtiéndose en parte del sistema que apoya la conducta adictiva.

Tanto el adicto como el codependiente desarrollan negación la les impiden percibir con claridad las consecuencias de sus propias conductas y la forma en que estas les afectan. Esta negación es la suma de los procesos de supresión subconsciente, la represión, proyección y racionalización que el adicto y el codependiente utilizan para ayudarse a creer que la adicción no es un problema.

Los codependientes se comportan de esa manera para adaptarse al sistema adictivo. Ellos son usualmente familiares del adicto, pero pueden ser amigos, compañeros de trabajo u otros que tengan una relación con el adicto.

Al principio se pensó que la codependencia era una reacción a la conducta del adicto solamente, pero a veces las conductas codependientes pueden persistir a pesar de que la persona no este en relación con el adicto.

La codependencia puede ser diagnosticada como un problema primario aun que no pueda identificarse ningún problema previo o coexistente en ninguna otra per-

sona del mismo sistema. (Cermak, 186. Schaef, 1986. Wegscheider-Cruse, 1985.)

La aparición de codependencia se ha notado en familias donde el abuso físico o sexual se presenta, aun sin haber consumo de sustancias.

Otro nombre del codependiente es el de facilitador, pues su conducta facilita que el adicto continúe con su conducta adictiva. El facilitador lo que hace es negarle al adicto la oportunidad de asumir la responsabilidad por las consecuencias negativas de su conducta inadecuada, y "ayuda" al adicto a cubrir las apariencias o a enmascarar su conducta problemática. (Levinson y Straussner, 1978.)

El establecimiento de una relación fuerte, positiva y de mutua colaboración entre el terapeuta y el cliente es esencial para el éxito de la terapia, pero si el terapeuta se convierte en un facilitador, esto es negativo y peligroso para el paciente, pues puede y de hecho agrava el proceso adictivo.

Los codependientes desarrollan negación acerca de la necesidad que tienen de controlar el mundo que los rodea. Cada vez que se ven en la situación de no poder controlar la conducta del adicto, se sienten fuertemente culpables e inadecuados.

Como resultado de este proceso psicológico enfermo, el codependiente invierte gran cantidad de tiempo y esfuerzo tratando de controlar la conducta del adicto y del entorno, pues tienen la percepción de que su autoestima depende de su habilidad para controlar al adicto.

Cuando los intentos de control fallan repetidamente, la autoestima del codependiente baja. Mientras la autoestima baja, el codependiente se hace mas compulsivo en sus intentos de controlar al adicto.

Lo cierto es que el codependiente es impotente para controlar la conducta del adicto, pero por efectos de su creencia distorsionada acerca de su rol en la relación, termina perdiendo el control de su propia conducta, facilitando con esto la continuidad de la conducta adictiva.

Tanto la adicción como la codependencia son enfermedades o condiciones patológicas que disminuyen la calidad de vida de las personas y de sus familias, por lo que deben ser diagnosticadas y tratadas de manera eficaz.

2. APUNTES SOBRE LA COCAÍNA

El alarmante aumento del uso y abuso de la cocaína en nuestro ambiente social aunado a un desconocimiento manifiesto del manejo adecuado tanto de los procesos agudos de intoxicación como de la dependencia cocaínica, tienen como consecuencia un subregistro de los casos a nivel nacional y además que nuestros pacientes deterioren su estado general sin que se les haya ofrecido una alternativa viable para su problema de drogas.

Muchas veces esto es causado por un fenómeno de negación en el cual se incluye tanto al propio paciente, como a sus familiares y aun a veces a la misma comunidad en general.

El objetivo de este artículo es exponer algunos hechos concretos acerca de esta problemática, sus implicaciones médicas y de esta manera contribuir a la toma de conciencia de las personas que de una manera u otra tenemos la responsabilidad de tomar parte en la solución de este problema social.

2.1. CONSTITUCIÓN QUÍMICA

La cocaína es un alcaloide extraído de la *Eritroxillum coca*, arbusto originario de Perú y Bolivia cuyas hojas eran mascadas por los indígenas sudamericanos para aprovechar los efectos estimulantes y aligerar la fatiga de la faena diaria de trabajo. Este alcaloide fue aislado por primera vez de la hoja de coca en 1860 por el químico alemán Newman.

2.2. FORMAS DE PRESENTACIÓN

La presentación más común de la cocaína es el clorhidrato de cocaína el cual es un polvo blanco, cristalino, soluble en agua y con efectos anestésicos al contacto con la piel y mucosas. Además tiene efectos vasoconstrictores. Esta última propiedad es la que explica su único empleo médico actual en el campo de la cirugía de fosas nasales (ORL). Aparte de esto no posee ningún otro uso médico. Sin embargo su alto margen de consumo y su popularidad se explica debido al consumo ilícito como droga "recreacional" que ha venido en un vertiginoso aumento entre los jóvenes y adultos del mundo entero, en las últimas décadas. Se estiliza la inhalación del clorhidrato de cocaína a través de las fosas nasales y ocasionalmente se usa diluido con agua para administración intravenosa. Su distribución está en manos de traficantes clandestinos, pero los efectos de su uso y abuso son evidentes en la comunidad de pacientes que acuden tanto a los cuartos de urgencias de nuestro país como a los consultorios ambulatorios públicos y privados.

Otras de las presentaciones de la cocaína en nuestro medio son: el basuco y la piedra.

El basuco es un producto colateral del proceso de fabricación del clorhidrato y es sumamente tóxico. Su aspecto es el de un polvo chocolate de carácter terroso que

contiene algún porcentaje del alcaloide pero en su mayor parte está compuesto de residuos propios del proceso de elaboración de la pasta básica. Es más barato que el clorhidrato y se utiliza fumándolo con tabaco o marihuana.

La modalidad más reciente de presentación de la cocaína en nuestro medio es la llamada "piedra". Esta es un sólido cristalino que consiste en el alcaloide de cocaína en su forma de base libre. Es insoluble en agua pero se disuelve en solventes orgánicos. Se obtiene desplazando al ácido clorhídrico de la molécula del clorhidrato con bicarbonato de sodio o amoníaco. Se consume por sublimación mediante la aplicación de calor a una mezcla de la base y ceniza en un dispositivo especial o 'pipa para piedra'. Su efecto euforizante así como el desarrollo de la dependencia es mucho más rápido que con la inhalación nasal.

2.3. VIAS DE ADMINISTRACION

El clorhidrato de cocaína es la forma de presentación más común de esta droga y consiste en un polvo blanco insoluble con poder anestésico local y efecto vasoconstrictores marcados. El clorhidrato de cocaína generalmente se consume de forma intranasal donde produce anestesia y vasoconstricción de las mucosas y presenta una rápida absorción a través de la vasculatura de la nasofaringe. El clorhidrato también puede ser administrado por vía intravenosa demorando solo 16 segundos en llegar al cerebro y produciendo sus efectos máximos en 30 segundos los cuales van decreciendo en los próximos 30 minutos.

Otra forma de administración frecuentemente usada es la inhalación de cocaína volatilizada. Esta forma cada vez más popular de consumo produce una rápida

aparición de los efectos, y delirio de persecución con el uso crónico. Se produce una rápida absorción de la cocaína volatilizándose demorando 8 segundos en llegar al cerebro y los efectos máximos se presentan a los 30 segundos y decrecen en una forma muy rápida.

2.4. EFECTOS FARMACOLOGICOS

La cocaína está catalogada como una droga psicotrópica la cual es un potente estimulante en el sistema nervioso central produciendo un cuadro caracterizado por hiperestimulación, hiperalerta, euforia y megalomanía. En dosis extremas produce también temblores, convulsiones y delirio. Con el uso repetido aparecen los efectos tóxicos en otras partes del cuerpo como son taquicardia, hipertensión, midriasis, contracciones musculares, formicación, alucinaciones visuales miniaturizadas, insomnio, ansiedad y nerviosismo extremo, ideas delirantes paranoides, conductas violentas y muertes debidas a colapso cardiorespiratorio.

2.5. METABOLISMO

Una vez en el cuerpo, la cocaína es metabolizada principalmente por las colinesterasas, ya sea la plásmatica, hepática o cerebrales. En los humanos los metabolitos resultantes son benzoil-ecgonina y el éster metílico de la ecgonina. Estos metabolitos son productos más hidrosolubles que son excretados en la orina. La vida media del alcaloide de cocaína es de 19 a 168 minutos, lo que hace una vida media muy corta. Sin embargo los metabolitos pueden durar hasta 5 días en el plasma, detectándose en la orina hasta por 7 días luego del último consumo.

2.6. TOXICIDAD

En una encuesta realizada entre cirujanos plásticos en los Estados Unidos se obtuvo que en una estadística de cinco muertos, treinta y cuatro reacciones severas de ciento ochenta mil pacientes de los que se les suministró cocaína tópica sin embargo es en el uso no médico donde se demuestra la mayor toxicidad y es a menudo frecuente la intoxicación sobre dosis y síntomas tóxicos la intoxicación se basa en estimulación severa en el sistema nervioso central, convulsiones y fallas respiratorias. La muerte puede ocurrir luego de cualquier ruta de administración si la dosis es suficiente, es más frecuente sin embargo luego de la administración intravenosa.

2.7. TIPOS DE CONSUMO

Basándonos en las características conductuales del consumo podemos diferenciar el uso "recreacional" del consumo compulsivo que caracteriza a la enfermedad adictiva.

Bajo la denominación de consumidores "recreacionales" es posible clasificar tres subtipos.

1. Experimental. Esta persona ha probado la droga una o pocas veces. Como la experiencia fue neutral o aún negativa, el o ella no volverán a usar la droga. El consumidor experimental de cocaína, por ejemplo, ha inhalado algunas "líneas" de cocaína y ha encontrado que la droga no le produce la euforia esperada o por el contrario le produce disforia. Luego de una segunda experiencia similar con la droga, el o ella no volver a usar la droga nuevamente.

2. Ocasional. Este es el llamado consumidor "social" quien recurre al uso de dro-

gas de manera ocasional. Este consumo ocurre casi siempre en un ambiente social tal como una fiesta. El consumo es de bajo nivel, y el consumidor experimenta pocas consecuencias adversas como resultado. En el caso de un consumidor ocasional de cocaína, la cantidad raramente excede el 1/4 de gramo y la vía de administración es intranasal. Recordar que la mayoría de los adictos pasaron por esta fase al comienzo de su carrera de consumo.

3. Abuso. Esta persona puede ocasionalmente abusar de la droga intoxicándose. El consumidor de cocaína que entra en esta categoría es el que consume cantidades crecientes de la droga (1/2-1 gramo) y frecuentemente comenzará a experimentar con la inyección intravenosa de la droga o fumando base libre. Este tipo de abuso es el resultado de una decisión cognitiva y conciente de abusar de la droga y difiere cualitativamente del consumo adictivo. La transición de consumidor social a un abusador es una diferencia de grados; la transición entre el abusador y el consumidor adicto es una diferencia de tipo. El abusador puede, por una cantidad de razones, escoger el limitar su consumo de droga y revertir hacia ser un consumidor social.

El Consumo compulsivo

Este tipo de consumo es el que se presenta cuando el paciente ha desarrollado dependencia hacia la cocaína. Se caracteriza por ser episódico y compulsivo. O sea que el paciente puede no consumir todos los días, pero cuando lo hace es de manera compulsiva y con pérdida del control. Los intentos de control por parte del dependiente son infructuosos y comienza a notarse uso a pesar de daño. Con el consumo compulsivo o adictivo se presentan los fenómenos de tolerancia y dependencia química.

2.8. TOLERANCIA

A pesar de que anteriormente se pensaba que la cocaína no desarrollaba tolerancia hay suficiente evidencia clínica hoy en día para que asevera que evidencia la tolerancia de la cocaína. Sin embargo la tolerancia en este caso no se debe a cambios en el metabolismo o la excreción de la sustancia sino mas bien a mecanismos de adaptación farmacodinámicas a los efectos de la droga, debido a cambios neuroquímicos de mecanismos adaptativos del cerebro en presencia de la droga. También se nota una tolerancia a corto plazo debido a la depresión de los neurotransmisores en las terminaciones nerviosas.

2.9. DEPENDENCIA

Anteriormente se pensaba que la cocaína solo producía habituación psicológica y no dependencia física. Sin embargo, hoy día no es útil la separación semántica entre la dependencia psicológica y la dependencia física. La necesidad psicológica de continuar el uso es una parte de la adicción tanto como la necesidad física de evitar el síndrome de abstinencia. Con la cocaína, la dependencia psicológica es mucho mayor que la dependencia física, sin embargo, la evidencia clínica sugiere que existe un verdadero síndrome de abstinencia que sigue al uso prolongado de cocaína: depresión, aislamiento social, deseo de usar, temores, dolores musculares, disturbios en el apetito, cambios en el electroencefalograma, cambios en los patrones de sueño son definitivamente muestras de algo mas que una simple dependencia psicológica.

La definición moderna de la dependencia a la cocaína utiliza el termino dependencia química que incluye el consumo compulsivo, la pérdida del control sobre el

consumo y uso continuado a pesar de consecuencias negativas. Otro de los síntomas característicos de esta dependencia es la negación, que incluye la minimización, la racionalización, la justificación, como parte del componente psicológico de la dependencia.

El diagnóstico de dependencia química a la cocaína puede hacerse basándonos en los criterios esbozados en el DSM-III (Manual de Diagnóstico y Clasificación de los Desordenes Mentales). La aceptación de la dependencia cocaínica como enfermedad, ha ido en aumento en los últimos años, tal vez por el aumento notorio de los casos y por el nacimiento de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción que ha estado formando conciencia dentro del gremio médico sobre este asunto.

Según esta nueva corriente médica, la dependencia a la cocaína es considerada como una enfermedad primaria, crónica, progresiva y frecuentemente mortal si no se detiene. Existe tratamiento disponible actualmente y se basa en la abstinencia total y terapias de grupo, ya sea de manera intrahospitalaria como ambulatoria.

Existe también una comunidad cada vez mas grande de personas que han superado la adicción activa y que se están recuperando de esta enfermedad.

2.10. EPIDEMIOLOGIA

La cocaína comenzó a usarse regularmente en Panamá en la década de los años setenta. Su consumo ha venido aumentando hasta la fecha cuando se ha hecho intolerable. La incidencia actual del consumo es difícil de determinar con exactitud debido a la falta de estadísticas globales. Ya en 1987 el Dr. Ovidio De León en un trabajo presentado a la Asociación de Toxi-

cología y Ciencias Afines de Panamá, señalaba que los casos de drogas atendidos por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomas, se habían quintuplicado desde 1984.

Estadísticas suministradas por la Cruz Blanca Panameña indican que en 1990 fueron atendidos un total de 530 personas que acudieron en busca de ayuda. De estos, 181 eran familiares de personas con problemas de drogas, y 349 eran pacientes con problemas de consumo. De este ultimo grupo, 1 de cada 5 es un menor de edad, 90% de los casos son por cocaína, 20% de los pacientes fumaban cocaína en forma de "piedra" o "crack", el 90% es menor de 35 años.

En 1990 mas del 50% de los casos atendidos por la Policía Técnica Judicial (PTJ) estaban relacionados con el tráfico o consumo de drogas, principalmente cocaína. En los años 1990 y 1991 fueron incautados cerca de 8000 kilos de cocaína por autoridades de esa dependencia policial y del departamento de aduanas. El precio del gramo de cocaína en la calle ha disminuido desde \$30.00 en la década de los ochenta, hasta menos de \$3.00 en la actualidad. En los últimos tres años se ha notado un aumento del consumo de base libre o "piedra" la cual es mucho más adictiva. Mirando estos indicadores podemos inferir que el aumento del consumo ha sido progresivo hasta la fecha, debido al aumento en la disponibilidad de la droga. Por un lado, tenemos el aumento en la cantidad de cocaína circulante, y por otro lado la disminución del precio al detal en el mercado negro.

Todo esto nos señala que el consumo de cocaína es epidémico, y que los grupos afectados cada vez son más amplios y heterogéneos, como lo demuestran las informaciones acerca de niños de 6 y 7 años

que han sido detectados transportando y consumiendo cocaína.

Los problemas de dependencia a la cocaína han ido en aumento, y se dan no solo en grupos de condición social precaria, sino también entre la población acomodada y los profesionales.

El aumento en el consumo trae como consecuencia un aumento en los casos de dependencia y de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

El consumo de cocaína en Panamá es un problema de salud pública.

3. LA AUTOMEDICACIÓN

La automedicación consiste en la ingestión de medicamentos por iniciativa propia y sin que medie evaluación ni orden médica alguna. Esta conducta podría resultar en efectos colaterales indeseados producidos por las sustancias ingeridas de manera irresponsable.

Para entender el fenómeno de la automedicación es necesario que definamos algunos conceptos antes.

Medicamento: es toda sustancia que introducida o aplicada al cuerpo produce un efecto curativo. Esto es si se utiliza en las dosis y con la frecuencia adecuada. Estas dosis deben ser calculadas de acuerdo a variables individuales tales como el peso, la edad, etc.

Es necesario la evaluación médica previa que defina un diagnóstico y un plan de tratamiento medicamentoso.

Uso adecuado de medicamentos: Cuando se utiliza un medicamento siguiendo la metodología señalada se reconoce como "uso adecuado de medicamentos".

Uso inadecuado de medicamentos: Cuando el medicamento se ingiere sin la evaluación previa de un médico, o por iniciativa propia, o por recomendación no calificada, o simplemente por abuso, se reconoce como "uso inadecuado de medicamentos". Este tipo de utilización de los medicamentos, si bien es mas común de lo que quisiéramos admitir, no deja de ser extremadamente peligrosa.

Abuso de medicamentos: Para algunos cualquier uso inadecuado es a la vez un abuso de medicamentos. Para otros abuso es cuando se altera la dosis recomendada o se altera la frecuencia de ingestión del medicamento sin consentimiento profesional.

Medicamentos de abuso: Si bien es cierto que se dan casos de abuso de muchos medicamentos, existen algunos que tienen un alto potencial de abuso tales como los medicamentos psicotrópicos, que son aquellos que alteran la mente o el estado de ánimo. Entre ellos tenemos a los sedantes y a los estimulantes.

Población susceptible: El uso inadecuado de medicamentos es bastante frecuente en nuestro medio, que se apoya en excesiva permisividad social. El ultimo estudio realizado por Cruz Blanca revelo que el mayor abuso de medicamentos se daba en el grupo femenino y se trataba de sedantes. Lo asombroso es que estos son uno de los pocos medicamentos que están bajo control por receta. La población mayor de edad es la mas susceptible. Los medicamentos abusados varían según el grupo de edad.

Consecuencias del uso inadecuado de medicamentos: La automedicación y el abuso de medicamentos representan un riesgo alto de deterioro de la salud para el

usuario. De hecho podría estar consiguiendo empeorar la situación de enfermedad que lo llevo a automedicarse en primera instancia. Las reacciones dependen de la dosis, las interacciones medicamentosas, la idiosincracia, etc.

Algunas de estas consecuencias son:

1. reacciones alérgicas
2. gastritis
3. infecciones crónicas
4. complicaciones cardiovasculares
5. intoxicación
6. sobredosis
7. efecto rebote
8. dependencia química
9. convulsiones
10. somnolencia
11. insomnio
12. irritabilidad
13. accidentes

Algunas de estas consecuencias son:

Dependencia química: una de las consecuencias mas serias del abuso de medicamentos psicotrópicos es la dependencia química.

Todos los sedantes tienen potencial de causar adicción. Para que esto no suceda deben ser controlados de acuerdo a un plan de tratamiento estricto.

Por que nos automedicamos ?

Los factores que llevan a una mala utilización de los medicamentos son muy diversos pero fundamentalmente se concentran en patrones culturales. Estos patrones son promovidos por nuestra sociedad de consumo y tienen lemas tales como "busca el alivio rápido", lo cual no tiene nada malo en si, pero muchas veces el alivio no viene tan rápido como quisiéramos y lo que es más importante es que cuando nos

automedicamos podemos convertir la situación en un mal peor que el que queríamos aliviar.

Otros factores tales como la presión de grupo, nuestros familiares ofreciéndonos" diversos medicamentos para nuestra "gripe", pueden resultar en peligrosa automedicación si no actuamos de manera adecuada. Recordemos que toda afección de la salud que nos preocupe, debe ser examinada por un médico el cual determinara el tratamiento a seguir. En general, la falta de información adecuada acerca de los peligros del uso inadecuado de medicamentos, es un factor que promueve la automedicación.

Por otro lado la falta de confianza en el tratamiento, la indisciplina del paciente, son factores que pueden influir en el inadecuado seguimiento de la terapia medicamentosa, lo que podría resultar en una mejoría incompleta por falta de tratamiento.

En el caso de los sedantes, la adicción a estos medicamentos es el motivo, en muchas ocasiones de la automedicación que puede llevar incluso a ir de médico en médico, buscando recetas para poder obtener los sedantes. Todo medicamento debe ser manejado por un médico y es necesario que sigamos sus instrucciones en cuanto a la dosis y el horario. Si variamos las dosis por nuestra cuenta estamos incurriendo en el uso inadecuado de este medicamento. Muchas veces los sedantes son abusados para manejar el stress y las emociones. Algunos creen, equivocadamente que los sedantes pueden usarse cuando estamos "nerviosos" por nuestra cuenta, sin ninguna consecuencia. Olvidamos a menudo que son sustancias controladas y que si bien son extremadamente útiles cuando son recetadas por un médico para aliviar una dolencia, enfer-

medad o de manera sintomática, también son muy peligrosas si las tomamos por nuestra propia iniciativa y sin vigilancia profesional.

Los medicamento han revolucionado la terapéutica médica moderna y han salvado cantidad de vidas de niños y adultos, y seguirán siendo útiles, cuando son bien utilizadas. Sin embargo la ingestión de cualquier sustancia medicamentosa debe ser vigilada y recetada por un profesional entrenado en este menester, y nosotros debemos procurar que así sea, pues creemos que nuestra salud se lo merece.

Dr. Saúl Alvarado – 1997

Publicado en la página web de Cruz Blanca

